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 des strukturierten Behandlungsprogramms
COPD

Neufassung vom 01.04.2024 i.d.F. des 2. Nachtrages vom 01.07.2026

Hinweis: Eine Übersicht der teilnehmenden BKKn und IKKn finden Sie am Ende des Dokumentes

Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.

Inhaltsverzeichnis

ERLÄUTERUNGEN 3
ANLAGENÜBERSICHT 3
ABSCHNITT I ZIELE, GELTUNGSBEREICH 4
§ 1 Ziele des Vertrages 4
§ 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze 4
ABSCHNITT II TEILNAHME DER ÄRZTE 5
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt) 5
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors 7
§ 5 Antrag auf Teilnahme am DMP 9
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen 9
§ 7 Beginn und Ende der Teilnahme 10
§ 8 Leistungserbringerverzeichnis 10
ABSCHNITT III VERSORGUNGSINHALTE 11
§ 9 Medizinische Anforderungen an das DMP COPD 11
ABSCHNITT IV QUALITÄTSSICHERUNG 12
§ 10 Grundlagen und Ziele 12
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren 12
§ 12 Sanktionen 12
ABSCHNITT V TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN 13
§ 13 Teilnahmevoraussetzungen 13
§ 14 Information und Einschreibung 13
§ 15 Beginn und Ende der Teilnahme des Versicherten 14
§ 16 Wechsel des koordinierenden Arztes 15
ABSCHNITT VI FORTBILDUNG/SCHULUNG 15
§ 17 Fortbildung von Ärzten 15
§ 18 Schulung von Versicherten 16
ABSCHNITT VII ARBEITSGEMEINSCHAFT, GEMEINSAME EINRICHTUNG UND DATENSTELLE 16
§ 19 Arbeitsgemeinschaft 16
§ 20 Gemeinsame Einrichtung 16
§ 21 Datenstelle 17
§ 22 Datenzugang 17
§ 23 Datenaufbewahrung und -löschung 17
ABSCHNITT VIII VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG 17
§ 24 Vergütung und Abrechnungsbestimmungen 17
ABSCHNITT IX SONSTIGE BESTIMMUNGEN 18
§ 25 Kosten zur Durchführung des Vertrages 18
§ 26 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz 18
§ 27 Evaluation 18
§ 28 Laufzeit, Kündigung und Schriftform 18
§ 29 Salvatorische Klausel 19

Erläuterungen

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

„Ärzte“ sind Vertragsärzte, ermächtigte oder zugelassene Ärzte sowie bei Ärzten, Medizinischen Versorgungszentren oder Krankenhäusern angestellte Ärzte,

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung

„DMP“ ist die Abkürzung für Disease-Management-Programm

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

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung

„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 1	Strukturvoraussetzungen für Ärzte nach § 3
Anlage 2	Strukturvoraussetzungen für Ärzte nach § 4
Anlage 3	Mindestinhalte des Teilnahmeantrages für Ärzte
Anlage 4	Qualitätssicherung COPD
Anlage 5	Technische Anlage zum Leistungserbringerverzeichnis COPD
Anlage 6	indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung inkl. Patienten- und Datenschutzinformationen
Anlage 7	Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen COPD
Anlage 8	Tabakentwöhnungsprogramme

Abschnitt I
Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele des Vertrages

(1) Ziel des Vertrages ist u. a. die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms (DMP) COPD in der Region der KVH. Über dieses DMP soll unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit 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 diesem Vertrag nach § 3 teilnehmenden Ärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe.

(2) Die Ziele und Anforderungen an die DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in Nr. 1.3 der Anlage 11 DMP-A-RL festgelegt. Die Patienten sollen im Hinblick auf die genannten Therapieziele von ihrer Einschreibung profitieren.

§ 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

(1) Dieser Vertrag gilt für

- Ärzte in der Region der KVH, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme beantragt haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben,

  und

- Versicherte, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, die entsprechenden Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllen und bei einer an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse versichert sind.

(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 Ärzte.

3. Dieser Vertrag gilt auch für Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK classic erklären und die Vergütungen gemäß § 24 im

Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs 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. Ebenso gilt dieser Vertrag für diejenigen Innungskrankenkassen, die bereits zuvor Vertragspartner waren. Die KVH informiert die teilnehmenden Ärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen Innungskrankenkassen.

