

**Vertrag
nach § 137f SGB V**

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
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse -KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme
Asthma bronchiale sowie COPD vom 26.03.2019

in der Fassung des 3. Nachtrags vom 01.04.2021

Hinweis: Eine Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen finden Sie am
Ende des Dokumentes.

Inhaltsverzeichnis

ERLÄUTERUNGEN

ANLAGENÜBERSICHT

PRÄAMBEL

ABSCHNITT I ZIELE, GELTUNGSBEREICH

§ 1 Ziele der Vereinbarung

§ 2 Geltungsbereich

ABSCHNITT II TEILNAHME DER LEISTUNGSERBRINGER

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt)

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors

§ 5 Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

§ 6 Teilnahmeerklärung

§ 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

§ 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme der Vertragsärzte

§ 9 Verzeichnis der Leistungserbringer

ABSCHNITT III VERSORGUNGSINHALTE

§ 10 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Asthma bronchiale und an das Behandlungsprogramm COPD

ABSCHNITT IV QUALITÄTSSICHERUNG

§ 11 Grundlagen und Ziele

- § 12 Maßnahmen und Indikatoren**
- § 13 Durchführung der Qualitätssicherung**
- § 14 Fortbildung und Schulung der Vertragsärzte**
- § 15 Sanktionen**

ABSCHNITT V TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

- § 16 Teilnahmevoraussetzungen**
- § 17 Information und Einschreibung**
- § 18 Teilnahme- und Einwilligungserklärung**
- § 19 Beginn und Ende der Teilnahme des Versicherten**
- § 20 Wechsel des koordinierenden Arztes**
- § 21 Teilnehmerverzeichnis**
- § 22 Information und Schulung der Versicherten**

ABSCHNITT VI ARBEITSGEMEINSCHAFT / DATENSTELLE / GEMEINSAME EINRICHTUNG

- § 23 Arbeitsgemeinschaft**
- § 24 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**
- § 25 Datenstelle**
- § 26 Gemeinsame Einrichtung**
- § 27 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

ABSCHNITT VII DATENFLUSS UND DATENVERWENDUNG

- § 28 Erst- und Folgedokumentation**
- § 29 Datenzugang**

§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung

ABSCHNITT VIII EVALUATION

§ 31 Evaluation

ABSCHNITT IX VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 32 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

§ 33 Vergütung der Schulungen

ABSCHNITT X SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 34 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 34a Kosten zur Durchführung des Vertrages

§ 34b Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 35 Laufzeit und Kündigung

§ 36 Schriftform

§ 37 Salvatorische Klausel

Erläuterungen

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.

„Anstellender Vertragsarzt“ können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 23, 24.

„Ärzte“ sind – ggf. anstellende – Vertragsärzte i. S. d. §§ 3 und 4,

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 25.

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

„Dokumentationsdaten“ sind die Dokumentationsdaten der Anlage 2 DMP-A-RL i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-RL (Asthma bronchiale) bzw. der Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL (COPD)

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 26, 27.

„Leistungserbringer“ sind Ärzte, ermächtigte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

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

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

Anlagenübersicht

Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages

Anlage 1a	Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 3 (koordinierender Arzt) Asthma bronchiale
Anlage 1b	Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 3 (koordinierender Arzt) COPD
Anlage 2a	Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 Asthma bronchiale
Anlage 2b	Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 COPD
Anlage 3a	unbesetzt (Verträge mit Krankenhäusern)
Anlage 3b	unbesetzt (Vertrag mit einer Rehabilitationseinrichtung)
Anlage 4	Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes
Anlage 4a	Ergänzungserklärung Leistungserbringer
Anlage 5a	Versorgungsinhalte Asthma bronchiale (wortwörtliche Übernahme aus den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten Asthma bronchiale - Anlage 9 der DMP-A-RL))
Anlage 5b	Versorgungsinhalte COPD (wortwörtliche Übernahme aus den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen – Anlage 11 der DMP-A-RL)
Anlage 6a	Qualitätssicherung Asthma bronchiale auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
Anlage 6b	Qualitätssicherung COPD auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
Anlage 7a	Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale (ambulanter Sektor)
Anlage 7b	Leistungserbringerverzeichnis COPD (ambulanter Sektor)
Anlage 8	indikationsübergreifende Dokumentation gemäß Anlage 2 DMP-A-RL

- Anlage 9a Dokumentationsdaten Asthma bronchiale gem. Anlage 10 der DMP-A-RL
- Anlage 9b Dokumentationsdaten COPD gem. Anlage 12 der DMP-A-RL
- Anlage 10a Teilnahme- und Einwilligungserklärung Asthma bronchiale mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation
- Anlage 10b Teilnahme- und Einwilligungserklärung COPD mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation
- Anlage 10c indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation
- Anlage 11a Schulungsprogramme Asthma bronchiale
- Anlage 11b Schulungsprogramme COPD
- Anlage 12 Tabakentwöhnprogramme

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme - DMP genannt) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV und der DMP-A-RL beruhen, optimiert werden. Die Vertragspartner vereinbarten am 26.03.2019 mit Wirkung zum 01.04.2019 die Neufassung des Vertrages nach § 73a SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme mit Asthma bronchiale und COPD vom 01.12.2017 in der Fassung des 2. Nachtrages vom 27.11.2018. Die vertraglichen Anpassungen des zum 01.04.2019 neu gefassten Vertrages berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL bis einschließlich ihrer 17. Änderung (Beschlussfassung vom 15.08.2019).

Asthma bronchiale und COPD fallen unter die Bezeichnung chronisch obstruktive Atemwegserkrankung.

Für beide Erkrankungen wird eine Häufigkeit von 10-20% der erwachsenen Population angenommen, mit einer Überschneidung auf Grund der diagnostischen Unschärfe. Für Deutschland kann daher von ca. 15 Mio. Asthma bronchiale sowie COPD-Erkrankten ausgegangen werden.

Nach Auffassung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei Asthma bronchiale - und COPD-kranken Kindern und Erwachsenen in Deutschland verbesserungsbedürftig. Kindern und Jugendlichen ab dem vollendeten ersten Lebensjahr ist im DMP Asthma ein besonderer Schwerpunkt gewidmet. Die chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen stellen wegen der in vielen Fällen im Rahmen eines längeren Behandlungsablaufes notwendig werdenden stationären Behandlungsepisoden und/oder Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere in ihrer chronischen Verlaufsform eine Erkrankung dar, bei der ein sektorenübergreifender Behandlungs- und Koordinationsbedarf besteht.

Bei den chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen vermag die Patientin oder der Patient durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei lebensstilassozierten Risikofaktoren, z.B. durch eine Aufgabe des Rauchens, den Krankheitsverlauf erheblich zu beeinflussen. Diesem Umstand wird im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme Rechnung getragen.

Die grundlegenden Regelungen finden sich für Asthma bronchiale und COPD gemeinsam in einem Vertrag. Die Diagnosespezifika werden durch eine Differenzierung zwischen Versicherten, die aufgrund der Diagnose Asthma bronchiale teilnehmen und Versicherten, die aufgrund der Diagnose COPD teilnehmen, kenntlich gemacht sowie in unterschiedlichen diagnosespezifischen Anlagen.

Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm und die in Abschnitt IV und den Anlagen 6a bis 6b beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-/ Patientenverhältnisses stattfindet. Gleichzeitig wird der Qualitätssicherungsauftrag der KVH erfüllt.

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist u. a. die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale und COPD in der Region der KVH. Über diese Behandlungsprogramme soll unter Beachtung der nach § 10 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Asthma bronchiale oder COPD, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und den teilnehmenden Krankenkassen gewährleistet werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren. Die an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und insbesondere in der DMP-A-RL festgelegt. Entsprechend der Anlage 5a und der Anlage 5b streben die Vertragspartner folgende Ziele an:
 - Vermeidung/Reduktion
 - von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptomen, Asthma bronchiale-Anfälle, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
 - einer raschen Progredienz der Krankheit,
 - von unerwünschten Wirkungen der Therapie,
 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,

bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität,

 - Reduktion der Asthma- bzw. COPD-bedingten Letalität,
 - adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
 - das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

§ 2 Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

- Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Region der KVH, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben,
- die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.

(2) Es gelten des Weiteren folgende Regelungen für die jeweilige Kassenart:

1. Im AOK-System gilt der Vertrag auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb von Hamburg. Die anderen AOKn haben die AOK Rheinland/Hamburg mit der Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten beauftragt und die außerbudgetäre Vergütung anerkannt.
2. Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklärt haben. Der BKK-Landesverband NORDWEST meldet die beigetretenen Betriebskrankenkassen schriftlich an die KVH. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
3. Dieser Vertrag gilt auch für Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK classic erklären und die Vergütungen gemäß §§ 32 bis 34a anerkennen. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der IKK classic wird bzw. wurde gleichzeitig der Vertragsbeitritt gegenüber der KVH erklärt. Die IKK classic meldet die beigetretenen Innungskrankenkassen schriftlich an die KVH. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen Innungskrankenkassen.

(3) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV und 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 und der Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 der DMP-A-RL (Programmteil Asthma bronchiale) bzw. Anlage 11 DMP-A-RL und Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-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.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt)

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Vertragsärzte, die gemäß § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, soweit die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1a (Asthma bronchiale) und/oder Anlage 1b (COPD) – persönlich oder durch angestellte Ärzte -erfüllt werden.¹
- (2a) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (2b) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 4a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) beigefügten Formulars mitgeteilt.
- (3) Die gleichzeitige Teilnahme von MVZ und Vertragsärzten an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten für das jeweilige Programm gemäß den Anlagen 1a und 1b erfüllt sind.

¹ Bis zum 31.03.2019 galt als § 3 Abs. 2 Nr. 2:

an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende qualifizierte Fachärzte oder Einrichtungen, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind und die Strukturqualität der entsprechenden Anlage 1a/b Ziffer 1b erfüllt. Dies gilt jedoch nur für die Ausnahmefälle, wenn ein Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.6.2 der Anlagen 5a und 5b sind vom Vertragsarzt zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung des Versicherten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

Für Ärzte, die aufgrund § 3 Abs. 2 Nr. 2 bis einschließlich 31.03.2019 am Programm teilnehmen, gilt ein Bestandsschutz.

(4) Zu den Pflichten der in Abs. 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte (im folgenden Koordinierender Arzt) gehören insbesondere:

1. die Behandlung der Versicherten sowie die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Punkt 1.6 der Anlage 5a und Punkt 1.6 der Anlage 5b,
2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 17 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentation unter Berücksichtigung der Dokumentationsintervalle,
3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
4. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,
5. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der Anlagen 5a bzw. 5b genannten Indikationen eine Überweisung an andere Vertragsärzte entsprechend der Anlage 2a und/oder 2b „Strukturvoraussetzungen fachärztlicher Versorgungssektor“ oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende zugelassene Leistungserbringer entsprechend vorzunehmen. Die Überweisung sollte, wenn möglich, vorrangig an am Programm teilnehmenden Leistungserbringern erfolgen. Im Übrigen entscheidet der Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung. Überweist der koordinierende Arzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des § 24 BMV-Ä zur Erbringung von bestimmten Leistungen, z.B. einer DMP-Schulung oder weiteren in der Ziffer 1.6.2 der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen, so vermerkt der überweisende Arzt auf dem Überweisungsschein, dass der Versicherte in das DMP Asthma bronchiale oder COPD eingeschrieben ist. Erlangt der koordinierende Arzt Kenntnis vom Ende der Teilnahme seines Patienten am DMP (z.B. durch Mitteilung der Krankenkasse des Patienten) und eine zeitnahe erneute Einschreibung des Patienten ist nicht in Aussicht, sollte der koordinierende Arzt die im Rahmen des DMP mitbehandelnden Ärzte über die Teilnahmebeendigung informieren,
6. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 5a bzw. 5b genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus vorzunehmen, das zur Teilnahme am DMP zugelassen ist. Die individuellen Patienteninteressen und die regionalen Versorgungsstrukturen sind hierbei zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,

7. bei Überweisung und Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
8. die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme in medizinisch begründeten Fällen unter Berücksichtigung der Ziffer 1.6.4 der Anlage 5a bzw. 5b.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Vertragsarzt, gelten die Ziffern 1 – 8 entsprechend. 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

- (1) Die Beteiligung der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig. Sie werden auf Überweisung des koordinierenden Arztes nach § 3 tätig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die pneumologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2a und/oder 2b persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen. Die Strukturqualität muss entsprechend der in den Anlagen 2a und/oder 2b benannten Zeitpunkte gegenüber der KVH nachgewiesen werden. Die Anforderungen an die Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 Asthma bronchiale bzw. COPD (Anlage 2a/b) können durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.
 - (2a) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
 - (2b) Sollen die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 4a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) beigefügten Formulars mitgeteilt.
- (3) Die gleichzeitige Teilnahme von MVZ und Vertragsärzten an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten erfüllt sind.

(4) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gehören insbesondere:

1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung des Vermerks über die DMP-Teilnahme auf dem Überweisungsschein entsprechend § 3 Abs. 4 Nr. 5 sowie der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittetherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVV entsprechend nachgewiesen ist,
4. die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß Ziffer 1.6.2 der Anlage 5a bzw. 5b. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
5. die Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt spätestens mit Ablauf des der Überweisung folgenden Quartals,
6. bis zur Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentationen zu übermitteln,
7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 5a bzw. 5b genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus vorzunehmen, das zur Teilnahme am DMP zugelassen ist. Die individuellen Patienteninteressen und regionalen Versorgungsstrukturen sind hierbei zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
8. bei Überweisung an andere Leistungserbringer oder Einweisung in ein teilnehmendes Krankenhaus therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Vertragsarzt, gelten die Ziffern 1 – 8 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSV bzw. der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

(5) In Ausnahmefällen kann ein Versicherter mit Asthma bronchiale bzw. COPD einen nach § 4 teilnehmenden Vertragsarzt auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten

Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Vertragsarzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Für den Arzt gilt in diesem Fall § 3 Abs. 4 entsprechend.

§ 5 Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

Die Krankenkassen binden zugelassene Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen vertraglich ein. Einzelheiten sind durch gesonderte Verträge geregelt.

§ 6 Teilnahmeerklärung

- (1) Der Vertragsarzt erklärt unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 oder als pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt nach § 4 gegenüber der KVH schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 seine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale und/oder COPD. Wird die Teilnahme des Arztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Vertragsarztes bzw. des anstellenden MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 4a beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes nach erneuter Genehmigung durch die KVH kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.
- (2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.
- (3) Als koordinierender Arzt genehmigt er mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 den von der Arbeitsgemeinschaft Hamburg ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg die Datenstelle wechseln möchte, bevollmächtigt der koordinierende Arzt die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Er wird in diesem Fall unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

§ 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KVH erteilt den gemäß § 3 und § 4 teilnehmenden Vertragsärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in der Anlage 1a/1b oder Anlage 2a/2b genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen.
- (2) Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung (GE) durch die KVH einmal kalenderjährlich. Die Prüfungen müssen bis spätestens 30.06. des Folgejahres abgeschlossen sein. Die Mitglieder der GE erhalten zu Beginn der Prüfung spätestens zum 01.04. des Jahres eine Mitteilung über die Anzahl der zu prüfenden DMP-Ärzte. Am Ende der Prüfung zum 30.06. eines jeden Jahres erhalten die Mitglieder der GE als Ergebnis der Überprüfung der Strukturvoraussetzungen eine Liste der geprüften DMP-Ärzte mit folgenden Angaben:
 - a) Widerruf der Genehmigung, ohne Angabe der Gründe
 - b) Verzicht bzw. Rückgabe der Genehmigung
 - c) Ruhen der Zulassung, ohne Angaben von Gründen
 - d) Strukturvoraussetzungen erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt

§ 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme der Vertragsärzte

- (1) Die Teilnahme eines Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVH bestätigt.
- (2) Nach erfolgtem Widerruf der DMP-Genehmigung ist eine erneute Teilnahme des Vertragsarztes nur unter der Voraussetzung möglich, dass eine erneute Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 und die Nachweise zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung gemäß den Anlagen 1a/1b bzw. 2a/2b vollständig der KVH vorgelegt werden. Die erneute Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, wenn gleichzeitig die Nachweise der Strukturvoraussetzungen der KVH vorgelegt wurden, andernfalls mit dem Zeitpunkt der vollständigen Vorlage der erforderlichen Unterlagen. Eine rückwirkende DMP-Genehmigung kann in diesem Fall nicht erteilt werden.
- (3) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVH kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVH) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (4) Endet die Teilnahme eines Vertragsarztes an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach §§ 3 oder 4 oder durch Beschluss nach § 15 Abs. 2, so ist dieser Vertragsarzt von diesem Vertrag durch die KVH auszuscheiden. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf

andere nach diesem Vertrag zugelassene Vertragsärzte aufmerksam machen.

- (5) Die Teilnahme am Programm endet mit dem im Bescheid genannten Datum über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVH.
- (6) Die KVH informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.
- (7) Hat der Vertragsarzt seine Teilnahme sowohl für Asthma bronchiale als auch für COPD am Programm erklärt, gelten die Absätze 1 – 6 für beide Indikationen jeweils gesondert.
- (8) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Vertragsarzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Vertragsarzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage beigefügten Formular 4a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer).
- (9) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1a/b „Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 9 Verzeichnis der Leistungserbringer

- (1) 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 BAS akkreditieren Schulungsprogramme, ist nur der Schlüssel des jeweiligen vertraglich vereinbarten Schulungsprogramms anzugeben.