(3) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV und insbesondere die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt II
Teilnahme der Ärzte

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

(1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.

(2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Ärzte, die gemäß § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, soweit die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1– persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllt werden

(3) 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 dem Teilnahmeantrag nach § 5 bestätigt der Arzt bzw. bei angestellten Ärzten der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

(4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt 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 Arzt bzw. MVZ unverzüglich mitgeteilt.

(5) Zu den Pflichten koordinierender Ärzte 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 § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nr. 1.6 der Anlage 11 DMP-A-RL,

2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß

§ 14 sowie die elektronische Erfassung am Ort der Leistungserbringung und die Weiterleitung binnen 10 Kalendertagen nach Dokumentationserstellung an die Datenstelle auf elektronischem Weg. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten ist ebenfalls binnen 10 Kalendertagen mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose zu übermitteln. Der Arzt hat vor Versendung der Dokumentation sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt. Im Übrigen gilt die im § 24 Abs. 2 Nr. 2c RSAV benannte Frist zu Übermittlung der Dokumentationen,

3. die Vergabe einer DMP-Fallnummer seiner Wahl für jeden Versicherten, die aus maximal sieben Zeichen („0“ – „9“) bestehen darf und jeweils nur für einen Patienten verwendet werden darf,

4. die schriftliche Information der Versicherten über die übermittelten Dokumentationsdaten mittels Ausdrucks der übermittelten Daten,

5. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

6. die Motivation der Versicherten an Schulungen teilzunehmen sowie die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 18, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist,

7. bei Vorliegen der unter Nr. 1.6.2 der Anlage 11 DMP-A-RL genannten Indikationen eine Überweisung an andere Ärzte entsprechend der Anlage 2 „Strukturvoraussetzungen fachärztlicher Versorgungssektor“ oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende zugelassene Leistungserbringer entsprechend vorzunehmen. Die Überweisung sollte, wenn möglich, vorrangig an am DMP teilnehmende Ärzte erfolgen. Im Übrigen entscheidet der Arzt 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 Nr. 1.6.2 der Anlage 11 DMP-A-RL genannten Indikationen, so vermerkt der überweisende Arzt auf dem Überweisungsschein, dass der Versicherte in das DMP 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,

8. bei Vorliegen der unter Nr. 1.6.3 Anlage 11 DMP-A-RL 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,

9. bei Überweisung und Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zeitnah zu übermitteln und von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,

10. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nr. 1.6.4 der Anlage11 DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragsstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX,

11. die Berücksichtigung der von der Datenstelle verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschreiben für unplausible Dokumentationen und

12. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der koordinierende Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 – 12 entsprechend. Der anstellende Arzt 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 Ärzte an diesem DMP ist freiwillig. Sie werden auf Überweisung des koordinierenden Arztes nach § 3 tätig.

(2) Teilnahmeberechtigt für die pneumologisch qualifizierte Versorgung sind Ärzte soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen. Die Anforderungen an die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 können durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

(3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmt apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen,

sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

(4) Sollen die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt 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 Arzt bzw. MVZ unverzüglich mitgeteilt.

(5) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Ärzte gehören insbesondere:

1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung des Vermerks über die DMP-Teilnahme auf dem Überweisungsschein entsprechend § 3 Abs. 5 Nr. 7 sowie der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,

2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittetherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

3. die Motivation der Versicherten an Schulungen teilzunehmen sowie die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 18, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH entsprechend nachgewiesen ist,

4. die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß Nr. 1.6.2 Anlage 11 DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,

5. die Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt spätestens mit Ablauf des der Überweisung folgenden Quartals,

6. bis zur Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentationen zu übermitteln,

7. bei Vorliegen der unter Nr. 1.6.3 Anlage 11 DMP-A-RL 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 § 9, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.

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

(6) In Ausnahmefällen kann ein Versicherter mit COPD einen nach § 4 teilnehmenden Arzt auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im DMP wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Für den Arzt gilt in diesem Fall § 3 Abs. 5 entsprechend.

§ 5 Antrag auf Teilnahme am DMP

Der Arzt beantragt mit dem Teilnahmeantrag entsprechend der Vorgaben der Anlage 3 die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag für das DMP COPD bei der KVH. Wird die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung für einen angestellten Arzt beantragt, ist der anstellende Arzt/MVZ auf dem Teilnahmeantrag entsprechend der Vorgaben der Anlage 3 einzutragen. Der Teilnahmeantrag ist für jeden angestellten Arzt auszufüllen, der die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag für das DMP COPD erhalten möchte.

§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

(1) Die KVH erteilt den gemäß § 3 und § 4 teilnahmeberechtigten Ärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in der Anlage 1 oder Anlage 2 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen und ein Teilnahmeantrag nach § 5 vorliegt. Für die regelmäßige jährliche Überprüfung der Strukturvoraussetzungen sind der Vertrag über die Gemeinsame Einrichtung (GE) sowie die dort gefassten Beschlüsse maßgeblich.

(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 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 Ärzte mit folgenden Angaben:

- Aufhebung der Genehmigung, ohne Angabe der Gründe

- Verzicht bzw. Rückgabe der Genehmigung
- Ruhen der Zulassung, ohne Angaben von Gründen
- Strukturvoraussetzungen erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt

§ 7 Beginn und Ende der Teilnahme

(1) Die Teilnahme eines Arztes am DMP beginnt mit dem Zugang des Genehmigungsbescheides beim Arzt.

(2) Nach erfolgter Aufhebung der DMP-Genehmigung ist eine erneute Teilnahme des Arztes nur unter der Voraussetzung möglich, dass ein erneuter Teilnahmeantrag gemäß § 5 und die Nachweise zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung gemäß den Anlagen 1 bzw. 2 vollständig der KVH vorgelegt werden. Die erneute Teilnahme beginnt mit dem Zugang des Genehmigungsbescheides beim Arzt.

(3) Der Arzt kann seine Teilnahme oder die eines angestellten Arztes schriftlich gegenüber der KVH kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Eine erneute Teilnahme ist möglich, wenn ein neuer Antrag gem. § 5 gegenüber der KVH gestellt wurde. Abs. 1 gilt entsprechend. Die KVH informiert die Krankenkassen mittels des Leistungserbringerverzeichnisses gemäß § 8 über die Beendigung der Teilnahme.

(4) Die Teilnahme eines Arztes endet bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen. Dies hat der Arzt der KVH unverzüglich anzuzeigen. Die Teilnahme endet auch durch Ausschluss nach § 12 Abs. 1.

(5) Die Teilnahme am DMP endet mit dem Bescheid der KVH über die Aufhebung der Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag.

(6) Endet die Teilnahme eines Arztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gem. § 8 zukommen lassen, um ggf. einen Wechsel des Arztes gemäß § 16 vorzunehmen.

(7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte erlischt die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung am DMP.

(8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 oder 2 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 8 Leistungserbringerverzeichnis

(1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KVH ein Verzeichnis gemäß Anlage 5. Die KVH stellt dieses Verzeichnis

den Krankenkassen/-verbänden 14-tägig in elektronischer Form entsprechend Anlage 5 zur Verfügung.

(2) Das Leistungserbringerverzeichnis stellen die Krankenkassen dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) alle 5 Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung. Das Leistungserbringerverzeichnis wird außerdem folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:

1. den am Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KVH
2. bei Bedarf den teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen
3. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten durch die jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung),
4. der gemeinsamen Datenstelle nach § 21 durch die KVH

(3) Das Leistungserbringerverzeichnis kann veröffentlicht werden. Hierzu holt die KVH eine datenschutzrechtlich ausreichende Einwilligung bei den betroffenen Ärzten ein.

Abschnitt III
Versorgungsinhalte

§ 9 Medizinische Anforderungen an das DMP COPD

(1) Die medizinischen Anforderungen für das DMP COPD sind in der Anlage 11 DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Anlage 11 DMP-A-RL gilt im Rahmen dieses Vertrages in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich durch seinen Teilnahmeantrag gemäß § 5 insbesondere 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. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen COPD auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

(2) Die Ärzte 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 informiert.