- (2) Die Verbände der Krankenkassen führen jeweils für Asthma bronchiale und COPD ein Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Diese Verzeichnisse werden zudem der KVH zur Information der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Teilnehmerverzeichnisse werden außerdem
1. den teilnehmenden Krankenhäusern,
 2. den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen,
 3. auf Wunsch den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten durch die jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung),
 4. der gemeinsamen Datenstelle nach § 25 von der KVH regelmäßig zur Verfügung gestellt.
- (4) Die Teilnehmerverzeichnisse werden dem BAS beim Antrag auf Zulassung durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (5) Die Teilnehmerverzeichnisse können veröffentlicht werden. Hierzu holt die KVH eine datenschutzrechtlich ausreichende Einwilligung bei den betroffenen Ärzten ein.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 10 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Asthma bronchiale und an das Behandlungsprogramm COPD

- (1) Die Medizinischen Anforderungen für das Behandlungsprogramm Asthma bronchiale sind in der Anlage 5a definiert und damit Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte der Vertragsanlage entsprechen den Anforderungen an die Behandlung nach Anlage 9 der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahme bzw. seinen Antrag auf Teilnahme gemäß § 6 insbesondere, mindestens diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die medizinischen Anforderungen für das Behandlungsprogramm COPD sind in der Anlage 5b definiert und damit Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte der Vertragsanlage entsprechen den Anforderungen an die Behandlung nach

Anlage 11 der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahme bzw. seinen Antrag auf Teilnahme gemäß § 6 insbesondere, mindestens diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

- (3) Die Vertragsärzte werden von der KVH nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung informiert.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen für Asthma bronchiale oder COPD teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils aktuellen Anlage „Versorgungsinhalte“ des DMP-Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Asthma bronchiale oder COPD auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 11 Grundlagen und Ziele

Als Grundlage der Qualitätssicherung sind in den Anlagen 6a und 6b relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, vereinbart. Hierzu gehören insbesondere die Bereiche:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren nach den Anlagen 5a und/oder 5b Ziffer 1.6.,
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität nach den Anlagen 1a, 1b oder 2a, 2b,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL,
- aktive Teilnahme des Versicherten.

§ 12 Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieser Disease-Management-Programme Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlagen 6a und 6b, zur Erreichung der Ziele nach § 11 zugrunde zu legen.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:
 - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungenfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden koordinierenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; (die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein),
 - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten entsprechend den Anlagen 6a und 6b werden die Krankenkassen den Versicherten individuell und anlassbezogen informieren. Die Vertragspartner sind sich einig, dass durch diese Regelung ein Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht erfolgt.
- (4) Zur Auswertung der in Anlage 6a fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und Anlage 10 der DMP-A-RL einzubeziehen.
- (5) Zur Auswertung der in Anlage 6b fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und Anlage 12 der DMP-A-RL einzubeziehen.

§ 13 Durchführung der Qualitätssicherung

- (1) Gemäß der in den Anlagen 6a und 6b festgelegten Qualitätsziele, der Qualitätsindikatoren sowie der Auslösealgorithmen sind die Qualitätssicherungsmaßnahmen von den im folgenden genannten Institutionen durchzuführen.
- (2) Die Datenstelle gemäß § 25 sichert mit der Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität die Qualität der Dokumentation und übernimmt mit der Nachforderung fehlender oder unplausibler Dokumentationsdaten eine Erinnerungsfunktion gegenüber den dokumentierenden koordinierenden Ärzten.

(3) Die KVH

- überprüft die Teilnahmevoraussetzungen der Vertragsärzte;
- unterstützt die mindestens einmal jährlich stattfindenden strukturierten DMP-Qualitätszirkel der teilnehmenden Vertragsärzte;
- berichtet der gemeinsamen Einrichtung nach § 26 über die Ergebnisse der Qualitätssicherung.

(4) Die Gemeinsame Einrichtung

- wertet die ihr gemäß § 25 Abs. 2 übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der in den Anlagen 6a und 6b festgelegten Kriterien arztbezogen aus und übermittelt den teilnehmenden Vertragsärzten dazu regelmäßig strukturierte Berichte über die Behandlung der eingeschriebenen Versicherten. Die Berichte unterstützen die teilnehmenden Vertragsärzte auch hinsichtlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- wertet die Berichte der KVH aus und entwickelt Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.

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

§ 14 Fortbildung und Schulung der Vertragsärzte

(1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVH informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 umfassend über Ziele und Inhalte, die konform den Richtlinien des G-BA sind, dieser Disease-Management-Programme Asthma bronchiale bzw. COPD. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Eine Information über die zur Verfügung stehenden Tabakentwöhnungsprogramme nach Anlage 12 erhalten die Ärzte über die Internet-Seiten der jeweiligen Krankenkasse. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt der Informationen und deren Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 6.

(2) Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert nach Beratung mit der Gemeinsamen Einrichtung nach § 26 die über die in den Anlagen 1a/1b sowie 2a/2b hinausgehenden Anforderungen an

die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung/DMP-Qualitätszirkel teilnahmeberechtigter Vertragsärzte.

- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind entsprechend §§ 3 und 4 gegenüber der KVH nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 einbezogen werden.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 15 Sanktionen

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms werden wirksame Sanktionen vereinbart, die dann greifen, wenn einer der teilnehmenden Ärzte gegen die zur Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms vereinbarten Anforderungen verstößt.
- (2) Verstößt der teilnehmende Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, ergreift die KVH eine der folgenden Maßnahmen. Der Gemeinsamen Einrichtung ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie kann darüber hinaus eigene Fälle zur Prüfung anmelden.
 - Keine Vergütung, bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für Dokumentationen, die trotz Aufforderung der Datenstelle unvollständig oder unplausibel bleiben,
 - Aufforderung durch die KVH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten ggf. mit Auflagen (z. B. nicht fristgerecht bzw. keine Übersendung der Dokumentationen oder bei Nichterfüllung der medizinischen Anforderungen). Hält der Vertragsarzt trotz Aufforderung die eingegangenen Verpflichtungen nicht ein oder erfüllt er die Auflagen nicht, so kann er dauerhaft von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KVH im Benehmen mit den teilnehmenden Krankenkassen/Verbänden.
 - Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung,
 - Über den Ausschluss eines Vertragsarztes erteilt die KVH einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 16 Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:

1. Zur Teilnahme am Programm Asthma bronchiale gemäß Anlage 5a, Ziffer 3:

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose Asthma bronchiale durch den koordinierenden Arzt gemäß Anlage 5a Ziffer 1.2, sowie die Erfüllung der speziellen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 5a Ziffer 3.2. Kinder können erst ab Vollendung des ersten Lebensjahres am DMP Asthma bronchiale teilnehmen.
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten,
- die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte und die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Insbesondere auch darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms zur Unterstützung der Betreuung des Versicherten verarbeitet und genutzt werden können. Des Weiteren erfolgt die Information des Versicherten darüber, dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können; über die Aufgabenverteilung zwischen den Versorgungsebenen und die Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme am Programm, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihrer Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
- für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres wird die Teilnahmeerklärung durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben,
- der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Anlage 5a Ziffer 1.3 genannten Therapieziele profitiert und
- der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- Nach zwölfmonatiger Symptombefreiheit ohne Asthma bronchiale spezifische Therapie soll die Ärztin oder der Arzt prüfen, ob die Pa-

tientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3 der Anlage 5a genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

2. Zur Teilnahme am Programm zu COPD gemäß Anlage 5b Ziffer 3:

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose COPD durch den koordinierenden Arzt gemäß Anlage 5b Ziffer 1.2 und der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 5b Ziffer 3.2 erfüllt,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten,
- die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte und die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Insbesondere auch darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms zur Unterstützung der Betreuung des Versicherten verarbeitet und genutzt werden können. Des Weiteren erfolgt die Information des Versicherten darüber, dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können; über die Aufgabenverteilung zwischen den Versorgungsebenen und die Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme am Programm, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihrer Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
- der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Anlage 5b Ziffer 1.3 genannten Therapieziele profitiert und
- der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

(2) Die Teilnahme schränkt die freie Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein.

(3) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an einem Programm zu Asthma bronchiale und COPD ist nicht möglich. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Asthma bronchiale und COPD hat in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf eine Einschreibung in das vom Arzt als vorrangig eingestufte DMP zu erfolgen.

(4) Bei einer anerkannten Berufskrankheit ist eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale nicht möglich. Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 SGB VII anzuzeigen.

§ 17 Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte und zugelassenen MVZ ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patienteninformation entsprechend der Anlage 9 bzw. der Anlage 11 der DMP-A-RL, über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 5a und/oder 5b Ziffer 3.1 bis 3.2 informieren. Der Versicherte erklärt sich zur Teilnahme am Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Befunddaten) auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ein.
- (2) Koordinierende Vertragsärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL ihre nach § 16 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 bei diesem koordinierenden Vertragsarzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm Asthma bronchiale bzw. COPD sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 folgende Unterlagen notwendig:
 - die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 DMP-A-RL durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt,
 - die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 10 a/b sowie die vollständige Erstdokumentation plausibel und fristgerecht gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 DMP-A-RL an die Datenstelle entsprechend § 28 weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt daraufhin, dass der Versicherte nur von einem koordinierenden Arzt betreut wird.
- (5) Der Versicherte kann sich auch bei den Krankenkassen in das Behandlungsprogramm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden Vertragsarzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden.
- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 der zuständigen Kranken-

kasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten die Teilnahme am Behandlungsprogramm unter der Angabe des Eintrittsdatums.

- (7) Soweit einer an diesen Disease-Management-Programmen teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 18 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das jeweilige Disease-Management-Programm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte auf der jeweiligen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlagen 10a/10b/10c zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Der Arzt hat vor der Versendung von Dokumentationen sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt.

§ 19 Beginn und Ende der Teilnahme des Versicherten

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 17 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung aus dem Programm aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet
- mit dem Tag der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 - mit dem Tag des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (maßgebend ist das Zugangsdatum bei der Krankenkasse),
 - mit dem Tag des Kassenwechsels oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs (§ 19 SGB V),
 - mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation bei Nichtteilnahme innerhalb von 12 Monaten an zwei veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung,
 - mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m.

Anlage 10 bzw. Anlage 12 DMP-A-RL, wenn die Krankenkasse die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 28d Abs. 2 Nr. 2c RSAV beendet und

- mit dem Tag des Wegfalls der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV.

- (4) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 16 vorliegen.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten, den koordinierenden Arzt und die Datenstelle unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 20 Wechsel des koordinierenden Arztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend § 17 und sendet diese entsprechend § 28 an die Datenstelle. Eine erneute Einschreibung ist nicht erforderlich. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Vertragsarztes.
- (2) Der bisherige Vertragsarzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 21 Teilnehmerverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KVH bei Bedarf in elektronischer Form eine Liste mit den Krankenversicherten-Nummern für die gemäß § 17 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken. Die Einzelheiten zum Teilnehmerverzeichnis werden in einer separaten Vereinbarung geregelt.

§ 22 Information und Schulung der Versicherten

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten insbesondere mit der Anlage 10a/10b „Patienteninformation“ umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms Asthma bronchiale und COPD sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung seiner Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm nach Anlage 11a oder 11b. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 einzubeziehen.
- (4) Im Rahmen der Disease-Management-Programme Asthma bronchiale und COPD werden folgende und in Anlage 11a und 11b beschriebenen Schulungsprogramme in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage eingesetzt, da für diese Schulungen der Nachweis entsprechend Absatz 3 erbracht wurde:
 - Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen (AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V., AGAS) einschließlich ASEV Schulung = Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung
 - Die Ambulante Fürther Asthmaschulung (AFAS, eine Fortentwicklung bzw. Variation von NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker),
 - das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE, eine Umbenennung von COBRA).

Weitere Schulungsprogramme können eingesetzt werden, wenn für diese gegenüber dem BAS der Nachweis entsprechend Absatz 3 erbracht wurde.

Die Schulungsprogramme betreffend, sind die medizinischen Inhalte der insbesondere der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der RSAV bzw. DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.

- (5) Jeder rauchende Patient soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, und publizierten Tabakentwöhnprogramm erhalten. Programme, die diese Anforderungen erfüllen, sind in der Anlage 12 genannt.

Abschnitt VI

Arbeitsgemeinschaft / Datenstelle / Gemeinsame Einrichtung

§ 23 Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 24 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVH und die nach § 26 gebildete Gemeinsame Einrichtung für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Artikel 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 25 mit der Durchführung der im Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 25 Datenstelle

- (1) Die vertragschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 23 beauftragen gemeinsam eine Datenstelle.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 23 beauftragt die Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:
 - Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten (Anlage 8 i.V.m. 9a und 9b) und Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,

- Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten (Anlage 8 i.V.m. 9a und 9b),
- Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Anlage 8 i.V.m. 9a und 9b) mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug in weiterverarbeitungsfähiger Form an die KVH,
- Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Anlage 8 i.V.m. 9a und 9b) mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug in weiterverarbeitungsfähiger Form an die Gemeinsame Einrichtung nach § 26.

(3) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

- der Entgegennahme, Prüfung auf Vollständigkeit und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die jeweilige Krankenkasse,
- Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten (Anlage 8 i.V.m. 9a und 9b),
- Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
- der Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) entsprechend Anlage 8 i.V.m. 9a und 9b an die jeweilige Krankenkasse.

(4) Die Datenstelle kann im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung nach § 26 weitere Aufgaben übernehmen.

(5) Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach Artikel 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X, Der koordinierende Arzt nach § 3 genehmigt den in seinem Namen mit den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Der koordinierende Arzt beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 8 i.V.m. 9a und 9b an die Arbeitsgemeinschaft und die Weiterleitung dieser Daten an die jeweilige Krankenkasse,
4. seine Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der von ihm an die Datenstelle übertragenen Aufgaben überträgt er an die KVH,
5. die KVH teilt den koordinierenden Ärzten gemäß § 3 Name und Anschrift der beauftragten Datenstelle mit.

§ 26 Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 27 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlagen 6a und 6b durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 - die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 DMP-A-RL,
 - die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteldtherapie gemäß Anlage 2 der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 DMP-A-RL,
 - die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 DMP-A-RL,
 - die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 6 DMP-A-RL und
 - die Beratung der KVH und der Vertragspartner im Hinblick auf den Ausschluss der koordinierenden Ärzte nach § 15.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des Artikel 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X die Datenstelle nach § 25 mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung vertraglich gesicherter Kontroll- und Weisungsrechte nach.

Abschnitt VII Datenfluss und Datenverwendung

§ 28 Erst- und Folgedokumentation

- (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 i.V.m. 9a und 9b und werden nur für die Behandlung nach der Anlage 9 bzw. der Anlage 11 der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung nach Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Vertragsärzte nach Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 der DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Dokumentationen nach den Anlagen 8 i.V.m. 9a und 9b werden unter Berücksichtigung der empfohlenen Dokumentationsfrequenzen auf elektronischem Weg erstellt und innerhalb von 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums – bei Erstdokumentation zusammen mit der Anlage 10a/b/c dieses Vertrages - an die Datenstelle nach § 25 versandt. Die für die elektronische Übermittlung der Dokumentationsdaten notwendigen Regelungen sind im Datenstellenvertrag festgelegt. Im Übrigen gilt die nach § 28d Abs. 2 Nr. 2c RSAV benannte Frist zur Übermittlung der Dokumentationen.

§ 29 Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KVH und den Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind zu beachten.

§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung

Die Datenstelle archiviert die Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 DMP-A-RL einschließlich der für die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme erforderlichen personenbezogenen Daten gemäß der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt VIII Evaluation

§ 31 Evaluation

- (1) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.
- (2) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programmes sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.

Abschnitt IX Vergütung und Abrechnung

§ 32 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

- (1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der jeweiligen Vereinbarung zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen Krankenkassen und KVH abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.
- (2) Für die vollständigen und plausiblen Dokumentationen (Anlagen 8 i.V.m. 9a, 9b) und fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten nach diesem Vertrag werden folgende Vergütungen vereinbart:

Asthma bronchiale:

Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den Vertragsarzt nach § 3	25,00 EUR	99425
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen ggf. einschl. Beratung durch Vertragsärzte nach § 3	15,00 EUR	99426

COPD:

Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den Vertragsarzt nach § 3	25,00 EUR	99427
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen ggf. einschl. Beratung durch Vertragsärzte nach § 3	15,00 EUR	99428

- (3) Die Vergütung für die Erstdokumentation Asthma bronchiale oder COPD (GOP-Nr. 99425 oder 99427) ist grundsätzlich nur 1x je DMP-Teilnehmer von dem betreuenden koordinierenden Arzt abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde. 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. Die Folgedokumentation Asthma bronchiale oder COPD (GOP-Nr. 99426 oder 99428) kann je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden.
- (4) Bei einem „quartalsweisen Dokumentationsintervall“ muss die Dokumentation einmal je Quartal erstellt werden; pro Versicherten und Quartal wird somit höchstens eine Dokumentation vergütet. Bei einem „Dokumentationsintervall jedes zweite Quartal“ muss die Dokumentation jedes zweite Quartal erstellt werden; pro Versicherten und zwei Quartalen wird somit höchstens eine Dokumentation vergütet.
- (5) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen mit der Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 99425 und 99427 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das strukturierte Behandlungsprogramm Asthma bronchiale oder COPD aufgrund der Vorschriften der RSAV und der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung und Vergütung der in dieser Vereinbarung aufgeführten GOP setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. So-

weit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung ausgeschlossen. Die aufgeführten DMP-Pauschalen können nur abgerechnet werden, sofern im jeweiligen Quartal ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

- (6) Vertragsärzte nach § 3 des DMP-Vertrages können im Rahmen des kontinuierlichen Therapieprozesses unter Voraussetzung einer gültigen Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale folgende Leistung abrechnen:

Betreuungspauschale für koordinierende Vertragsärzte gem. § 3 des DMP Vertrages Asthma bronchiale und COPD: Differenzierte Therapieplanung: individuelle Risiko-Abschätzung und gemeinsame Festlegung von individuellen Therapiezielen mit dem Patienten sowie Instruktion: Erarbeitung von Maßnahmen zum Selbstmanagement (Peakflow- Notfallplan) und die regelmäßige Überprüfung und praktische Einübung der korrekten Inhalationstechnik nach Nr. 1.4 und 1.5 der Anlage 5a 1x pro Dokumentationszeitraum	7,50 EUR	99429A
---	----------	--------