Abschnitt IV
Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 4 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und Anlage 11 DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren nach Anlage 11 DMP-A-RL,
- Einhaltung der im Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß §§ 3 und 4 i.V.m. den Anlagen 1 und 2,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
- aktive Teilnahme des Versicherten.

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren

(1) Entsprechend der Nr. 2 Anlage 11 DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 Abs. 4 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 4 zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.

(2) Die Maßnahmen entsprechen Anlage 11 DMP-A-RL bzw. § 2 Abs. 4 DMP-A-RL und werden insbesondere ergänzt durch die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der teilnehmenden Ärzte und Versicherten.

(3) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 4 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern i.d.R. jährlich zu veröffentlichen.

§ 12 Sanktionen

(1) Verstößt der teilnehmende Arzt gegen die in diesem Vertrag geregelten Verpflichtungen, ergreift die KVH eine der folgenden Maßnahmen:

- Verwarnung durch die KVH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten
- Aufhebung der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung,

Grundsätzlich ergehen die Sanktionen in der genannten Reihenfolge. Das

gilt nicht bei schwerer Verfehlung. Über den Ausschluss eines Arztes erteilt die KVH einen Bescheid.

(2) Die jeweiligen Sanktionen werden von der KVH vollzogen. Der Gemeinsamen Einrichtung ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie kann darüber hinaus eigene Fälle zur Prüfung anmelden. Sollte ein Vertragspartner von möglichen Vertragsverstößen teilnehmender Ärzte erfahren, bringen sie diese der Gemeinsamen Einrichtung zur Kenntnis.

Abschnitt V
Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend dieses Vertrags teilnehmen, sofern die Einschreibekriterien gemäß § 3 DMP-A-RL erfüllt sind. Ferner muss der Versicherte von der Erreichung der Therapieziele nach § 1 profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken.

(2) Zu den speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Nr. 3.2 Anlage 11 DMP-A-RL gehört die Erfüllung der in Nr. 1.2.2 Anlage 11 DMP-A-RL genannten Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe.

(3) Versicherte unter 18 Jahren können nicht in das DMP COPD eingeschrieben werden.

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

(5) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an einem DMP 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.

§ 14 Information und Einschreibung

(1) Die teilnehmenden Ärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL ihre nach § 13 teilnahmeberechtigten Patienten umfassend über das DMP. Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV i.V.m. § 3 Abs. 1 DMP-A-RL schriftlich oder elektronisch, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutz und Patienteninformation entsprechend der Anlage 6, über das DMP und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung der Daten informieren.

(2) Nach umfassender Information über das DMP kann sich der Versicherte mit

der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 6 bei einem teilnehmenden koordinierenden Arzt gemäß §§ 3 oder 4 einschreiben. Der Versicherte erklärt sich schriftlich oder elektronisch auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 6 zur Teilnahme an dem DMP bereit, bestätigt den Erhalt der Informationen und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

(3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP COPD müssen der Krankenkasse neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 6 folgende Unterlagen vorliegen:

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt.

(4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt an diesem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 6 sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Datenstelle weiterleitet.

(5) Die Krankenkasse kann interessierte Versicherte beraten und die Teilnahme am DMP einleiten. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an einen teilnehmenden koordinierenden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden.

(6) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen. Die Krankenkasse wirkt daraufhin, dass der Versicherte nur von einem koordinierenden Arzt betreut wird.

(7) Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse, so kann er, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, sich erneut in das DMP einschreiben lassen. Der koordinierende Arzt hat die Neueinschreibung für die nunmehr zuständige Krankenkasse vorzunehmen.

§ 15 Beginn und Ende der Teilnahme des Versicherten

(1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch seine Krankenkasse, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde. Nachdem alle Unterlagen entsprechend § 14 Abs. 3 der Krankenkasse vorliegen und die Krankenkasse den Versicherten eingeschrieben hat, bestätigt

diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme des Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.

(2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und/oder seine Einwilligung in die Datenübermittlung widerrufen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung aus dem DMP aus.

(3) Die Teilnahme des Versicherten am DMP endet auch gemäß den Gründen in § 24 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV sowie mit dem Kassenwechsel, mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs und mit dem Ende der Programmzulassung.