- (7) Vertragsärzte nach § 4 des DMP-Vertrages können für in das DMP Asthma bronchiale eingeschriebene Versicherte folgende Mitbehandlungspauschale abrechnen:

Pauschale für pneumologisch qualifizierte Ärzte nach § 4 des DMP-Vertrages Asthma bronchiale und COPD: Mitbehandlung aufgrund eines gezielten Überweisungsauftrages des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung (siehe Ziffer 1.6.2 Anlage 5a sowie Maßnahmen zur Diagnosebestätigung [z.B. Provokationstests]) Max. 2x pro Kalenderjahr [die Erbringung der Leistung erfolgt auf Überweisung mit DMP-Kennzeichen des koordinierenden Vertragsarztes gem. § 3 des DMP-Vertrages. Soweit Vertragsärzte bei einem Patienten sowohl die koordinierende Funktion gem. § 3 als auch die Funktion nach § 4 des DMP-Vertrages übernehmen, sind die Pauschalen nach 99429A und 99430A im Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechenbar.	35,00 EUR	99430A
--	----------------------	---------------

- (8) Vertragsärzte nach § 3 des DMP-Vertrages können im Rahmen des kontinuierlichen Therapieprozesses unter Voraussetzung einer gültigen Einschreibung in das DMP COPD folgende Leistung abrechnen:

Betreuungspauschale für koordinierende Vertragsärzte gem. § 3 des DMP Vertrages Asthma bronchiale und COPD: Differenzierte Therapieplanung: individuelle Risiko-Abschätzung und gemeinsame Festlegung von individuellen Therapiezielen mit dem Patienten sowie Instruktion: Erarbeitung von Maßnahmen zum Selbstmanagement (Peakflow- Notfallplan) und die regelmäßige Überprüfung und praktische Einübung der korrekten Inhalationstechnik nach Nr. 1.4 und 1.5 der Anlagen 5b 1x pro Dokumentationszeitraum	7,50 EUR	99429C
--	----------	--------

- (9) Vertragsärzte nach § 4 des DMP-Vertrages können für in das DMP COPD eingeschriebene Versicherte folgende Mitbehandlungspauschale abrechnen:

Pauschale für pneumologisch qualifizierte Ärzte nach § 4 des DMP Vertrages Asthma bronchiale und COPD: Mitbehandlung auf Grund eines gezielten Überweisungsauftrages des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung (siehe Anlage 5b 1.6.2.) Mitbehandlung aufgrund eines gezielten Überweisungsauftrages des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung (siehe Ziffer 1.6.2 Anlage 5b sowie Maßnahmen zur Diagnosebestätigung [z.B. Provokationstests]) Max. 2x pro Kalenderjahr [die Erbringung der Leistung erfolgt auf Überweisung mit DMP-Kennzeichen des koordinierenden Vertragsarztes gem. § 3 des DMP-Vertrages. Soweit Vertragsärzte bei einem Patienten sowohl die koordinierende Funktion gem. § 3 als auch die Funktion nach § 4 des DMP-Vertrages übernehmen, sind die Pauschalen nach 99429C und 99430C im Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechenbar]	35,00 EUR	99430C
---	----------------------	---------------

- (10) Teilnehmende Ärzte nach § 3 und 4 können für in das DMP Asthma eingeschriebene Versicherte, für die der Rauchstatus gem. Anlage 2 der DMP-A-RL dokumentiert wurde, folgende Gesprächsleistung zur Tabakentwöhnung erbringen:

Leistungsinhalt	Abrechnungsbestimmungen	Vergütung
• Motivierende Ansprache des Patienten nach der "Motivational-Interviewing-Technik" durch interaktive Abfrage der Motivation zur Tabakentwöhnung mit der visuellen Analog-Skala* und individualisiertem „Change-Talk“ • Nutzung des Fagerström-Tests, insbesondere der Frage: Wann rauchen Sie morgens die erste Zigarette? • Empfehlung von durch die Krankenkassen anerkannten Präventionsprogrammen zur Tabakentwöhnung unter Nutzung von Muster 36	• Die Leistung kann nur abgerechnet werden, wenn der Arzt den Nachweis über seine Qualifikation zum Thema „Motivational- Interviewing-Technik“ / „Motivierende Gesprächsführung“ (z.B. durch die Teilnahme am Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer oder am Curriculum „Change-Talk zur Tabakentwöhnung“) gegenüber der KVH erbracht und eine Genehmigung erhalten hat. • Die Leistung kann einmalig je DMP-Teilnehmer abgerechnet werden.	8 EUR (GOP 99438A)

Die KVH führt eine Liste der zur Abrechnung berechtigten Ärzte und stellt diese den Krankenkassen quartalsweise zur Verfügung. Die Ärzte stimmen mit der Beantragung der Genehmigung der Aufnahme in dieses Verzeichnis und deren Weitergabe zu.

- (11) Teilnehmende Ärzte nach § 3 und 4 können für in das DMP COPD eingeschriebene Versicherte, für die der Rauchstatus gem. Anlage 2 der DMP-A-RL dokumentiert wurde, folgende Gesprächsleistung zur Tabakentwöhnung erbringen:

Leistungsinhalt	Abrechnungsbestimmungen	Vergütung
• Motivierende Ansprache des Patienten nach der "Motivational-Interviewing-Technik" durch interaktive Abfrage der Motivation zur Tabakentwöhnung mit der visuellen Analog-Skala* und individualisiertem „Change-Talk“ • Nutzung des Fagerström-Tests, insbesondere der Frage: Wann rauchen Sie morgens die erste Zigarette? • Empfehlung von durch die Krankenkassen anerkannten Präventionsprogrammen zur Tabakentwöhnung unter Nutzung von Muster 36	• Die Leistung kann nur abgerechnet werden, wenn der Arzt den Nachweis über seine Qualifikation zum Thema „Motivational- Interviewing-Technik“ / „Motivierende Gesprächsführung“ (z.B. durch die Teilnahme am Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer oder am Curriculum „Change-Talk zur Tabakentwöhnung“) gegenüber der KVH erbracht und eine Genehmigung erhalten hat. • Die Leistung kann einmalig je DMP-Teilnehmer abgerechnet werden.	8 EUR (GOP 99438C)

Die KVH führt eine Liste der zur Abrechnung berechtigten Ärzte und stellt diese den Krankenkassen quartalsweise zur Verfügung. Die Ärzte stimmen mit der Beantragung der Genehmigung der Aufnahme in dieses Verzeichnis und deren Weitergabe zu.

§ 33 Vergütung der Schulungen

- (1) Schulungsprogramme gemäß § 22 können von Vertragsärzten nach §§ 3 und 4 erbracht werden.
- (2) Der Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann. Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Angehörige von DMP-Teilnehmern können kostenfrei an den Schulungen teilnehmen.
- (3) Die aufgeführten Schulungen (ohne Nachschulungen), auch von teilweisen Inhalten, sowie Pauschalerstattungen für entsprechendes Verbrauchsmaterial sind je Patient nur einmal im Lebensfall abrechnungsfähig. Bei einem Patienten, dessen Eltern und/oder Bezugspersonen eine ASEV-Schulung erhalten haben, kann bei Erreichen des entsprechend im Schulungsprogramm benannten Schulungsalters eine AGAS-Schulung durchgeführt werden.
- (4) Nachschulungen können nur durchgeführt werden, sofern die Grundschulung vollständig absolviert wurde.
- (5) Die Abrechnung der im Folgenden beschriebenen Leistungen bedarf der Genehmigung durch die KVV. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Vertragsärzte ab Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zu diesen Behandlungsprogrammen.
- (6) Schulungsgemeinschaften sind Gemeinschaftseinrichtungen von Vertragsärzten gemäß §§ 3 und 4, welche dem Zweck dienen, Patientenschulungen gemäß § 22 regelmäßig in derselben gemeinschaftlich genutzten Betriebsstätte zu erbringen. An Schulungsmaßnahmen von Schulungsgemeinschaften können nur Patienten von Vertragsärzten teilnehmen, die Mitglied der Schulungsgemeinschaften sind. Der Vertragsarzt, für dessen Patienten diese Schulung erbracht wurde, rechnet die Schulung gemäß Abs. 7 gegenüber der KVV ab. Der Vertragsarzt muss auch die Voraussetzungen nach Abs. 5 erfüllen.
- (7) Die Schulungen gemäß Anlage 11a und 11b in der jeweils vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage werden - soweit sie nicht von gewerblichen Schulungszentren erbracht werden - wie folgt vergütet.

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Einheit in EUR	KV-interne Abr.-Nr
Für Eltern von Kindern bis 5 Jahre: Asthaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung (ASEV)	Optimal Eltern und /oder Bezugspersonen von 7 Kindern	13 UE á 45 Min	20,00	99439
Zuschlag zur 13. UE der ASEV-Schulung (GOP 99439) für die vollständige Erbringung einer ASEV-Schulung gemäß Schulungscurriculum (Schulungsabschluss)			20,00	99440
Nachschulung ASEV (frühestens 6 Monate nach der Grundschulung)		1 UE als Einzelschulung oder 4 UE als Gruppenschulung Mind. 45 Minuten	20,00	99441
Für Kinder ab 5 Jahre: AG Asthaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (AGAS)	Optimal 7 Kinder/Jugendliche und deren Eltern und/oder Bezugspersonen	30 UE a 45 Min. (18 Einheiten je für Kinder/Jugendliche, 12 Einheiten je für die Eltern)	20,00	99431
Nachschulung AGAS (frühestens 6 Monate nach der Grundschulung)		1 UE als Einzelschulung oder 4 UE als Gruppenschulung Mind. 45 Minuten	20,00	99432

Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)	Optimal 10	6 UE je 60 Minuten	22,50	99433
Nachschulungen NASA (frühestens nach 1 Jahr, max. 1x im Jahr abrechnungsfähig)	Optimal 10	Mind. 45 Minuten	22,50	99434
Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)	Optimal 10	6 UE je 60 Minuten	22,50	99435
Nachschulungen COBRA (frühestens nach 1 Jahr, max. 1x im Jahr abrechnungsfähig)	Optimal 10	Mind. 45 Minuten	22,50	99436
Kosten für das Schulungsmaterial (Verbrauchsmaterial), 1x je Schulungsteilnehmer Nicht bei Nachschulungen abrechenbar			9,50	99437

- (8) Die Vergütung der Schulung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (9) Die Vertragspartner beobachten die Preisentwicklung des Schulungsmaterials und werden sich über ggf. erforderliche Anpassungen verständigen.
- (10) Die KVH sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden.

Abschnitt X Sonstige Bestimmungen

§ 34 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KVH liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen.
- (2) Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

§ 34a Kosten zur Durchführung des Vertrages

- (1) Kosten der Datenstelle, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Datensätze gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 DMP-A-RL stehen, sowie die Kosten der Evaluation tragen die Krankenkassen.
- (2) Kosten der arztseitigen Qualitätssicherung in der Gemeinsamen Einrichtung tragen Krankenkassen und die KVH je zur Hälfte.
- (3) Kosten, die durch die nach diesem Vertrag notwendige Information der Ärzte entstehen, teilen sich die Vertragspartner. Die Krankenkassen tragen die Kosten für das Arztmanual. Die KVH übernimmt den Versand bzw. die Veröffentlichung in elektronischer Form und die sonstigen Informationen.
- (4) Kosten für die nach diesem Vertrag vorgesehenen Vordrucke und dazugehörigen Ausfüllhilfen übernehmen die Krankenkassen. Die Krankenkassen

übermitteln elektronisch der KVH die ergänzenden Informationen (Ausfüllanleitungen) zu den Vordrucken.

- (5) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Qualitätsvoraussetzungen gemäß Abschnitt II dieses Vertrages zur Teilnahme an diesem strukturierten Behandlungsprogramm werden nicht von den Krankenkassen getragen. Gleiches gilt für die Kosten der Durchführung von Fortbildungen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln, die sich im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung ergeben.
- (6) 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.
- (7) Sollte durch die Aufsichtsprüfung die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten nachträglich bei einer Krankenkasse geändert werden, so erfolgt keine rückwirkende Neuberechnung und –belastung der Kosten.

§ 34b Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

Die Vertragsärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten.

§ 35 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2019 in Kraft und ersetzt den Vertrag nach § 73a SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V Asthma bronchiale sowie COPD vom 01.12.2017 in der Fassung des 2. Nachtrages vom 27.11.2018. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Eines Kündigungsgrundes bedarf es nicht.
- (3) Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Quartalsende.
- (4) Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden.
- (5) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer Änderung der DMP-A-RL sowie der diese ersetzenden oder er-

gänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich spätestens innerhalb eines Jahres an die Änderungen der Zulassungsvoraussetzungen anzupassen sind. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind zu beachten.

§ 36 Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 37 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Hamburg, den 27.03.2019

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

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

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

.....
IKK classic

.....
KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, 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 nach § 137f SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma bronchiale sowie COPD zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

Strukturvoraussetzungen koordinierender Arzt

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt nach § 3 sind Hausärzte nach § 73 Abs. 1a 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
Fachliche Voraussetzungen Hausärztlicher Versorgungssektor gem. § 73 Abs. 1a SGB V	• Facharzt für Allgemeinmedizin • Facharzt für Innere Medizin, der hausärztlich tätig ist • Praktischer Arzt • Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin¹	

¹ Zwingend vorzuhalten, da sie in der Regel die Betreuung von Kindern und Jugendlichen übernehmen müssen (alle anderen Hausärzte gem. § 73 SGB V dürfen dies nur im Ausnahmefall)

ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	Information durch das Arztmanual und die Bestätigung der Kenntnisnahme	bei Beginn der Teilnahme
Teilnahme an einem anerkannten pneumologischen Qualitätszirkel bzw. hausärztl. QZ, der sich auch mit pneumologischen Themen beschäftigt oder	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährliche Teilnahme
bei Kinder- und Jugendärzten Teilnahme an einem anerkannten pädiatrischen QZ bzw. einer von der Ärztekammer anerkannten Fortbildung oder	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährliche Teilnahme
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 nach § 137f SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma bronchiale sowie COPD zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

Strukturvoraussetzungen koordinierender Arzt

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt nach § 3 sind Hausärzte nach § 73 Abs. 1a 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 werden die teilnehmenden Ärzte einmal im Jahr von der KVH aufgefordert, Nachweise über entsprechende Fortbildungen, Qualitätszirkel sowie die Qualifikation des medizinischen Personals vorzulegen.

Parameter	Nachweis	Zeitpunkt/Häufigkeit
Fachliche Voraussetzungen Hausärztlicher Versorgungssektor gem. § 73 Abs. 1a SGB V	• Facharzt für Allgemeinmedizin • Facharzt für Innere Medizin, der hausärztlich tätig ist • Praktischer Arzt	
ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	• Information durch das schriftliche Informations- und Schulungsmaterial und die Bestätigung der Kenntnisnahme	bei Beginn der Teilnahme
Teilnahme an anerkanntem pneumologischen Qualitätszirkel bzw. hausärztl. QZ, der sich auch mit pneumologischen Themen beschäftigt oder	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährliche Teilnahme

COPD-Fortbildung (von der Ärztekammer anerkannte Fortbildungsveranstaltung)	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährlich, mind. 4 Stunden bzw. 4 Punkte
---	------------------------	--

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

zu dem Vertrag nach § 137f SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma bronchiale sowie COPD 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	für Erwachsene und in Einzelfällen für Jugendliche: Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Pneumologie“ und/oder Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“ und/oder Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde und/oder Lungenarzt für Kinder (ab Vollendung des 1. Lebensjahres) und Jugendliche mit Asthma bronchiale:	einmalig zu Beginn

	Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie (fachärztlich und/oder hausärztlich tätige) und/oder 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 und / oder	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr
- Asthma bronchiale-spezifische Fortbildung (von der Ärztekammer anerkannte Fortbildungsveranstaltung)	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr
kontinuierliche Fortbildung für Vertragsärzte im Versorgungsbereich Kinder und Jugendliche: - anerkannter pädiatrisch pneumologischer Qualitätszirkel und / oder	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
Erforderliche Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte: für Erwachsene: Möglichkeit zur Durchführung von • Spirometrie einschl. Atemwiderstandsmessung und Provokationstestung (qualitätsgesichert) • Ganzkörper-Plethysmographie (qualitätsgesichert) • Laborchemische Untersuchungen, insbesondere Blutgase für Kinder und Jugendliche: Möglichkeit zur Durchführung von • Spirometrie • Atemwegswiderstandsmessung	Bestätigung mit der Teilnahmeerklärung nach Anlage 4	bei Beginn der Teilnahme

• Methode zum Nachweis der bronchialen Hyperreagibilität		
--	--	--

Anlage 2b: Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 COPD

zu dem Vertrag nach § 137f SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma bronchiale sowie COPD 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“ und/oder Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“ und/oder Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde und/oder Lungenarzt	einmalig zu Beginn
ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	Information durch das Arztmanual und die Bestätigung der Kenntnisnahme	bei Beginn der Teilnahme

Anlage 4: Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes

zu dem Vertrag nach § 137f SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma bronchiale sowie COPD 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. Das auf der Seite der KVH unter [www. http://www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) eingestellte Praxismanual habe ich zur Kenntnis genommen.

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 personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften 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 Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken) sowie den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation aushändige.
- Den in der Anlage 4a (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 personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen.

- Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg mit der Anlage 4a „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 meiner Daten gemäß Anlage 7a bzw. 7b 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 Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), die Datenstelle, die teilnehmenden stationären Einrichtungen, an die Rehabilitationseinrichtungen und an die teilnehmenden Versicherten.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit dem Zugang des Widerrufs endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

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

- Die Veröffentlichung ihrer Daten gemäß Anlage 7a bzw. 7b im Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale bronchiale/COPD ambulanter Sektor
- Die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an die teilnehmenden Versicherten.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit dem Zugang des Widerrufs endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

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,
- e) die Dokumentationsdaten für die Evaluation und für die Qualitätssicherung unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen genutzt werden,
- f) meine im Rahmen der DMP erhobenen Daten entsprechend der in der RSAV vorgesehenen Pseudonymisierungs-Regelungen an die Arbeitsgemeinschaft, die Gemeinsame Einrichtung, das Evaluationsinstitut, die Krankenkassen und die KVH weitergeleitet werden.

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 Abs. 2 DMP-Vertrag)

am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma bronchiale

für Erwachsene

☐

für Kinder und Jugendliche

☐

am strukturierten Behandlungsprogramm COPD

☐

teilnehmen und erfülle die Strukturqualität der Anlagen 1a für Asthma bronchiale und/oder 1b für COPD.

Oder

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

am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma bronchiale

für Erwachsene

☐

für Kinder und Jugendliche

☐

am strukturierten Behandlungsprogramm COPD

☐

teilnehmen und erfülle die Strukturqualität der Anlagen 2a für Asthma bronchiale und/oder 2b für COPD.

2b. Zusätzlich möchte ich in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig werden.

Mir ist bekannt, dass ich als pneumologisch qualifizierter Arzt in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt teilnehmen kann, wenn ein Patient bereits vor der Einschreibung von mir dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß Abschnitt VII. ☐

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 die Gesprächsleistung zur Tabakentwöhnung gemäß § 32 des DMP-Vertrages Asthma/COPD durchführen. Ich verfüge über die entsprechenden Kenntnisse der „Motivational-Interviewing-Technik“/ „Motivierende Gesprächsführung“ und lege als Nachweis nachfolgendes Fortbildungszertifikat bei:

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer ☐

Curriculum „Change-Talk zur Tabakentwöhnung“ ☐

weitere gleichwertige Qualifizierung ☐

5. 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. Anlage 10 der DMP-A-RL bzw. Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL 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.

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 nach § 137f SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma bronchiale sowie COPD zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVVH

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu den Behandlungsprogrammen 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.				☐	☐	
	Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3)	als FA (§ 4)	ab Datum
	Für Kinder und Jugendliche	☐	für Erwachsene	☐		
2.				☐	☐	
	Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3)	als FA (§ 4)	ab Datum
	Für Kinder und Jugendliche	☐	für Erwachsene	☐		
3.				☐	☐	
	Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3)	als FA (§ 4)	ab Datum
	Für Kinder und Jugendliche	☐	für Erwachsene	☐		

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.				☐	☐	
	Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3)	als FA (§ 4)	ab Datum
2.				☐	☐	
	Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3)	als FA (§ 4)	ab Datum
3.				☐	☐	
	Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3)	als FA (§ 4)	ab Datum

Datum, Unterschrift des / der angestellten Arztes / Ärztin

Anlage 5a: Versorgungsinhalte Asthma bronchiale (wortwörtliche Übernahme aus den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale -gem. Anlage 9 der DMP-A-RL)

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

Anlage 9 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale (ab dem vollendeten 1. Lebensjahr)

- 1 Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

1.1 Definition des Asthma bronchiale

Asthma bronchiale ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege, charakterisiert durch bronchiale Hyperreaktivität, variable Atemwegsobstruktion und typische Symptome.

1.2 Diagnostik

Die Diagnostik des Asthma bronchiale basiert auf einer für die Erkrankung typischen Anamnese, gegebenenfalls dem Vorliegen charakteristischer Symptome, und dem Nachweis einer (partiell-)reversiblen Atemwegsobstruktion bzw. einer bronchialen Hyperreaktivität.

Eine gleichzeitige Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale und das DMP COPD ist nicht möglich.

Neben dem Asthma bronchiale kann eine COPD bestehen. In Abhängigkeit des Krankheitsverlaufs sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt abwägen, welche der beiden Diagnosen als vorrangig einzustufen ist. Demnach ist auch die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

Astmatypische Symptome sind bei Kleinkindern häufig. Ein Teil der Kinder verliert die Symptome bis zum Schulalter. Oft handelt es sich dabei um Kinder, deren astmatypische Symptome lediglich im Rahmen von Infekten auftreten. Eine sichere Aussage darüber, ob auch noch im Schulalter die Einschreibekriterien für das DMP Asthma bronchiale erfüllt sind, ist bei Aufnahme in das Behandlungsprogramm nicht möglich. Entscheidend ist die Einschränkung der Lebensqualität durch das Asthma bronchiale zum Zeitpunkt der Einschreibung.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Nummer 3. Die Ärztin oder der Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- wiederholtes Auftreten folgender - entweder gemeinsam oder einzeln gegebener - Symptome: anfallsartige, oftmals nächtliche oder frühmorgendliche Atemnot; Brustenge; Husten mit oder ohne Auswurf; Selbstwahrnehmung von Atemgeräuschen wie Giemen und Pfeifen, insbesondere bei Allergenexposition, während oder nach körperlicher Belastung, bei Infekten, thermischen Reizen, Rauch- und Staubexposition,
- Variabilität der Symptome, oft auch abhängig von der Jahreszeit,
- positive Familienanamnese (Allergie, Asthma bronchiale),
- tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten,
- berufsbedingte Auslöser. Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch anzuzeigen. Eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale ist bei einer anerkannten Berufskrankheit nicht möglich.
- Komorbiditäten: u. a. chronische Rhinosinusitis, gesteigerter gastroösophagealer Reflux, Adipositas, Angstzustände und Depression.

Die körperliche Untersuchung zielt ab auf den Nachweis von Zeichen einer bronchialen Obstruktion, die aber auch fehlen können.

1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

Die Basisdiagnostik umfasst die Messung der Atemwegsobstruktion, ihrer Reversibilität und Variabilität. Die Lungenfunktionsdiagnostik dient somit der Sicherung der Diagnose, der differenzialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen obstruktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten sowie zur Verlaufs- und Therapiekontrolle.

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer aktuellen oder längstens zwölf Monate zurückliegenden asthmatypischen Anamnese gemäß Nummer 1.2.1 und das Vorliegen mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

Bei Erwachsenen:

- Nachweis der Obstruktion bei $FEV_1/VC \leq 70 \%$ und Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden,
- circadiane PEF-Variabilität $> 20 \%$ über 3 bis 14 Tage,
- Nachweis einer bronchialen Hyperreaktivität durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Im Alter von 5 bis 17 Jahren:

- Nachweis der Obstruktion bei $FEV_1/VC \leq 75 \%$ und Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden,

- circadiane PEF-Variabilität > 20 % über 3 bis 14 Tage,
- Nachweis einer bronchialen Hyperreaktivität durch einen unspezifischen, standardisierten, nicht-inhalativen oder durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Kinder im Alter von ein bis fünf Jahren:

Für Klein- und Vorschulkinder, bei denen eine valide Lungenfunktion noch nicht durchführbar ist, müssen für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung die folgenden Kriterien erfüllt sein:

- ≥ 3 asthmatische Episoden im letzten Jahr und
- Ansprechen der Symptome auf einen Therapieversuch mit antiasthmatischen Medikamenten

und mindestens eines der folgenden Zusatzkriterien:

- Giemen/Pfeifen unabhängig von Infekten, insbesondere bei körperlicher Anstrengung,
- stationärer Aufenthalt wegen obstruktiver Atemwegssymptome,
- atopische Erkrankung des Kindes,
- Nachweis einer Sensibilisierung,
- Asthma bronchiale bei Eltern oder Geschwistern.

Die Diagnose gilt auch als gestellt, wenn die Einschreibekriterien entsprechend denen für Kinder ab fünf Jahren erfüllt werden.

Statt des für alle Altersgruppen fixierten Grenzwertes von $FEV_1/VC \leq 70\%$ bzw. 75% zur Charakterisierung der Obstruktion können die neueren Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von FEV_1/VC berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64-faches der Streuung).

1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik

Bei Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale ist zu prüfen, ob eine allergologische Stufendiagnostik durchzuführen ist.

Die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung soll durch

- eine allergologisch qualifizierte und pneumologisch kompetente Ärztin bzw. einen allergologisch qualifizierten und pneumologisch kompetenten Arzt oder
- eine allergologisch und pneumologisch qualifizierte Ärztin bzw. einen allergologisch und pneumologisch qualifizierten Arzt

erfolgen.

1.3 Therapieziele

Die Therapie dient insbesondere der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken.

Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten anzustreben:

- Vermeidung/Reduktion
 - von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen),

- von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
- einer Progredienz der Krankheit,
- von unerwünschten Wirkungen der Therapie,
- von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen

bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität;

- Reduktion der Asthma-bedingten Letalität,
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
- das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

1.4 Differenzierte Therapieplanung

Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen; dabei ist auch das Vorliegen von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) und Komorbiditäten (z. B. Rhinosinusitis) zu berücksichtigen.

Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen.

Bei Kindern im Alter von ein bis fünf Jahren ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die Einschreibung der Kontrolle der Beschwerden dient, aber noch keine endgültige Aussage über den weiteren Verlauf der Krankheitssymptome zulässt. Unter Berücksichtigung der individuellen Konstellation soll auf die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung der Erkrankung hingewiesen werden. Entsprechend ist mindestens einmal jährlich eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale aufgrund veränderter Symptome zu überprüfen.

1.4.1 Asthmakontrolle

Das Konzept der Asthmakontrolle beschreibt die Beeinträchtigung der oder des Erkrankten durch das Asthma bronchiale. Dieses Konzept umfasst die Symptomkontrolle sowie die Risikoabschätzung zukünftiger unerwünschter Auswirkungen des Asthma bronchiale und der Therapie (Häufigkeit von Exazerbationen, Auftreten einer durch Medikamente nicht reversiblen, fixierten Obstruktion, unerwünschte Wirkungen der Asthma-Medikation).

Die Beurteilung der Symptomkontrolle erfolgt anhand der Häufigkeit von Asthmasymptomen am Tage und in der Nacht, der Häufigkeit der Nutzung der Bedarfsmedikation sowie der Einschränkung der körperlichen Aktivität.

Mit den in der folgenden Tabelle genannten Kriterien kann die Güte der Asthmakontrolle, über die die medikamentöse Therapie gesteuert wird, in „kontrolliert“, „teilweise kontrolliert“ und „unkontrolliert“ eingeteilt werden. Bezugszeitraum sind jeweils die letzten vier Wochen. Bei „kontrolliertem“ Asthma ist die Therapie adäquat und kann eventuell sogar reduziert werden, bei „teilweiser Asthmakontrolle“ ist eine Intensivierung der Behandlung zu prüfen. Bei „unkontrolliertem“ Asthma sind sofortige Therapieanpassungen erforderlich.

Asthmakontrolle	Kontrolliert (alle Kriterien erfüllt)	Teilweise kontrolliert (1 bis 2 Kriterien)	Unkontrolliert
-----------------	---------------------------------------	--	----------------

Symptome tagsüber	≤ 2 mal pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: ≤ 1 mal pro Woche)	> 2 mal pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: > 1 mal pro Woche)	≥ 3 Kriterien des teilweise kontrollierten Asthmas innerhalb einer Woche
Einschränkung der Alltagsaktivitäten	Keine	Vorhanden	
Nächtliche Symptome	Keine	Vorhanden	
Einsatz der Bedarfsmedikation	≤ 2 mal pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: ≤ 1 mal pro Woche)	> 2 mal pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: > 1 mal pro Woche)	

Darüber hinaus sollten für die Therapiesteuerung auch die aktuellen Ergebnisse der Lungenfunktionsprüfung und die Häufigkeit von Exazerbationen innerhalb der letzten zwölf Monate berücksichtigt werden. Hinweise auf ein teilweise kontrolliertes Asthma bronchiale oder unkontrolliertes Asthma bronchiale sind auch gegeben, wenn die Lungenfunktion eingeschränkt ist oder mindestens eine Exazerbation innerhalb der letzten zwölf Monate aufgetreten ist. Dies sollte bei der Therapiesteuerung berücksichtigt werden.

Die Asthmakontrolle beruht somit auf klinisch leicht zu erfassenden Parametern und ist sowohl für die langfristige Verlaufskontrolle als auch als Grundlage der Therapie (-Anpassungen) geeignet.

1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

Die Frequenz der Kontrolluntersuchungen orientiert sich an der medizinischen Notwendigkeit und der Schwere des Krankheitsbildes.

Folgende Untersuchungen und Maßnahmen sollten bei jedem Patientenkontakt durchgeführt werden:

- Anamnese und Abschätzung des Kontrollgrades, gegebenenfalls mit Prüfung der Asthmatagebücher/PEF-Protokolle („Peak Expiratory Flow“),
- Körperliche Untersuchung (Auskultation),
- Prüfung der Medikation und Begleitmedikation, Medikamenten- und Notfallplan,
- Prüfung der Inhalationstechnik, gegebenenfalls Einleitung von Schulungsmaßnahmen,
- Entscheidung über Weiterführung, Steigerung oder Absenkung der Dosis inhalativer Glukokortikosteroide,
- Entscheidung über eventuell notwendige weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen nach Nummer 1.6.2,
- Entscheidung über das zukünftige Kontrollintervall.

Die Dokumentation im Rahmen dieser Richtlinie erfolgt in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten vierteljährlich oder halbjährlich.

Unabhängig vom Kontrollintervall soll ab der Vollendung des 5. Lebensjahres mindestens einmal pro Jahr eine Lungenfunktionsmessung durchgeführt und dokumentiert werden (Fluss/Volumen-Kurve).

1.4.3 Selbstmanagement

Für ein effektives Selbstmanagement benötigt die Patientin oder der Patient folgende Fähigkeiten und Inhalte, die insbesondere im Rahmen von Schulungen vermittelt und vertieft werden:

- ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser (Allergien und/oder Triggerfaktoren),
- Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der Krankheitsverschlechterung (z. B. mittels Peak-flow-Protokollierung),
- einen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin erstellten individuellen Selbstmanagementplan,
- eine korrekte Inhalationstechnik.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll die Patientin oder den Patienten insbesondere hinweisen auf:

- relevante Allergene und deren Vermeidung,
- sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen) und Möglichkeiten zur Vermeidung,
- Bedeutung von emotionaler Belastung,
- Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des Asthma bronchiale führen können.

Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens und des Passivrauchens bei Asthma bronchiale auf, verbunden mit den folgenden spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben:

- Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden.
- Raucherinnen und Raucher sollten in einer klaren und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es ist festzustellen, ob die Raucherin oder der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse, insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung und geeignete, vom Patienten selbst zu tragende Medikamente.
- Jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten.
- Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

- Nicht entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher sollen zum Rauchverzicht motiviert werden.
- Die Betreuungspersonen sollen über die Risiken des Passivrauchens für asthmakranke Kinder und die Notwendigkeit einer rauchfreien Umgebung informiert werden.

1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

Jede Patientin und jeder Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten.

Die Schulung dient insbesondere der Einübung und Vertiefung eines adäquaten Selbstmanagements, z. B. durch ein Grundverständnis der Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser, und der Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der Krankheitsverschlechterung.

Im Übrigen gelten die in § 4 genannten Anforderungen. Bei jeder Vorstellung des Patienten und der Patientin soll im Falle einer noch nicht erfolgten Schulung geprüft werden, ob eine Schulung empfohlen werden soll.

1.5.3 Körperliche Aktivitäten

Körperliche Aktivität kann zu einer Verringerung der Asthma-Symptomatik und zur Verbesserung von Belastbarkeit und Lebensqualität beitragen.

Daher sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass die Patientin oder der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der körperlichen Aktivität ergreift. Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal jährlich überprüft werden. Insbesondere sollte darauf hingewirkt werden, dass Schulkinder mit Asthma bronchiale unter Berücksichtigung der individuellen und aktuellen Leistungsfähigkeit regelmäßig am Schulsport teilnehmen.

1.5.4 Rehabilitation

Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem asthmakranke Patientinnen und Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch Asthma bronchiale und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken. Dabei ist den besonderen Bedürfnissen betroffener Kinder und Jugendlicher Rechnung zu tragen.

Die Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale sein.

Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung ist gemäß Nummer 1.6.4 individuell zu prüfen.

1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale ist durch die Ärztin oder den Arzt zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen (z. B. verhaltenstherapeutischen) und/oder psychiatrischen Behandlungen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

1.5.6 Somatische Komorbiditäten

Erkrankungen der oberen Atemwege:

Häufige und bedeutsame Komorbiditäten des Asthma bronchiale sind Rhinosinusitis, Polyposis nasi, zusätzlich bei Kindern Pseudokrupp und adenoide Vegetationen. Da diese das Asthma bronchiale ungünstig beeinflussen können, kommt ihrer frühzeitigen Diagnostik und adäquaten Therapie große Bedeutung zu.

Adipositas:

Asthma bronchiale wird häufiger bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten angetroffen als bei normalgewichtigen Personen. Die Adipositas kann zu Atemnot und Giemen von Asthmakranken beitragen. Daher sollte bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten eine Gewichtsreduktion angestrebt werden.

Gastroösophageale Refluxkrankheit:

Der gesteigerte gastroösophageale Reflux wird bei Asthmatikern häufiger als bei lungengesunden Personen angetroffen. Er kann trockenen Husten verursachen. Er sollte deshalb in der Verlaufskontrolle sowie in der Differenzialdiagnostik des Asthma bronchiale berücksichtigt werden. Eine medikamentöse Behandlung sollte allerdings nur bei Vorliegen von Refluxbeschwerden (Sodbrennen, saures Aufstoßen) erfolgen.

1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

Bei Patientinnen und Patienten, bei denen die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln auf Grund von Multimorbidität oder der Schwere der Erkrankung erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements vorzusehen:

Die Ärztin oder der Arzt soll mindestens jährlich sämtliche vom Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden.

In der Patientinnen- oder Patientenakte soll ein aktueller Medikationsplan vorhanden sein. Dieser soll der Patientin oder dem Patienten oder einer Betreuungsperson in einer für diese verständlichen Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden.

Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der Glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (eGFR) überwacht werden. Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.

1.5.8 Medikamentöse Maßnahmen

Zur medikamentösen Therapie sind mit der Patientin oder dem Patienten ein individueller Therapieplan zu erstellen und Maßnahmen zum Selbstmanagement zu erarbeiten (siehe auch strukturierte Schulungsprogramme, Nummer 4).