(4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

(5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.

§ 16 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 und sendet diese an die Datenstelle. Eine erneute Einschreibung ist nicht erforderlich. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.

(2) Der bisherige Arzt ist verpflichtet, unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neu gewählten Arzt zu übermitteln.

Abschnitt VI
Fortbildung/Schulung

§ 17 Fortbildung von Ärzten

(1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVH informieren die teilnehmenden Ärzte gemäß §§ 3 und 4 umfassend über Ziele und Inhalte des DMP COPD insbesondere mithilfe des Arztmanuals. Eine Information über die zur Verfügung stehenden Tabakentwöhnungsprogramme nach Anlage 8 erhalten die Ärzte über die Internet-Seiten der jeweiligen Krankenkasse.

(2) Fortbildungen der teilnehmenden Ärzte gemäß §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Fortbildungen sind DMP-A-RL-konform.

(3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität (Anlagen 1 und 2) geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind entsprechend §§ 3 und 4 gegenüber der KVH nachzuweisen.

(4) Kenntnisse über Fortbildungsbestandteile, die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen nicht wiederholt werden.

§ 18 Schulung von Versicherten

(1) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm. 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.

(2) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in Anlage 7 genannten Schulungsprogramme in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig gelisteten Auflage eingesetzt. Auf Schulungen, deren Inhalte der RSAV bzw. DMP-A-RL widersprechen, wird verzichtet.

(3) Jeder rauchende Patient soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten. Programme, die diese Anforderungen erfüllen, sind in der Anlage 8 genannt.

Abschnitt VII
Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung und Datenstelle

§ 19 Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner haben eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V gebildet. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 20 Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gebildet. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 21 Datenstelle

(1) Die Vertragspartner, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragen unter Beachtung von Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X eine Datenstelle. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

(2) Es ist geregelt, dass die Daten nur für die Behandlung, die Festlegung der QS-Ziele und - Maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer nach § 4 DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt werden.

§ 22 Datenzugang

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

§ 23 Datenaufbewahrung und -löschung

(1) Die im Rahmen des DMP übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden entsprechend der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Version von den jeweils verantwortlichen Stellen oder von diesen beauftragten Dritten entsprechend ihres Verwendungszweckes aufbewahrt. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der DMP beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.

(2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.

(3) Nach Ablauf der jeweils gültigen Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, zu löschen.

Abschnitt VIII
Vergütung und Abrechnung

§ 24 Vergütung und Abrechnungsbestimmungen

Die Vergütungen der DMP-Leistungen und der Patientenschulungen sowie die Abrechnungsbestimmungen sind in Anlage 7 geregelt.

Abschnitt IX
Sonstige Bestimmungen

§ 25 Kosten zur Durchführung des Vertrages

(1) 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.

(2) Kosten für die Teilnahme- und Einwilligungserklärung übernehmen die Krankenkassen. Die Kostenaufteilung zwischen den Krankenkassen erfolgt analog zur Regelung zur Kostenumlage in der Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung.

§ 26 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

(1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist vom Arzt sicherzustellen.

(2) Die Ärzte 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. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 27 Evaluation

(1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des DMP sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.

(2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

§ 28 Laufzeit, Kündigung und Schriftform

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2024 in Kraft und ersetzt den Vertrag nach § 73a SGB V zur Durchführung der DMP nach § 137f SGB V Asthma bronchiale sowie COPD vom 01.04.2019 in der Fassung des 4. Nachtrages vom

01.01.2023. Ein erneuter Teilnahmeantrag der Ärzte bzw. eine erneute 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. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Quartalsende. Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden. Eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.

(3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen werden.

(4) 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.