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studien

nachgewiesen wurde. Dabei sollen diejenigen Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen oder Kombinationen bevorzugt werden, die diesbezüglich den größten Nutzen erbringen.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirksamkeitsbelege bezüglich der in Nummer 1.3 genannten Therapieziele vorliegen.

In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika (Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika (Medikamente, die bei Bedarf, z. B. bei zu erwartenden körperlichen Belastungssituationen, zur Behandlung von Dyspnoe und insbesondere bei Asthma-Anfällen eingesetzt werden) unterschieden.

In der Inhalationstherapie ist nur die im Bronchialsystem deponierte Medikamentenmenge wirksam. Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege, dem Atemmuster, der Partikelgröße und dem jeweiligen Applikationssystem. Es sollte daher das Applikationssystem und die Instruktion bezüglich der Anwendung individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten (insbesondere Alter und Koordination) angepasst werden. Bei Kleinkindern und Vorschulkindern sollten Treibgasdosieraerosole mit Spacer bevorzugt werden. Eine Gesichtsmaske soll nur so lange angewendet werden, bis das Kind durch das Mundstück eines Spacers atmen kann.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, bei Verwendung mehrerer inhalativer Medikamente für alle Präparate den gleichen Typ von Applikationssystem einzusetzen. Nach einer initialen Einweisung in die Applikationstechnik sollte diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden. Bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein Wechsel des Applikationssystems absehbar Probleme bereiten wird, kann unter Dokumentation der besonderen Gründe im Einzelfall bei der Verordnung die Substitution durch Setzen des Aut-idem-Kreuzes ausgeschlossen werden.

Bei mangelnder Kontrolle der Asthma-Symptome sollte vor einer Steigerung der medikamentösen Therapie immer versucht werden, die folgenden Fragen abzuklären:

- Wurden die verordneten Medikamente angewendet?
- Wurden sie richtig angewendet?
- Haben sich die Risikofaktoren verändert? (Auslöser, Komorbiditäten, Interaktion mit weiteren Medikationen)
- Ist die Diagnose Asthma bronchiale korrekt?
- Besteht (erneuter) Bedarf an einer strukturierten Asthmaschulung?

Bei guter Asthma-Kontrolle über einen längeren Zeitraum (z. B. über drei Monate bei Einsatz inhalativer Glukokortikosteroide) soll die Reduktion der Therapie erwogen werden.

1.5.8.1 Dauertherapie bei Erwachsenen

Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

1. Basistherapie

- inhalative Glukokortikosteroide,

2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen zusätzlich zur Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden in Betracht:

- inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika
- Wenn trotz dieser erweiterten Basistherapie ein unkontrolliertes Asthma bronchiale besteht, stehen zur Modifikation bzw. Eskalation zur Verfügung:

- langwirksame Anticholinergika
- systemische Glukokortikosteroide
- Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- Antikörper

Bei Patientinnen und Patienten mit trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem schwerem persistierendem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper oder Anti-IL-5-Antikörper) erwogen werden. Hierfür soll eine Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen.

Bei Undurchführbarkeit einer Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (z. B. Ablehnung oder Unverträglichkeit) als Basismedikation ist vor Verordnung einer unterlegenen alternativen antientzündlichen Therapie ein Aufklärungsgespräch über Risiken dieser Therapieoptionen zu führen.

1.5.8.2 Dauertherapie bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

1. Basistherapie
 - niedrig dosierte inhalative Glukokortikosteroide
 - in begründeten Fällen alternativ Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen in Betracht:
 - Steigerung der Dosis des inhalativen Glukokortikosteroids
 - Kombination von inhalativen Glukokortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
 - bei Kindern ab vier Jahren inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (nur in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden)
3. Im Ausnahmefall, bei einem trotz der erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrolliertem Asthma bronchiale, können zusätzlich erwogen werden:
 - systemische Glukokortikosteroide
 - Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
 - eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper) bei schwerem persistierendem Asthma bronchiale

Die Verordnung von Medikamenten nach 3. sollte durch die jeweils qualifizierte Fachärztin oder den jeweils qualifizierten Facharzt oder durch die qualifizierte Einrichtung erfolgen.

Bei der Verordnung sind die altersabhängigen Zulassungseinschränkungen zu berücksichtigen.

1.5.8.3 Bedarfstherapie/Therapie der Exazerbation

Eine Bedarfsmedikation soll bei akuten asthmatischen Beschwerden eingesetzt werden. Vorrangig sollten bei der Bedarfstherapie/Therapie der Exazerbation folgende Wirkstoffgruppen Anwendung finden:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)

Bei unzureichendem Ansprechen kommen in Betracht:

- der kurzfristige Einsatz systemischer Glukokortikosteroide (maximal bis zu zwei Wochen). In der Regel ist bei Kindern ein Einsatz für drei bis fünf Tage, bei Erwachsenen für fünf bis sieben Tage ausreichend.
- kurz wirksame Anticholinergika
- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)

Die Asthma-Exazerbation kann durch Infekte, Allergenexposition, Medikamentenunverträglichkeit, irritativ-toxische Ursachen sowie körperliche Belastung hervorgerufen werden. Die Gabe von Antibiotika ist bei der Asthma-Exazerbation in der Regel nicht indiziert.

1.5.8.4 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung

Bei Vorliegen eines allergischen Asthma bronchiale sind zeitnah zur Erstdiagnose die Möglichkeiten einer Allergenkarenz und die Indikation zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie zu prüfen. Auch im Verlauf eines behandelten Asthma bronchiale soll neben der Allergenkarenz die Indikation zur spezifischen Immuntherapie geprüft werden.

1.5.8.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft

Die medikamentöse Langzeittherapie und die Bedarfstherapie des Asthma bronchiale sollen während der Schwangerschaft in der Regel in der gewohnten Weise fortgeführt werden.

1.5.8.6 Schutzimpfungen

Schutzimpfungen gegen Influenza und Pneumokokken sollten gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale erwogen werden.

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Asthma bronchiale erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Asthma bronchiale eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin oder einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.6.2 sind von der gewählten Ärztin oder dem gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und/oder zur erweiterten Diagnostik von Patientinnen und Patienten zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen:

- bei schwerem unkontrolliertem Asthma bronchiale,
- zur Überprüfung der Indikation einer Langzeittherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden,
- bei Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft,
- bei Einleitung einer Therapie mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper, Anti-IL-5-Antikörper),
- bei Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale.

Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen werden:

- bei Kindern, bei denen ein kontrolliertes Asthma bronchiale durch eine erweiterte Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden nicht zu erreichen ist,
- bei Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinosinusitis, rezidivierender Pseudokrupp),
- zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer spezifischen Immuntherapie bei allergischem Asthma bronchiale.

Im Übrigen entscheidet die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der Fachärztin oder des Facharztes oder der qualifizierten Einrichtung befinden, hat diese bzw. dieser bei einer Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob die weitere Behandlung durch die Hausärztin oder den Hausarzt möglich ist.

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

Indikationen zur sofortigen stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und Patienten (Erwachsene und Kinder/Jugendliche) unter folgenden Bedingungen:

- Verdacht auf lebensbedrohlichen Anfall,
- schwerer, trotz initialer Behandlung persistierender Anfall.

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

- bei Erwachsenen:
 - Absinken des Peakflows unter ca. 30 % des persönlichen Bestwertes bzw. unter 100 l/min,
 - deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung,
 - Atemfrequenz mehr als ca. 25 pro Minute,
 - Sprech-Dyspnoe,
 - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,

- bei Kindern und Jugendlichen:
 - Absinken des Peakflows unter ca. 50 % des persönlichen Bestwertes,
 - fehlendes Ansprechen auf kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika,
 - deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung,
 - Sprech-Dyspnoe,
 - Einsatz der Atemhilfsmuskulatur,
 - deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz,
 - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,
- bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen Kindes.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. Dabei sind die Schwere des Asthma bronchiale, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die psychosoziale Belastung zu beachten.

Bei Kindern und Jugendlichen ist eine Rehabilitationsmaßnahme außerdem zu erwägen bei krankheitsbedingt drohender Leistungs- und Entwicklungsstörung.

2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)

Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt.

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Qualitätsziel	Qualitätsindikator
Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit unkontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit unkontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale bzw. deren Betreuungspersonen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (bzw. deren Betreuungspersonen), die an einer empfohlenen Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, denen eine Schulung empfohlen wurde
Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Asthma bronchiale mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlungen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlung des Asthma in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale mit Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der ungeplanten, auch notfallmäßigen (ambulant und stationär) ärztlichen Behandlungen
Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationszeitraum die Inhalationstechnik überprüft wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit inhalativer Medikation
Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	1. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer 2. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben
Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen ab dem vollendeten 5. Lebensjahr: Hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV1-Wert	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV ₁ -Wert in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das 5. Lebensjahr vollendet haben

3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose des Asthma bronchiale gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser Richtlinie geregelt.

Die Ausführungen in § 3 dieser Richtlinie gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer aktuellen oder längstens zwölf Monate zurückliegenden asthmatischen Anamnese gemäß Nummer 1.2.1 und das Vorliegen mindestens eines der in Nummer 1.2.2 genannten Kriterien erforderlich. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als zwölf Monate sein.

Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, die aktuell unter Regelmedikation stehen, können eingeschrieben werden, wenn die Diagnose vor Therapiebeginn wie in Nummer 1.2.2 gestellt wurde und eine asthmatische Anamnese aus dem Zeitraum der letzten zwölf Monate vor Einschreibung vorliegt.

Eine gleichzeitige Einschreibung in ein DMP Asthma bronchiale und ein DMP COPD ist nicht möglich.

Nach zwölfmonatiger Symptombefreiheit ohne asthmaspezifische Therapie soll die Ärztin oder der Arzt prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

Für Versicherte, die auf Basis der bis zum 31. März 2018 geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

4 Schulungen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)

Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

4.2 Schulungen der Versicherten

Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in Nummer 1.5.2 und § 4 dieser Richtlinie geregelt.

5 Evaluation (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)

Für die Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 1 DMP-A-RL sind mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- a) Tod
- b) Raucherquote allgemein
- c) Raucherquote im Kollektiv der Raucher
- d) Ungeplante notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale (altersspezifische Auswertung)
- e) Asthmakontrolle (kontrolliert, teilkontrolliert, unkontrolliert) (altersspezifische Auswertung)
- f) Medikation

g) Schulungen (altersspezifische Auswertung)

Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter festgelegt.

Anlage 5b – Versorgungsinhalte COPD

(wortwörtliche Übernahme aus den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen – Anlage 11 der DMP-A-RL)

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

Anlage 11 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)

1.1 Definition der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung

¹Die COPD ist eine chronische, in der Regel progrediente Atemwegs- und Lungenerkrankung, die durch eine nach Gabe von Bronchodilatoren und/oder Glukokortikosteroiden nicht vollständig reversible Atemwegsobstruktion auf dem Boden einer chronischen Bronchitis mit oder ohne Lungenemphysem gekennzeichnet ist.

²Eine chronische Bronchitis ist durch dauerhaften Husten, in der Regel mit Auswurf über mindestens ein Jahr gekennzeichnet. ³Eine chronische obstruktive Bronchitis ist zusätzlich durch eine permanente Atemwegsobstruktion mit oder ohne Lungenüberblähung gekennzeichnet. ⁴Das Lungenemphysem ist charakterisiert durch eine Abnahme der Gasaustauschfläche der Lunge. Ausmaß der Obstruktion, Lungenüberblähung und Gasaustauschstörung können unabhängig voneinander variieren.

1.2 Hinreichende Diagnostik zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm COPD

¹Die Diagnostik der COPD basiert auf einer für die Erkrankung typischen Anamnese, gegebenenfalls dem Vorliegen charakteristischer Symptome und dem Nachweis einer Atemwegsobstruktion mit fehlender oder geringer Reversibilität.

²Eine gleichzeitige Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale und das DMP COPD ist nicht möglich.

³Neben der COPD kann ein Asthma bronchiale bestehen. In Abhängigkeit des Krankheitsverlaufs sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt abwägen, welche der beiden Diagnosen als vorrangig einzustufen ist. ⁴Demnach ist auch die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

⁵Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Nummer 3. ⁶Die Ärztin oder der Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

¹Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- täglich Husten, meist mit täglichem Auswurf, mindestens über ein Jahr,
- Atemnot bei körperlicher Belastung, bei schweren Formen auch in Ruhe,
- Dauer und Umfang des Inhalationsrauchens,

- Berufsanamnese,
- Exazerbationen (z. B. durch Infekte),
- differentialdiagnostisch relevante Erkrankungen, insbesondere Asthma bronchiale und Herzerkrankungen,
- Komorbiditäten (u.a. kardiovaskuläre Erkrankungen, Osteoporose, Depression, Muskelatrophie, Diabetes mellitus, Lungenkarzinom).

²Die körperliche Untersuchung zielt ab auf den Nachweis von Zeichen einer bronchialen Obstruktion, einer Lungenüberblähung und eines Cor pulmonale. ³Bei Patientinnen und Patienten mit geringer Ausprägung der COPD kann der körperliche Untersuchungsbefund unauffällig sein. ⁴Bei schwerer COPD können Giemen und Brummen fehlen, in diesen Fällen ist das Exspirium deutlich verlängert.

1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

¹Die Basisdiagnostik umfasst die Messung der Atemwegsobstruktion vor und nach Bronchodilatation. ²Diese Diagnostik dient der Sicherung der Diagnose und der Abschätzung des Schweregrads der COPD, ferner zur Verlaufs- und Therapiekontrolle. ³Nur bei vollständiger Reversibilität der Atemwegsobstruktion kann eine COPD ausgeschlossen werden.

⁴Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer COPDtypischen Anamnese, der Nachweis einer Reduktion von FEV1 unter 80 % des Sollwertes und mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1.VC < 70 % nach Bronchodilatation,
- Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder einer Gasaustauschstörung bei Patientinnen oder Patienten mit FEV1.VC ≥ 70 % und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat.

1.3 Therapieziele

¹Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität.

²Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten anzustreben:

- Vermeidung/Reduktion von:
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptomen, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag,
 - einer raschen Progredienz der Erkrankung
- bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie;
- Reduktion der COPD-bedingten Letalität, - adäquate Behandlung der Komorbiditäten.

1.4 Differenzierte Therapieplanung

¹Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen; dabei ist auch das Vorliegen von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) zu berücksichtigen. ²Die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.

²Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen. ²Für die individuelle Risikoabschätzung sind insbesondere der Raucherstatus, die Lungenfunktion (FEV1, alle sechs bis zwölf Monate), Häufigkeit und Schwere von Exazerbationen, körperliche Aktivität, der Ernährungszustand und die Komorbiditäten prognostisch relevant.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Maßnahmen

1.5.1.1 Allgemeine nicht-medikamentöse Maßnahmen

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll die Patientin oder den Patienten insbesondere hinweisen auf:

- COPD-Noxen bzw. -Verursacher (z. B. Aktiv- und Passivrauchen, ausgeprägte, auch berufsbedingte Staubbelastung) und deren Vermeidung,
- körperliches Training,
- strukturierte Patientenschulungen,
- Infektionsprophylaxe,
- Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung der COPD führen können,
- eine adäquate Ernährung (hyperkalorisch) bei Untergewicht.

1.5.1.2 Tabakentwöhnung

¹Inhalationsrauchen verschlechtert die Prognose einer COPD erheblich. Tabakkarenz ist die wichtigste Maßnahme, um die Mortalität der COPD und die Exazerbationsrate zu senken sowie die Progression zu verlangsamen. ²Deswegen stehen Maßnahmen zur Tabakentwöhnung im Vordergrund der Therapie.

³Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens bei COPD auf, verbunden mit den folgenden spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben:

- Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden.
- Raucherinnen und Raucher sollten in einer klaren und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es ist festzustellen, ob die Raucherin oder der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse, insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung und geeignete, vom Patienten selbst zu tragende Medikamente.
- Jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten.
- Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.
- Nicht entwöhnungswillige Raucherinnen und Rauchern sollen zum Rauchverzicht motiviert werden.

1.5.1.3 Körperliches Training

¹Körperliches Training führt in der Regel zu einer Verringerung der COPD-Symptomatik und der Exazerbationsrate, zur Verbesserung der Belastbarkeit und kann zur Verbesserung der Lebensqualität oder Verringerung der Morbidität beitragen.

²Daher soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig auf die Bedeutung von körperlichen Aktivitäten hinweisen und zur Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen motivieren (z. B. im Rahmen ambulanter Rehabilitations- und Funktionssportgruppen, wie z. B. „Lungensportgruppen“). ³Ein regelmäßiges, mindestens einmal wöchentliches Training soll empfohlen werden. Art und Umfang des körperlichen Trainings sollen sich an der Schwere der Erkrankung und der Verfügbarkeit der Angebote orientieren.

1.5.1.4 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

¹Jede Patientin und jeder Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten. ²Im Übrigen gelten die in Nummer 4.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien. ³Bei jeder Vorstellung des Patienten und der Patientin soll im Falle einer noch nicht erfolgten Schulung eine Schulung empfohlen werden.

1.5.1.5 Allgemeine Krankengymnastik (Atemphysiotherapie)

¹Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemphysiotherapie ist ein ergänzender Teil der nicht-medikamentösen Behandlung der COPD. ²In geeigneten Fällen (z. B. starke Schleimretention) kann daher die Ärztin oder der Arzt die Verordnung von Krankengymnastik/Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinie erwägen.

1.5.2 Langzeit-Sauerstoff-Therapie

¹Die Prüfung einer Indikation für eine Langzeitsauerstofftherapie (LOT) durch die qualifizierte Fachärztin oder den qualifizierten Facharzt soll von der Hausärztin oder vom Hausarzt insbesondere dann veranlasst werden, wenn eines oder mehrere der aufgeführten Kriterien erfüllt sind:

- Schwere Atemwegsobstruktion ($FEV_1 < 30\%$),
- Zyanose,
- Polyzythaemie (Hämatokrit größer gleich 55%),
- periphere Ödeme,
- erhöhter Jugularvenendruck.

²Bei Nachweis einer schweren, chronischen Hypoxämie mit PaO_2 -Werten von ≤ 55 mmHg soll geprüft werden, ob eine Langzeit-Sauerstoff-Therapie indiziert ist und in welcher Form diese erfolgen soll. ³Dies gilt auch bei Patientinnen und Patienten mit einem PaO_2 -Wert von 56 mmHg bis 60 mmHg, wenn gleichzeitig ein Cor pulmonale vorliegt.

⁴Bei Verordnung der LOT und im Verlauf dieser Behandlung soll eine umfassende Patientenberatung erfolgen.

1.5.3 Häusliche Beatmung

¹Bei Vorliegen einer chronischen Hyperkapnie mit $PaCO_2$ -Werten von > 52 mmHg sollte die Notwendigkeit einer intermittierenden nicht invasiven Beatmung geprüft werden.

²Bei Verordnung der häuslichen Beatmung und im Verlauf dieser Behandlung soll eine umfassende Patientenberatung erfolgen.

1.5.4 Rehabilitation

¹Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem Patientinnen und Patienten mit COPD mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. ²Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die COPD und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken.

³Die Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit COPD sein.

⁴Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung ist gemäß Nummer 1.6.4 individuell zu prüfen.

1.5.5 Operative Verfahren

Lungenfunktionsverbessernde Verfahren sind in geeigneten Fällen (insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit großen Bullae bzw. schwerem oberfeldbetontem Emphysem) zu erwägen.

1.5.6 Psychosoziale Betreuung und Komorbiditäten

1.5.6.1 Psychosoziale Betreuung

¹Im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit COPD ist ihre psychosoziale Situation einzubeziehen. Mangelnde Krankheitsbewältigung oder Motivation, geringe soziale Kontakte sowie geringer emotionaler Rückhalt z. B. in der Familie und im Freundeskreis bis hin zu Problemen am Arbeitsplatz sind zu berücksichtigen. ²Bei Bedarf werden Bezugs- und/oder Betreuungspersonen in die Behandlung einbezogen. ³Es soll ein Hinweis auf die Möglichkeiten der organisierten Selbsthilfe gegeben werden.

⁴Eine psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation der Patientin oder des Patienten (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen.

1.5.6.2 Psychische Komorbiditäten

¹Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren ist das Vorliegen von psychischen Komorbiditäten (z. B. Angststörungen, Depressionen) zu beachten. ²Durch die Ärztin oder den Arzt ist zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen profitieren können. ³Bei psychischen Krankheiten sollte die Behandlung derselben durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

⁴Die pneumologische Rehabilitation kann auch zur Behandlung psychischer Komorbiditäten genutzt werden, ferner kann körperliches Training zu einer Besserung depressiver Zustände beitragen.

1.5.6.3 Somatische Komorbiditäten

¹Häufigste und bedeutsamste Komorbidität der COPD sind kardiovaskuläre Erkrankungen. Daher kommt einer frühzeitigen Diagnostik und Therapie dieser Komorbidität große Bedeutung zu.

²Osteoporose ist eine relevante, häufig unterdiagnostizierte Komorbidität der COPD, die die Prognose der Patienten belastet.

³Risikofaktoren für das Auftreten einer Osteoporose bei Patienten mit COPD sind neben Alter, Geschlecht, Untergewicht, Immobilität auch die systemische Entzündung bei schwerer COPD (FEV1 unter 50% des Sollwertes) und die medikamentöse Therapie (z. B. systemische Glukokortikosteroide, auch in geringen Tagesdosen). ⁴Die individuelle Risikokonstellation

bezüglich des Auftretens einer Osteoporose sollte einmal jährlich bei allen Patientinnen und Patienten klinisch abgeschätzt werden.

⁵Generelle Empfehlungen zur Vorbeugung einer Osteoporose sind insbesondere körperliche Aktivität, ausreichende Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr sowie Verzicht auf Rauchen.

⁶Die Durchführung einer Osteodensitometrie mittels zentraler DXA zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung ist zu prüfen, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine medikamentöse Therapie der Osteoporose beabsichtigt ist.

⁷Die Behandlung der Osteoporose erfolgt bei Patientinnen und Patienten mit COPD in gleicher Weise wie bei Patientinnen und Patienten ohne COPD. ⁸Die Behandlung der COPD-Exazerbationen bei Patientinnen und Patienten mit Osteoporose soll, soweit möglich, unter Vermeidung einer wiederholten Therapie mit systemischen Glukokortikosteroiden erfolgen.

⁹Der bei COPD-Patienten und COPD-Patientinnen als Komorbidität auftretende Diabetes mellitus sollte rechtzeitig diagnostiziert und behandelt werden. ¹⁰Dazu gehören insbesondere Blutzuckerkontrollen im Rahmen schwerer Exazerbationen.

1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

¹Bei Patientinnen und Patienten, bei denen die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln auf Grund von Multimorbidität oder der Schwere der Erkrankung erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements vorzusehen:

²Die Ärztin oder der Arzt soll mindestens jährlich sämtliche vom Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. ³Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden. ⁴Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden.

⁵In der Patientinnen- oder Patientenakte soll ein aktueller Medikationsplan vorhanden sein.

⁶Dieser soll der Patientin oder dem Patienten oder einer Betreuungsperson in einer für diese verständlichen Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden.

⁷Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der Glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (eGFR) überwacht werden. ⁸Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.

1.5.8 Medikamentöse Maßnahmen

¹Zur medikamentösen Therapie sind mit der Patientin oder dem Patienten ein individueller Therapieplan zu erstellen und Maßnahmen zum Selbstmanagement zu erarbeiten (siehe auch strukturierte Schulungsprogramme [Nummer 4]).

²Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Präferenzen der Patientinnen und Patienten Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. ³Dabei sollen vorrangig diejenigen Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen oder Kombinationen bevorzugt werden, die diesbezüglich den größten Nutzen erbringen.

⁴Da das Ansprechen auf Medikamente individuell und im Zeitverlauf unterschiedlich sein kann, ist gegebenenfalls ein Auslassversuch unter Kontrolle der Symptomatik und der Lungenfunktion zu erwägen.

⁵Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege bezüglich der in Nummer 1.3 genannten Therapieziele vorliegen.

⁶Ziel der medikamentösen Therapie ist es insbesondere, die Symptomatik (vor allem Husten, Schleimretention und Luftnot) zu verbessern und Exazerbationen zeitnah zu behandeln sowie deren Rate zu reduzieren.

⁷In der medikamentösen Behandlung der COPD werden Bedarfstherapeutika (Medikamente, die z. B. bei Atemnot eingenommen werden) und Dauertherapeutika (Medikamente, die als Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) unterschieden.

⁸Vorrangig sollten folgende Wirkstoffgruppen verwendet werden:

1. Bedarfstherapie:

1.1. kurz wirksames Beta-2-Sympathomimetikum,

1.2. kurz wirksames Anticholinergikum,

1.3. Kombination von kurz wirksamem Beta-2-Sympathomimetikum und Anticholinergikum.

1.4. In begründeten Fällen:

1.4.1 Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung),

1.4.2 bei Schleimretention können erwogen werden: 1.4.1.1. Inhalation von Salzlösungen,

1.4.1.2. mukoaktive Substanzen.

2. Dauertherapie:

2.1. lang wirksames Anticholinergikum,

2.2. lang wirksames Beta-2-Sympathomimetikum,

2.3. Kombination von lang wirksamem Anticholinergikum und lang wirksamem Beta-2-Sympathomimetikum.

2.4. In begründeten Einzelfällen:

2.4.1 inhalative Glukokortikosteroide (bei schwerer und sehr schwerer COPD und zwar nur, wenn mindestens 2 Exazerbationen innerhalb von 12 Monaten auftreten oder Zeichen eines Asthma bronchiale bestehen),

2.4.2 Roflumilast für Patienten mit schwerer und sehr schwerer COPD mit Symptomen wie Auswurf und Husten,

2.4.3 Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung) nur, wenn die Wirkung von lang wirksamen Bronchodilatoren und inhalativen Glukokortikosteroiden unzureichend ist.

⁹Bei gehäuft auftretenden Exazerbationen können mukoaktive Substanzen erwogen werden.

¹⁰Ein routinemäßiger Einsatz kann nicht empfohlen werden.

¹¹In der Inhalationstherapie ist insbesondere die im Bronchialsystem deponierte Medikamentenmenge wirksam. ¹²Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege, dem Atemmuster, der Partikelgröße und dem Applikationssystem. ¹³Es sollte

daher das Applikationssystem und die Schulung individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten (insbesondere Alter und Koordination) angepasst werden. ¹⁴Darüber hinaus ist es sinnvoll, in der Dauertherapie bei Verwendung mehrerer inhalativer Medikamente für alle Präparate den gleichen Typ von Applikationssystem einzusetzen. ¹⁵Bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein Wechsel des Applikationssystems absehbar Probleme bereiten wird, kann bei der Verordnung die Substitution durch Setzen des Aut-idem-Kreuzes ausgeschlossen werden. ¹⁶Nach einer initialen Einweisung in die Applikationstechnik soll diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden.

1.5.8.1 Schutzimpfungen

Schutzimpfungen gegen Influenza und Pneumokokken sollen allen Patientinnen und Patienten mit COPD empfohlen werden.

1.5.8.2 Exazerbationen/Atemwegsinfekte

¹Die Exazerbation einer COPD ist durch eine akute und anhaltende Zustandsverschlimmerung charakterisiert, die über die für die Patientin oder den Patienten normale Variation seiner Erkrankung hinausgeht und eine Intensivierung der Therapie erfordert.

²Bei akuten Exazerbationen ist primär eine Intensivierung der Therapie mit Bronchodilatoren sowie gegebenenfalls eine kurzfristige (in der Regel fünftägige bis maximal 14-tägige) Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden, erforderlich.

³Bei häufiger Gabe systemischer Glukokortikosteroide soll das Risiko einer steroidinduzierten Osteoporose bedacht werden. Systemische Glukokortikosteroidtherapien innerhalb der letzten 24 Monate sind dabei in der Wirkung additiv zu betrachten (vgl. Nummer 1.5.6.3 somatische Komorbiditäten).

⁴Infekte führen häufig zu akuten Exazerbationen. ⁵Bei Hinweisen auf eine bakterielle Ursache (z. B. grün-gelbes Sputum) sollte frühzeitig die Durchführung einer Antibiotikabehandlung erwogen werden.

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

¹Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit COPD erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. ²Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

¹Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.

²In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit COPD eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin bzw. einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. ³Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. ⁴Die Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.6.2 sind von der gewählten Ärztin oder dem gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung

¹Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und/oder zur erweiterten Diagnostik von Patientinnen und Patienten zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter Behandlung,
- zur Prüfung der Indikation einer längerfristigen oralen Glukokortikosteroidtherapie,
- bei vorausgegangener Notfallbehandlung,
- bei Begleiterkrankungen (z. B. schweres Asthma bronchiale, symptomatische Herzinsuffizienz, zusätzliche chronische Lungenerkrankungen),
- bei Verdacht auf respiratorische oder ventilatorische Insuffizienz,
- zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer Langzeitsauerstofftherapie (LOT),
- zur Prüfung der dauerhaften Fortführung einer Langzeitsauerstofftherapie auch nach stationärer Einleitung einer akuten Sauerstofftherapie nach Exazerbation,
- zur Prüfung der Indikation zur Einleitung bzw. Fortführung einer intermittierenden häuslichen Beatmung),
- zur Prüfung der Indikation zu volumenreduzierenden Maßnahmen bzw. Lungentransplantation,
- zur Einleitung rehabilitativer Maßnahmen,
- zur Durchführung einer strukturierten Schulungsmaßnahme, - bei Verdacht auf eine berufsbedingte COPD.

²Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der Fachärztin oder des Facharztes oder der Einrichtung befinden, hat diese bzw. dieser bei einer Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob die weitere Behandlung durch die Hausärztin oder den Hausarzt möglich ist.

³Im Übrigen entscheidet die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

¹Indikationen zur stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und Patienten unter folgenden Bedingungen:

- Verdacht auf lebensbedrohliche Exazerbation,
- schwere, trotz initialer Behandlung persistierende oder progrediente Verschlechterung,
 - Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,
- Einstellung auf intermittierende häusliche Beatmung.

²Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung insbesondere bei auffälliger Verschlechterung oder Neuauftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen (z. B. bei schwerer Herzinsuffizienz, pathologischer Fraktur) zu erwägen.

³Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

¹Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. ²Dabei sind die Schwere der COPD, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die psychosoziale Belastung zu beachten.

2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)

Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt.

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Qualitätsziel	Qualitätsindikator
- Vermeidung notfallmäßiger Behandlungen	- Anteil der COPD-Patientinnen und COPD-Patienten mit stationärer notfallmäßiger Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen COPD-Patientinnen und COPD-Patienten mit Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der stationären notfallmäßigen Behandlungen
- Vermeidung von Exazerbationen	- Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer oder mehr Exazerbationen bei Betrachtung der letzten 6 Monate, bezogen auf alle eingeschriebenen COPD-Patientinnen und COPD-Patienten
- Hoher Anteil an rauchenden COPD-Patientinnen und COPD-Patienten, die eine Empfehlung zum Tabakverzicht erhalten	- Anteil der rauchenden COPD-Patientinnen und COPD-Patienten, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum Tabakverzicht gegeben wurde, bezogen auf die eingeschriebenen rauchenden COPD-Patientinnen und COPD-Patienten
- Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die nach einer Empfehlung zur Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm noch nicht an einem solchen Programm teilgenommen haben	- Anteil an aktuell rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die trotz einer Empfehlung zur Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm nie im Rahmen des DMP an einem solchen Programm teilgenommen haben, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
- Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	- a) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer - b) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei Einschreibung geraucht haben

- Hoher Anteil von COPD-Patientinnen und COPD-Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde	- Anteil der COPD-Patientinnen und COPD-Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde, bezogen auf alle eingeschriebenen
	COPD-Patientinnen und COPD-Patienten
- Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit nicht indiziertem Einsatz an inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS)	- Niedriger Anteil an aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit FEV1 $\geq$ 50% ohne Komorbidität Asthma, die mit ICS behandelt werden, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
- Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einmal jährlich erfolgter klinischer Einschätzung des OsteoporoseRisikos	- Anteil der aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer dokumentierten Osteoporose-Risikoeinschätzung in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
- Niedriger Anteil an Patientinnen und Patienten, die systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten	- Anteil der Patientinnen und Patienten, die in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide erhalten, bezogen auf alle Patientinnen und Patienten
- Hoher Anteil von COPD-Patientinnen und COPD-Patienten, die eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training erhalten	- Anteil der COPD-Patientinnen und COPD-Patienten, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf die eingeschriebenen COPD-Patientinnen und COPD-Patienten
- Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jährlich einmal ermitteltem FEV1-Wert	- Anteil an aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem dokumentierten FEV1-Wert in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer

3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose der COPD gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser Richtlinie geregelt.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

¹Für die Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer COPD-typischen Anamnese, Nachweis einer Reduktion von FEV1 unter 80 % des Sollwertes und mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich. ²Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als zwölf Monate sein.

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1.VC < 70 %,
- Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder einer Gasaustauschstörung bei Patientinnen und Patienten mit FEV1.VC ≥ 70 % und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat.

³Versicherte unter 18 Jahren können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm COPD eingeschrieben werden. ⁴Eine gleichzeitige Einschreibung in ein DMP Asthma bronchiale und DMP COPD ist nicht möglich. ⁵Besteht neben der COPD ein Asthma bronchiale, sollte in Abhängigkeit des Krankheitsverlaufs die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt abwägen, welche der beiden Diagnosen als vorrangig einzustufen ist. ⁶Demnach ist auch die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

⁷Für Versicherte, die auf Basis der bis zum 31.12.2016 geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. ⁸Die Teilnahme wird fortgesetzt.