§ 29 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 dem Vertrag 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 dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Hamburg, den

.....
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 1: Strukturvoraussetzungen für Ärzte nach § 3 (koordinierender Arzt)

zu dem Vertrag nach § 137f SGB V zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) 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 • 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
Qualifikation des medizinischen Personals (z.B. Notfallschulung)	Bestätigung durch Formular der KVH	Jährlich

Sofern der Arzt Schulungen anbieten möchte, sind folgende Voraussetzungen zusätzlich zu erfüllen:

- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die den Arzt und - sofern laut jeweiligem Schulungscurriculum erforderlich - das nichtärztliche Praxispersonal zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert

- Die räumliche Ausstattung muss Gruppenschulungen ermöglichen

Zusätzlich zu den Strukturvoraussetzungen zur Durchführung von Schulungen sind die nachfolgenden Strukturvoraussetzungen bei Durchführung von Schulungen (teilweise als auch in Gänze) im Videoformat zu erfüllen:

Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss der Arzt, zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für schulende Ärzte gegenüber der KVH nachweisen.
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss das nichtärztliche Personal, zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für das schulende nichtärztlichen Personal gegenüber der KVH nachweisen.
Ausstattung der Praxis	Die Anforderungen an technische Verfahren gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Abs. 1 SGB V) gelten entsprechend. Für Schulungen, die sowohl im Videoformat als auch im Präsenzformat durchgeführt werden, muss mindestens ein vollständiges Präsenzangebot für die jeweilige Schulungsindiktion von dem schulenden Arzt vorgehalten werden.
Hinweise zum Curriculum bei Schulungen im Videoformat	Bei Schulungen im Videoformat sind neben den o.g. konkreten Qualitätsanforderungen die Festlegungen des Curriculums hinsichtlich der im Videoformat durchzuführenden geeigneten Anteile der Schulung, der Gruppengrößen und der erforderlichen Maßnahmen des Qualitätsmanagements zu beachten.

Anlage 2: Strukturvoraussetzungen für Ärzte nach § 4

zu dem Vertrag nach § 137f SGB V zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) 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 folgende 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
kontinuierliche Fortbildung für Vertragsärzte im Versorgungsbereich COPD:	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr

- anerkannter pneumologischer Qualitätszirkel **und / oder** - COPD 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 Betriebstätte: Möglichkeit zur Durchführung von • Spirometrie einschl. Atemwiderstandsmessung (qualitätsgesichert) • Ganzkörper-Plethysmographie (qualitätsgesichert) • Laborchemische Untersuchungen, insbesondere Blutgase	Bestätigung durch Teilnahmeantrag nach Anlage 3	bei Beginn der Teilnahme

<u>Sofern der Arzt Schulungen anbieten möchte, sind folgende Voraussetzungen zusätzlich zu erfüllen:</u>

- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die den Arzt und - sofern laut jeweiligem Schulungscurriculum erforderlich - das nichtärztliche Praxispersonal zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert
- Die räumliche Ausstattung muss Gruppenschulungen ermöglichen

Zusätzlich zu den Strukturvoraussetzungen zur Durchführung von Schulungen sind die nachfolgenden Strukturvoraussetzungen bei **Durchführung von Schulungen** (teilweise als auch in Gänze) **im Videoformat** zu erfüllen:

Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss der Arzt, zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für schulende Ärzte gegenüber der KVH nachweisen.
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss das nichtärztliche Personal, zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für das schulende nichtärztlichen Personal gegenüber der KVH nachweisen.
Ausstattung der Praxis	Die Anforderungen an technische Verfahren gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Abs. 1 SGB V) gelten entsprechend. Für Schulungen, die sowohl im Videoformat als auch im Präsenzformat durchgeführt werden, muss mindestens ein vollständiges Präsenzangebot für die jeweilige Schulungsindiktion von dem schulenden Arzt vorgehalten werden.
Hinweise zum Curriculum bei Schulungen im Videoformat	Bei Schulungen im Videoformat sind neben den o.g. konkreten Qualitätsanforderungen die Festlegungen des Curriculums hinsichtlich der im Videoformat durchzuführenden geeigneten Anteile der Schulung, der Gruppengrößen und der erforderlichen Maßnahmen des Qualitätsmanagements zu beachten.

Anlage 3: Mindestinhalte des Teilnahmeantrags für Ärzte

zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) COPD zwischen den Krankenkassen/-verbänden und der KV Hamburg

Der Teilnahmeantrag der Vertragsärzte zum DMP COPD muss mindestens die nachfolgend aufgeführten Bestandteile beinhalten. Für die Aufnahme darüber hinausgehender Inhalte durch die KVH ist die Zustimmung der Krankenkassen erforderlich. Die formelle Ausgestaltung des Teilnahmeantrags obliegt der KVH.