4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)

¹Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme. ²Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. ³Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

4.1. Schulungen der Leistungserbringer

Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

4.2. Schulungen der Versicherten

Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)

Für die Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 1 DMP-A-RL sind mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- a. Tod
- b. Einsekundenkapazität (FEV1-Wert)
- c. Exazerbationen
- d. Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD
- e. Raucherquote allgemein
- f. Raucherquote im Kollektiv
- g. Medikation
- h. Schulungen
- i. Tabakverzicht (Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogrammen)

Anlage 6a: Qualitätssicherung Asthma bronchiale auf der Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)

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

Anlage Qualitätssicherung

V 5.0- Stand 05.10.2018

**QUALITÄTSSICHERUNG Asthma bronchiale
Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 10 der DMP-A-RL**

Gültig ab: 01.04.2019

Teil 1

Bestandteil des arztbezogenen Feedbacks sowie der die Vertragsregion betreffenden gemeinsamen und kassenunabhängigen Qualitätsberichterstattung

Teil 2

Bestandteil der durch die Krankenkasse durchzuführenden versichertenbezogenen Maßnahmen sowie der diesbezüglichen regelmäßigen Qualitätsberichterstattung

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 10 der DMP-A-RL. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> zu Ia: $\geq 90\%$ zu Ib und Ic: kein Zielwert gruppierte Auswertung für: Ia) Erwachsene (≥ 18) Ib) Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten 6. Lebensjahr ($\geq 6 - < 18$) Ic) Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr ($\geq 1 - < 6$)	Ia) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 18 Jahre mit: Feld 1 (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Nein“ UND Feld 2b (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Nein“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 18 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation Ib)	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

		<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer $\geq 6 - < 18$ Jahre mit: Feld 1 (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Nein“ UND Feld 2b (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Nein“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer $\geq 6 - < 18$ Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation Ic) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer $\geq 1 - < 6$ Jahre mit:		
--	--	--	--	--

		[Feld 1 (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER NICHT „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 1a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER NICHT „2 mal wöchentlich“] UND Feld 2a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Nein“ UND Feld 2b (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Nein“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 1 - < 6 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation		
--	--	---	--	--

II. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit unkontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit unkontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer Zielwert: Zu IIa: ≤ 20 % Zu IIb und IIc: kein Zielwert gruppierte Auswertung für: IIa) Erwachsene (≥ 18) IIb) Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten 6. Lebensjahr (≥ 6 - < 18) IIc) Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (≥ 1 - < 6)	<u>IIa)</u> <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 18 Jahre mit: [Feld 1 (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Ja“ UND Feld 2b (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Ja“] ODER [Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“]		
---	--	--	--	--

		ODER [Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“] ODER [Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“ UND Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“] ODER [Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND		
--	--	---	--	--

		Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“ UND Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“] <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 18 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation <u>IIb)</u> <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 6 - < 18 Jahre mit: [Feld 1 (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Ja“ UND Feld 2b (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Ja“] ODER		
--	--	--	--	--

		[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“] ODER [Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“] ODER [Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND		
--	--	--	--	--

		Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“ UND Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“] ODER [Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“ UND Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“] <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 6 - < 18 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation IIc) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 1 - < 6 Jahre mit: [[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) =		
--	--	---	--	--

		„Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“]] ODER [[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma- Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]] ODER [[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma- Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND		
--	--	---	--	--

		[Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“] UND [Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]] ODER [[Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“] UND [Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]] ODER [[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND		
--	--	---	--	--

		[Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“] UND [Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]] <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 1 - < 6 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation		
III. Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale bzw. deren Betreuungspersonen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (bzw. deren Betreuungspersonen), die an einer empfohlenen Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, denen eine Schulung empfohlen wurde <u>Zielwert:</u> ≥70% <i>fakultativ zusätzlich:</i> <i>Anteil der eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</i> <i>kein Zielwert</i>	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 10 (ISD) (Empfohlene Asthma Schulung wahrgenommen) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 9 (ISD) (Asthma-Schulung empfohlen) = „Ja“ vier Quartale vor dem aktuellen Berichtszeitraum <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ ODER Feld 9a (ISD) (Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

IV. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Asthma bronchiale mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 11 (ISD) (Schriftlicher Selbstmanagementplan) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer Folgedokumentation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
V. Niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlungen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlung des Asthma in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale mit Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der ungeplanten, auch notfallmäßigen (ambulant und stationär) ärztlichen Behandlungen <u>Zielwert:</u> ≤ 10%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 3 (ISD) (Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation) > 0 während der letzten 12 Monate <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP <i>zusätzlich: Darstellung der teilnehmerbezogenen Häufigkeiten der ungeplanten, auch notfallmäßigen (ambulant und stationären) ärztlichen Behandlungen</i>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback <i>LE: Information durch das Feedback</i>

VI. Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation. <u>Zielwert:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Dauermedikation“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: [Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Dauermedikation“ ODER Feld 5 (ISD) (Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauermedikation“ ODER Feld 6 (ISD) (Kurz wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauermedikation“ ODER Feld 6a (ISD) (Systemische Glukokortikosteroide) = „Dauermedikation“] UND NICHT [Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Kontraindikation“]	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
--	--	--	--	--

VII. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationszeitraum die Inhalationstechnik überprüft wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit inhalativer Medikation <u>Zielwert:</u> ≥ 90 %	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 8 (ISD) (Inhalationstechnik überprüft) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: [Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Bei Bedarf“ ODER „Dauermedikation“] ODER [Feld 5 (ISD) (Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Bei Bedarf“ ODER „Dauermedikation“] ODER [Feld 6 (ISD) (kurz wirksame Inhalative Beta-2-Sympathomimetika) = „Bei Bedarf“ ODER „Dauermedikation“]	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
VIII. Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation <u>Zielwert:</u> < 15%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 5 (ISD) (Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauermedikation“ UND NICHT Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Dauermedikation“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit:	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

		Feld 5 (ISD) (Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauermedikation“ UND NICHT Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Kontraindikation“		
IX. Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	1. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer Kein Zielwert 2. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben Kein Zielwert	1. <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 16 aktuelle (AD) (Raucher) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer 2. <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 16 aktuelle (AD) (Raucher) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 16 (AD) (Raucher) = „Ja“ bezogen auf die Erstdokumentation mit mindestens einer Folgedokumentation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
X. Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen ab dem vollendeten 5. Lebensjahr: Hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV1-Wert	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV1-Wert in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das 5. Lebensjahr vollendet haben	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 2c (ISD) („Aktueller FEV1-Wert (mindestens alle 12 Monate)“) = „X Prozent des Soll-Wertes - Wertebereich 010,0 –299,9“ während der letzten 12 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

	Kein Zielwert	<u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 6 Jahre bei der aktuellen Dokumentation und mit einer Teilnahmedauer von ≥ 12 Monaten		
--	---------------	--	--	--

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Reduktion ungeplanter Behandlungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 3 (ISD) (ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationäre) ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation) > 0	Information des Versicherten über Asthma bronchiale über eine Versichertenbroschüre maximal einmal pro Jahr
II. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
III. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich	Aufklärung/ Information des Versicherten über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IV.Reduktion des Anteils der rauchenden Teilnehmer und Teilnehmerinnen	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (ADS) (Vom Teilnehmer gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen) = „Tabakverzicht“	Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

Anlage 6b

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

Anlage Qualitätssicherung

V 4

Stand 01.03.2017

(Anzuwenden ab dem 01.01.2018)

QUALITÄTSSICHERUNG COPD

Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 12 DMP-A-RL

Teil 1

Bestandteil des arztbezogenen Feedbacks sowie der die Vertragsregion betreffenden gemeinsamen und kassenunabhängigen Qualitätsberichterstattung

Teil 2

Bestandteil der durch die Krankenkasse durchzuführenden versichertenbezogenen Maßnahmen sowie der diesbezüglichen regelmäßigen Qualitätsberichterstattung

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 12 DMP-A-RL. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

zu dem Vertrag nach § 137f SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma bronchiale sowie COPD zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KfVH

[illegible]

Literatur: Seemungal TA, Donaldson GC, Paul EA, Bestall JC, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998 May;157(5 Pt 1):1418-22, [Wedzicha JA, Donaldson GC](#). Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Care*. 2003 Dec;48(12):1204-13; **Bourbeau J, et al**: Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific selfmanagement intervention. *Arch Intern Med*. 2003 Mar 10;163(5):585-91

Anlage 6b

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
II. Vermeidung von Exazerbationen	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer oder mehr Exazerbationen bei Betrachtung der letzten 6 Monate, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> $\leq 20\%^2$	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 2 (ISD) (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) während der letzten 6 Monate > 0 <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback <i>LE: Information durch das Feedback</i>
III. Hoher Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Empfehlung zum Tabakverzicht erhalten	Anteil der rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum Tabakverzicht gegeben wurde, bezogen auf die eingeschriebenen rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 12 (ISD) (Empfehlung zum Tabakverzicht ausgesprochen) = ja <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = ja	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IV. Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die nach einer Empfehlung zur Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm	Anteil an aktuell rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die trotz einer Empfehlung zur Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 14 (ISD) (An einem Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen) = „Nein“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

² Exakte Daten zur Berechnung der Zielwerte dieses Qualitätsindikators liegen nicht vor. Orientierend kann eine jährliche Exazerbationsrate von 2,5-3 Exazerbationen /Patient angenommen werden, ca. 30% davon erfordern eine notfallmäßige stationäre Behandlung.

Literatur: Seemungal TA, Donaldson GC, Paul EA, Bestall JC, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 1998 May;157(5 Pt 1):1418-22, [Wedzicha JA, Donaldson GC](#). Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Respir Care. 2003

Anlage 6b

zu dem Vertrag nach § 137f SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma bronchiale sowie COPD zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVV

Dec;48(12):1204-13; **Bourbeau J, et al:** Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific selfmanagement intervention. Arch Intern Med. 2003 Mar 10;163(5):585-91

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
noch nicht an einem solchen teilgenommen haben	m nie im Rahmen des DMP an einem solchen Programm teilgenommen haben, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ UND in einer Vordokumentation Feld 13 (ISD) (Empfehlung zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogramm ausgesprochen) = „ja“ UND NICHT Feld 14 (ISD) (An einem Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen) = „war aktuell nicht möglich“		
V. Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	a) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer b) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei Einschreibung geraucht haben	a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ in der Erstdokumentation, bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Anlage 6b

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

--	--	--	--	--

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VI. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer Zielwert: □ 90 %	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 7 (ISD) (Inhalationstechnik überprüft) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

Anlage 6b

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

VII. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit nicht indiziertem Einsatz an inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS)	Niedriger Anteil an aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit FEV1 $\geq$ 50% ohne Komorbidität Asthma, die mit ICS behandelt werden, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 (ISD) (aktueller FEV ₁ -Wert) $\geq$ 50 <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 8 (ISD) (Sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Inhalative Glukokortikosteroide“ UND NICHT Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Asthma bronchiale“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VIII. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einmal jährlich erfolgter klinischer Einschätzung des Osteoporose-Risikos	Anteil der aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer dokumentierten Osteoporose-Risikoeinschätzung in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 1a (ISD) (Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt) während der letzten 12 Monate $\geq$ 1 <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
----------	----------------	-------------------------	---------------------	-------------

Anlage 6b

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

IX. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> ≤ 10%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 8 (ISD) (sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Systemische Glukokortikosteroide“ in der aktuellen Dokumentation <u>und</u> in der vorhergehenden Dokumentation <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
X. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training erhalten	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 15 (ISD) (Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen) = ja <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XI. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jährlich einmal ermitteltem FEV1-Wert	Anteil an aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem dokumentierten FEV1-Wert in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einer numerischen Angabe in Feld 1 (ISD) (Aktueller FEV1-Wert) in den letzten 12 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Teilnahmedauer ≥ 12 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Anlage 6b

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

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	AuswertungsAlgorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Reduktion von Exazerbationen	Entfällt	entfällt	Wenn Feld 2 (ISD) (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) > 1	Information des Versicherten über COPD z. B. über eine Versichertenbroschüre, maximal einmal pro Jahr
II. Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 3 (ISD) (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation) > 0	Information des Versicherten über COPD z. B. über eine Versichertenbroschüre, maximal einmal pro Jahr
III. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
IV. Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (AD) (Vom Patienten gewünschte Informationsangebote) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

Anlage 6b

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

V. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich	Aufklärung/ Information über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr
---------------------------------------	----------	----------	--	--

Anlage 6b

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

Erläuterungen zur Qualitätssicherung auf Grundlage des Datensatzes nach Anlagen 2 und Anlage 12 DMP-A-RL

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung
AD	=	Allgemeiner Datensatz der Anlage 2
ISD	=	Indikationsspezifischer Datensatz der Anlage 12

**Anlage 7a: Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale
(ambulanter Sektor)**

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

Technische Anlage
zur
Übermittlung der
Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter
Behandlungsprogramme (DMP) für
Asthma bronchiale

Version:	02
Gültig ab:	01.04.2020
Stand:	24.03.2020

In der Fassung für die Region Hamburg

Inhalt

0	Grundlage	3
1	Austauschformate	3
2	Dateiaufbau	3
2.1	Allgemeines	3
2.2	Format-Vorgabe Excel-Datei	4
Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen		5
Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN.....		7

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anforderungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden DMP-Leistungserbringerverzeichnisse. Mit der Übermittlung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Krankenkassen über die an einem DMP teilnehmenden Ärzte. Weiterentwicklungen der Anforderungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung erfordern ggf. eine Anpassung der Datensatzbeschreibung.

In den Datensätzen 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 (xlsx-Datei) zur Verfügung zu stellen. Mehrfachnennungen innerhalb eines Feldes sind mit einem Komma ohne Leerzeichen zu trennen.

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 = alphanumerisch. 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	AN	M	Lebenslange Arztnummer
B	BSNR	9	AN	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“ Sofern die Telefonnummer nicht bereitgestellt wurde, ist eine „0“ einzutragen.
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“ Sofern die Teilnahme am DMP beendet wurde, <u>muss</u> das Feld gefüllt werden.
P	Versorgungsebene*	...15	AN	M	Angabe zur ärztlichen Qualifikation gemäß der Schlüsseltabelle in Anhang 1 Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B1“ Bei Mehrfachnennungen ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.
Q	Berechtigung*	...45	AN	M	Angabe zu den berechtigten Tätigkeiten im Rahmen des DMP gemäß der Schlüsseltabelle in Anhang 2 Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben. Bei zusätzlichen Angaben für Schulungsberechtigungen (Mehrfachnennungen) ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen 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, z. B.:

LANR	[...]	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsebene	Berechtigung
123456701	[...]	01.04.2015	31.12.2015	A1	01

123456701	[...]	01.01.2016		A1	01,18
-----------	-------	------------	--	----	-------

Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen

Versorgungsebenen
A1 = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 SGB V sowie der vertraglich vereinbarten Strukturqualität (1. Ebene) (ausgenommen Kinderärzte) • Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B1“ • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B1“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt. • Ärzte der Versorgungsebene „A1“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
A2¹ = Vertraglich eingebundener (pneumologisch) qualifizierter Facharzt (Strukturqualität ist zu definieren, muss über der der „normalen“ Hausärzte liegen) oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist (1. Ebene, Ausnahmefälle) • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „A2“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig. • In der Versorgungsebene „A2“ sind fachärztlich tätige Internisten zu verschlüsseln, die die vertraglich vereinbarte Zwischenebene (Strukturqualität höher als „A1“ aber weniger als „B“) abbilden. • Ärzte der Versorgungsebenen „A2“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
A_K = Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (1. Ebene) • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „A_K“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig. • Ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ist nur dann in der Versorgungsebene „A_K“ anzugeben, sofern dieser nicht als pneumologisch qualifizierter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in der Versorgungsebene „B_K“ teilnimmt. • Ärzte der Versorgungsebene „A_K“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.

¹ Gültig bis zum 31.03.2019

B1 = Pneumologisch qualifizierter Arzt gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist

- Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B1“
- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B1“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt.
- Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebene „B1“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebene „B1“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „B1“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.

B_K = Pneumologisch qualifizierter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „B_K“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig.
- Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebene „B_K“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebene „B_K“ sind in der Regel auch koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

BERECHTIGUNG	Erläuterung	<i>möglich für folgende Indikationen</i>	Schulung im Rahmen von DMP durchführbar bis
01	Arzt koordiniert	<i>alle</i>	
02	Arzt koordiniert nicht	<i>alle</i>	
17	Qualitätsmanagement in der Asthma-Schulung von Kindern und Jugendlichen (AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., AGAS) einschl. ASEV-Schulung = Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung	<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>	
27	MASA = Modulares ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (A5)	<i>Asthma bronchiale bei Erwachsenen</i>	

Anlage 7b: Leistungserbringerverzeichnis COPD (ambulanter Sektor)

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

Technische Anlage zur Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Version:	02
Gültig ab:	01.04.2020
Stand:	24.03.2020

In der Fassung für die Region Hamburg

Inhalt

0	Grundlage	3
1	Austauschformate	3
2	Dateiaufbau	3
2.1	Allgemeines	3
2.2	Format-Vorgabe Excel-Datei	4
Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen		5
Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN.....		6

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anforderungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden DMP-Leistungserbringerverzeichnisse. Mit der Übermittlung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Krankenkassen über die an einem DMP teilnehmenden Ärzte. Weiterentwicklungen der Anforderungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung erfordern ggf. eine Anpassung der Datensatzbeschreibung.

In den Datensätzen 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 (xlsx-Datei) zur Verfügung zu stellen. Mehrfachnennungen innerhalb eines Feldes sind mit einem Komma ohne Leerzeichen zu trennen.

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.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
A	LANR (Lebenslange Arzt-Nummer)	9	AN	M	Lebenslange Arztnummer
B	BSNR	9	AN	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“ Sofern die Telefonnummer nicht bereitgestellt wurde, ist eine „0“ einzutragen.
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“ Sofern die Teilnahme am DMP beendet wurde, <u>muss</u> das Feld gefüllt werden.
P	Versorgungsebene*	...15	AN	M	Angabe zur ärztlichen Qualifikation gemäß der Schlüsseltabelle in Anhang 1 Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B“ Bei Mehrfachnennungen ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.
17	Berechtigung*, ***	...45	AN	M	Angabe zu den berechtigten Tätigkeiten im Rahmen des DMP gemäß der Schlüsseltabelle in Anhang 2 Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben. Bei zusätzlichen Angaben für Schulungsberechtigungen (Mehrfachnennungen) ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen 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, z. B.:

LANR	[...]	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsebene	Berechtigung
123456701	[...]	01.04.2015	31.12.2015	A1	01

123456701	[...]	01.01.2016		A1	01,19
-----------	-------	------------	--	----	-------

Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen

Versorgungsebenen
A1 = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 SGB V sowie der vertraglich vereinbarten Strukturqualität (1. Ebene) • Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B“ • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B“ ist zulässig, wenn ein vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß § 73 SGB V die Qualifikation der 2. Ebene erfüllt, z. B. ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung mit der Abrechnungsgenehmigung für die EBM-Ziffer 13650. • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „A2“ ist nicht zulässig. • Ärzte der Versorgungsebene „A1“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
A2¹ = Vertraglich eingebundener (pneumologisch) qualifizierter Facharzt (Strukturqualität ist zu definieren, muss über der der „normalen“ Hausärzte liegen) oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist (1. Ebene, Ausnahmefälle) • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „A2“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig. • In der Versorgungsebene „A2“ sind fachärztlich tätige Internisten zu verschlüsseln, die die vertraglich vereinbarte Zwischenebene (Strukturqualität höher als „A1“ aber weniger als „B“) abbilden. • Ärzte der Versorgungsebene „A2“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
B = Pneumologisch qualifizierter Arzt gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist • Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B“ • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt, z. B. ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung mit der Abrechnungsgenehmigung für die EBM-Ziffer 13650. • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „B“ und „A2“ ist nicht zulässig. • Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebene „B“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebene „B“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „B“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.

¹ Gültig bis zum 31.03.2019

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

BERECHTIGUNG	Erläuterung	<i>möglich für folgende Indikationen</i>	Schulung im Rahmen von DMP durch- führbar bis
01	Arzt koordiniert	<i>alle</i>	
02	Arzt koordiniert nicht	<i>alle</i>	
19	Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE; Nachfolgemodell COBRA)	<i>COPD</i>	

Anlage 8: Indikationsübergreifende Dokumentation gemäß Anlage 2 DMP-A-RL

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

Anlage 2 Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
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/chronische Herzinsuffizienz/chronischer Rückenschmerz/Depression
11	(weggefallen) ^{1) 2)}	
12	Geschlecht	Männlich/Weiblich/Unbestimmt/Divers
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck ³⁾	mm Hg
16	Raucher ⁴⁾	Ja/Nein

17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/ Diabetes mellitus/KHK/AVK/ Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/ COPD/Keine der genannten Erkrankungen
18	(weggefallen)	
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/ Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21	(weggefallen)	

¹⁾ (weggefallen)

²⁾ (weggefallen)

³⁾ Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen

⁴⁾ Diese Angabe ist ab dem vollendeten 12. Lebensjahr verpflichtend und bei jüngeren Kindern nur optional auszufüllen.

Anlage 9a: Dokumentation Asthma bronchiale gem. Anlage 10 der DMP-A-RL

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

Anlage 10 Asthma bronchiale - Dokumentation

Asthma bronchiale - Dokumentation		
Laufende Nummer	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber ¹⁾	Häufiger als 2 mal wöchentlich/2 mal wöchentlich/1 mal wöchentlich/< 1 mal wöchentlich/Keine
1a	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation ⁴⁾	Häufiger als 2 mal wöchentlich/2 mal wöchentlich/1 mal wöchentlich/< 1 mal wöchentlich/Keine
2a	In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale	Ja/Nein
2b	In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachschlafes	Ja/Nein
2c	Aktueller FEV ₁ -Wert (mindestens alle 12 Monate)	X Prozent des Soll-Wertes/Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
3	Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation ²⁾	Anzahl
Medikamente		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
6	Kurz wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation

6a	Systemische Glukokortikosteroide	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/ Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein/Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten/ Andere
8	Inhalationstechnik überprüft	Ja/Nein
Schulung		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
9a	Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen ³⁾	Ja/Nein
10	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja/Nein
11a	Therapieanpassung	Keine/Steigerung der Medikation/ Verbesserung der Anwendung der Medikation/Reduktion der Medikation ⁵⁾

¹⁾ Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

²⁾ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

³⁾ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.

⁴⁾ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Ohne prophylaktische Anwendung vor Sport

⁵⁾ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Mehrfachnennungen möglich

Anlage 9 b Dokumentationsdaten COPD

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

Dokumentation einschließlich der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V)

Die Dokumentation im Rahmen der Strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit COPD erfolgt nach Anlage 2 DMP-A-RL sowie in Verbindung mit den folgenden Vorgaben:

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Aktueller FEV ₁ -Wert (alle sechs bis zwölf Monate)	X Prozent des Soll-Wertes/Nicht durchgeführt
1a	Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt	Ja/Nein
Relevante Ereignisse		
2	Häufigkeit von Exazerbationen ¹ seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
Medikamente		
4	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
5	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
6	Lang wirksame Anticholinergika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
7	Inhalationstechnik überprüft	Ja/Nein
8	Sonstige diagnosespezifische Medikation	Nein/Theophyllin/Inhalative Glukokortikosteroide/Systemische Glukokortikosteroide/Andere

Schulung		
9	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
9a	Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen ³	Ja/Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja/Nein
12	Empfehlung zum Tabakverzicht ausgesprochen ⁴	Ja/Nein
13	Empfehlung zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogramm ausgesprochen ⁴	Ja/Nein
14	An einem Tabakentwöhnungsprogramm seit der letzten Empfehlung teilgenommen ^{4, 5}	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich
15	Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen	Ja/Nein

¹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: „Exazerbation“ (z. B. „akute Verschlechterung der Symptomatik, die eine Veränderung der Medikation erfordert“) in der Ausfüllanleitung definieren.

² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.

⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Nur bei aktiven Rauchern zu erheben.

⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

Krankenhaus-IK

- 06.05.2020 TEEWE Indikationsübergreifend

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 Patientinnen und 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 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und der Ärztin/des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrer koordinierenden Ärztin/Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet 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 und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung 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. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

3.1 Was geschieht bei der Ärztin/dem Arzt mit den Daten?

Ihre Ärztin/Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihre Ärztin/Ihr Arzt im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt die von Ihrer Ärztin/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 ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmerinnen und 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 und an die mit der Evaluation

beauftragte Institution 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.

3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärztinnen und 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. Ihre Ärztin/Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

3.5 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 Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patientinnen und Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm – DMP) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, gut mit Ihrer Krankheit und mit eventuellen 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!

Was macht DMP zu einer besonderen Versorgungsform?

Chronische Erkrankungen stellen Sie und die an Ihrer Behandlung Beteiligten vor besondere Herausforderungen. Diese umfassen insbesondere die

- Erhaltung oder Verbesserung Ihrer Lebensqualität,
- Vermeidung einer Verschlechterung Ihrer Erkrankung,
- Vermeidung des Auftretens von Komplikationen,
- Vermeidung von Folge- und Begleiterkrankungen,
- Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen der Therapie.

Dafür bietet Ihre Krankenkasse die besondere Versorgung durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm an, über das wir Sie nachfolgend informieren möchten. Das Programm Ihrer Krankenkasse umfasst:

- **Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft,**
- **Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und**
- **aktive Mitwirkung durch Sie,**
- **Koordination Ihrer Behandlung,**
- **kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten,**
- **aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse.**

Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

Das Wissen in der Medizin wächst täglich. Im Rahmen der Behandlungsprogramme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf aktuellen gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet und überprüfen diese regelmäßig auf Aktualität. Damit unterliegen die Programme hohen Qualitätsanforderungen. Es werden nur solche medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen sowie Verfahren empfohlen, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen sind. Diese sollen im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig zur Anwendung kommen. Die Anforderungen an die Behandlungsprogramme sind im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) und insbesondere in der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt.

Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und aktive Mitwirkung durch Sie

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Das Programm sieht vor, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihr oder ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Ihre betreuende Ärztin oder Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen empfehlen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen sowie Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen.

Ihr Arzt oder Ihre Ärztin wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen. Sie legen gemeinsam mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele fest und wirken aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mit.

Das Programm sieht insbesondere regelmäßige Wiedervorstellungstermine vor. Nehmen Sie diese wahr und tragen Sie damit aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Zur Unterstützung Ihrer Selbstmanagementkompetenz dient die regelmäßige Dokumentation.

Koordination Ihrer Behandlung

Die von Ihnen gewählte Ärztin oder der von Ihnen gewählte Arzt koordiniert die Programmdurchführung und berät und unterstützt Sie in allen Fragen. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass diese Ärztin bzw. dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren, deren Inhalte und Abstände fest geregelt sind. Sie bzw. er überprüft auch anhand festgelegter Kriterien, ob und welche Spezialisten oder Einrichtungen, die ebenfalls am Pro-

gramm teilnehmen, hinzugezogen werden sollen und veranlasst eine erforderliche Mit- und Weiterbehandlung. Sie bzw. er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärztinnen oder Fachärzten und Therapeutinnen oder Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihre koordinierende Ärztin bzw. Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Die Dokumentation dient einerseits als Grundlage der Qualitätssicherung der Ärztinnen und Ärzte. Sie ermöglicht Ihrer Krankenkasse andererseits, Ihnen anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zu unterbreiten (siehe auch „Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse“). Darüber hinaus bildet die Dokumentation die Grundlage für die wissenschaftliche Auswertung für die Weiterentwicklung der Programme. Von jeder Dokumentation erhalten Sie einen Ausdruck, den Sie sowohl für Ihr Selbstmanagement als auch als ergänzende Information für Ihre mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte nutzen können.

Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz).

Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zum Programm. Dazu erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse insbesondere zu Beginn der Teilnahme nochmals spezifische Informationen zu Ihrer Erkrankung. Im weiteren Verlauf Ihrer Teilnahme stellt Ihnen Ihre Krankenkasse anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zur Verfügung. 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 Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder die Praxis Ihrer Ärztin bzw. Ihres Arztes in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt ggf. die Betreuung im Programm durch die beauftragte regionale Krankenkasse dieser Kassenart.

Was sind die Teilnahmevoraussetzungen für das Behandlungsprogramm?

- 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 eine koordinierende Ärztin oder einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme am Programm und Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Ausgenommen hiervon sind die gleichzeitige Teilnahme an den unterschiedlichen DMP für

- Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz,
- Asthma bronchiale und COPD,
- Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2.

Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Mitwirkung 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 von Ihrer Ärztin oder Ihrem 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 Ihrer Ärztin oder 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.

Sofern Sie am DMP Brustkrebs teilnehmen, endet Ihre Teilnahme automatisch, wenn zehn Jahre nach der histologischen Sicherung des Brustkrebses keine Wiedererkrankung mehr aufgetreten ist. Beim Vorliegen von Fernmetastasen können Sie dauerhaft im Programm verbleiben.

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

Anlage 11a: Schulungsprogramme Asthma bronchiale

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

Patientenschulungen nach § 22

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages werden nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme in der jeweils vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage zielgruppenspezifisch eingesetzt:

1. Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. (AGAS)

Einschließlich ASEV Schulung = Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung

Zugrundeliegende Veröffentlichungen: 1. Szczepanski R, Petermann F, Freidel K, Becker PN, Gebert N, Lob-Corzillius T: „Die Wirksamkeit der Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen.“, Der Kinderarzt 29. Jg. (1998) 1201 – 08; 2. Szczepanski R, Gebert N, Hümmelink R, Könning J, Schmidts S, Runde B, Wahn U: „Ergebnis einer strukturierten Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter.“ Pneumologie 50 (1996), 544-548; 3. Scholtz W, Haubrock M, Lob-Corzillius T, Gebert N, Wahn U, Szczepanski R: „Kosten-Nutzen-Untersuchungen bei ambulanten Schulungsmaßnahmen für asthmakranke Kinder und ihre Familien“, Pneumologie 50 (1996) 538 – 543; 4. Szczepanski, R et al: „Preschoolers' and parents' asthma education trial (P²AET) – a randomized controlled study“, Eur J Pediatr (2010), 169:1051-1060

2. Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA, früher: Ambulantes Fürther Asthma-Schulungsprogramm (AFAS))

Zugrundeliegende Veröffentlichungen: 1. C. Münks-Lederer, Y. Dhein, B. Richter, H. Worth: „Evaluation eines ambulanten strukturierten Asthma-Schulungsprogramms für Erwachsene. Eine Pilotstudie“ Pneumologie 2001; 55: 84 – 90; 2. Worth H: „Effekte der Patientenschulung bei Asthma und COPD – was ist belegt?“ Med. Klinik (2002) Suppl II: 20-24; 3. Worth H, Dhein Y: „Does patient education modify behavior in the management of COPD?“ Patient Education und Counseling 52 (2004): 267-270

Anlage 11b: Schulungsprogramme COPD

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

Patientenschulungen nach § 22

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages werden nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme in der jeweils vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage zielgruppenspezifisch eingesetzt:

Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA) bzw. AFBE = Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem

Zugrundeliegende Veröffentlichungen: 1. Worth, H.: „Effekte der Patientenschulung bei Asthma und COPD – was ist belegt?“ Med. Klinik (2002); Suppl II: 20 – 24; 2. Worth H, Dhein Y: „Does patient education modify behaviour in the management of COPD?“ Patient Education and Counselling 52 (2004): 267-270

Anlage 12: Tabakentwöhnungsprogramme

zu dem Vertrag nach § 137f SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma bronchiale sowie COPD zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVV

Im Rahmen der DMP Asthma bronchiale und COPD soll den rauchenden Patienten Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm gewährt werden.

Entsprechende Tabakentwöhnungsprogramme sind z. B.:

- Mein Nichtraucherprogramm (BdP-Bundesverband der Pneumologen in Deutschland) www.pneumologenverband.de/37.html
- Rauchfrei-Programm (IFT-Institut München) www.rauchfrei-programm.de
- Nichtraucher in sechs Wochen (Universitätsklinik Tübingen, Professor Batra) Batra A, Buchkremer G. Nichtraucher in 6 Wochen: ein Selbsthilfeprogramm für alle, die das Rauchen aufgeben wollen: Ratingen, Preuss; 2003

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Asthma / COPD in Hamburg

Stand: 01.01.2022

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
108534160	Audi BKK	Ettinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	Bahn-BKK	Franklinstr. 54	60486	Frankfurt
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Güterloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
108833355	BKK Akzo Nobel	Glanzstoffstraße	63785	Obernburg
105530422	BKK B. Braun Aesculap	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
106431572	BKK der G. M. PFAFF AG	Pirmasenser Str. 132	67655	Kaiserslautern
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45-47	40212	Düsseldorf
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld
103724249	BKK DürkoppAdler	Potsdamer Str. 190	33719	Bielefeld
104125509	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
108833674	BKK KBA	Friedrich-Koenig-Str. 5	97080	Würzburg
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden
103726081	BKK Melitta HMR	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 133	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Güterloh
101520078	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Rotenburger Str. 15	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
108632900	BKK Textilgruppe Hof	Fabrikzeile 21	95028	Hof
109723913	BKK VBU	Lindenstraße 67	10969	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
107832012	BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach
104526376	VIActiv Krankenkasse	Universitätsstr. 47	44789	Bochum
105530126	BKK Werra-Meissner	Straßburger Str. 5	37269	Eschwege
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen
108036577	BKK Würth	Gartenstr. 11	74653	Künzelsau
107829563	BKK ZF + Partner	Am Wöllershof 12	56068	Koblenz
109034270	BMW BKK	Mengkofener Straße 6	84130	Dingolfing
108036123	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart
103523440	Continental BKK	Röntgenstraße 24-26	22335	Hamburg
108030775	Daimler BKK		28178	Bremen
106329225	Debeka BKK	Im Metternicher Feld 40	56072	Koblenz
104926702	Die Bergische BKK	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
102129930	energie-BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str. 16	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld
108035612	mhplus BKK	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Brunckstraße 47	67063	Ludwigshafen
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK	Heimeranstr. 31-33	80339	München
107536262	vivida bkk		78044	Villingen-Schwenningen
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19a	97421	Schweinfurt
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen

Nachtrag zu den DMP-Verträgen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

15. Nachtrag zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V **Diabetes mellitus Typ 1** auf der Grundlage des § 83 SGB V vom 10.06.2008 i.d.F. des 14. Nachtrages vom 04.06.2020

2. Nachtrag zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Versorgung der Qualität in der ambulanten Versorgung von **Typ 2 Diabetikern** nach § 137f SGB V vom 01.07.2020 i.d.F. des 1. Nachtrages vom 09.09.2020

3. Nachtrag zum Vertrag vom 26.03.2019 zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme **Asthma bronchiale** und **COPD** nach § 137f SGB V i.d.F. des 2. Nachtrages vom 24.03.2020

2. Nachtrag zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm („Disease-Management-Programm“) zur integrierten Versorgung von **Brustkrebspatientinnen** nach § 137f SGB V vom 01.10.2018

1. Umsetzung indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Das Inkrafttreten der 18. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) zum 01.04.2020 löst bestimmte Anpassungspflichten in den oben stehenden Verträgen aus. Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass ab dem 01.04.2021 die indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit Stand 06.05.2020 inklusive der Patienteninformation mit Stand 06.05.2020 und der Information zum Datenschutz mit Stand 25.05.2018 in den vorgenannten Verträgen zur Anwendung kommt. Die indikations-spezifischen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie die bis zum 31.03.2021 gültige indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung entfallen.

2. Aufbewahrungsfristen

Die Vertragspartner nehmen eine Konkretisierung der Regelungen zur Datenaufbewahrung vor. Der nachfolgende Satz findet Anwendung ab dem 01.04.2021 für die vorgenannten Verträge für ein strukturiertes Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale, COPD und Brustkrebs:

„Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.“

3. Änderung der Bezüge auf die Risikostrukturausgleichsverordnung

Mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden die die DMP betreffenden Paragraphen in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) neu nummeriert. In den vorgenannten Verträgen für die strukturierten Behandlungsprogramme Asthma bronchiale, COPD und Brustkrebs wird daher mit Wirkung zum 01.04.2021 § 28d RSAV durch § 24 RSAV sowie § 28f RSAV durch § 25 RSAV ersetzt. Die Nummerierung der Absätze bleibt unverändert.

4. Umbenennung Bundesversicherungsamt in Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)

Mit dem Gesetz zur Reform des Sozialen Entschädigungsrechts wurde das Bundesversicherungsamt ab dem 01.01.2020 in Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) umbenannt. Die Bezüge werden in dem vorgenannten Vertrag für das strukturierte Behandlungsprogramm Brustkrebs mit Wirkung zum 01.04.2021 entsprechend angepasst.

5. Strukturvoraussetzungen für Hausärzte

Die Vertragspartner verständigen sich darauf, die Strukturvoraussetzungen für Hausärzte in den oben genannten Verträgen für die strukturierten Behandlungsprogramme Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 2) sowie Asthma bronchiale und COPD (Anlagen 1a und 1b) ab dem 01.04.2021 anzupassen. Die geforderten Mindeststunden bzw. -punktzahlen werden durch die Vorgabe ersetzt, dass die Fortbildung mindestens einmal jährlich durchgeführt werden muss.

6. Austausch der indikationsspezifischen Dokumentation nach Anlage 8 DMP-A-RL

Mit der 21. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) wurde die indikationsspezifische Dokumentation für die strukturierten Behandlungsprogramme Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 geändert. Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass ab dem 01.07.2021 die Anlage 8 DMP-A-RL in der Fassung der 21. Änderung der DMP-A-RL im oben genannten Vertrag für ein strukturiertes Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 Anwendung findet.

Die Verträge sowie die Vertragsanlagen zu 1. und 5. werden sukzessive, spätestens mit Ablauf der Frist gemäß § 137g Abs. 2 SGB V mit der nächsten, jeweils erforderlichen indikations-spezifischen Anpassung der Verträge aufgrund von Änderungen in der DMP-A-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Abs. 2 SGB V geändert bzw. ausgetauscht.

Hamburg, den 10.03.2021

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

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

.....
BKK–Landesverband NORDWEST
zugleich SVLFG als LKK

.....
IKK classic

.....
KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

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