---

1. Allgemeine Angaben

- Name und Kontaktdaten des Antragstellers
- Lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR)
- Angabe des Antragstellers zur Tätigkeitsform (Zulassung, Ermächtigung, Anstellung bei)
- Angabe des Antragstellers, zu welchem Datum die Genehmigung beantragt wird
- Angabe des Ortes der Leistungserbringung

2. Antragsgegenstand

Angabe des Antragsstellers, für welche der nachfolgenden Versorgungsebene eine Genehmigung beantragt wird und Bestätigung, dass die entsprechend vorzuhaltenden Strukturvoraussetzungen erfüllt werden.

- **1. Versorgungsebene:**

  Genehmigung als DMP-Arzt gem. § 3 Abs. 2 (nach § 73 Abs. 1a SGB V für die hausärztliche Versorgung zugelassene Ärzte)
  - → Bestätigung, dass die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 erfüllt werden
  - → Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Nachweise zu belegen sind

- **2. Versorgungsebene:**

  Genehmigung als DMP-Arzt gem. § 4 Abs. 2
  - → Bestätigung, dass die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 erfüllt werden
  - → Ankreuzmöglichkeit, ob die Koordination im Ausnahmefall gemäß § 4 Abs. 6 beantragt wird
  - → Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Nachweise zu belegen sind

3. Schulungen

- Angabe des Antragstellers, ob die Durchführung von im DMP vereinbarten Patientenschulungen gemäß § 18 i. V. m. Anlage 7 beantragt wird
- Angabe, welches Schulungsprogramm gem. Anlage 7 beantragt wird
- Bestätigung, dass die erforderliche Strukturqualität für einen Schulungsarzt gem. Anlage 1 bzw. 2 erfüllt wird
- Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Schulungszertifikate (für Arzt und Schulungskraft) nachzuweisen sind

4. Hinweise zu den Teilnahmevoraussetzungen

- Hinweis, dass die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind

5. Bestätigungen und Einwilligungen durch den Antragsteller

5.1 Bestätigung bzgl. Kenntnisnahme und Umsetzung der Vertragsinhalte

- Bestätigung des Antragstellers, dass er die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des DMP zur Kenntnis genommen hat und die vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und geltenden Therapieziele des DMP akzeptiert und umsetzt
- Bestätigung des Antragstellers, dass er sich zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrags, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV verpflichtet

5.2 Einverständnis mit der Veröffentlichung von Arzt-Daten im Verzeichnis der Ärzte, der Einschaltung der Datenstelle; Evaluation

- Bestätigung des Antragstellers, dass er mit der Veröffentlichung der persönlichen Daten gemäß Anlage 5 im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis COPD“ und auch im Internet (Arztauskunft KVH) einverstanden ist und auch der Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis COPD“ an am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte, an die Gemeinsame Einrichtung (GE DMP) Hamburg, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten zustimmt
- Hinweis, dass die Zustimmung zur Veröffentlichung und Weitergabe der Daten im „Leistungserbringerverzeichnis COPD“ jederzeit widerrufen werden kann. Mit dem Zugang des Widerrufs bei der KVH endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.
- Zustimmung des Antragstellers zur Einschaltung der Datenstelle und Ermächtigung, die im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen und die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten
- Bestätigung des Antragstellers, dass er mit der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gem. Abschnitt IX und die Qualitätssicherung gem. Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen einverstanden ist.

6. Datenschutzrechtliche Hinweise im Rahmen des DMP

- Hinweis, dass der Antragsteller, bei der Tätigkeit für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten die Datensicherheit nach geltenden Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung einzuhalten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen hat
- Hinweis, dass der Antragsteller, einmalig vor Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle, vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche oder elektronische Einwilligung des Patienten einholen muss (Teilnahme- und Einwilligungserklärung gem. Anlage 6)
- Hinweis, dass der Antragsteller den Patienten bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung informieren muss
- Hinweis, dass der Antragsteller die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleisten muss
- Hinweis, dass der anstellende Arzt die umfassende Information angestellter Vertragsärzte für im Rahmen des DMP erbrachte Leistungen in der Vertragsarztpraxis/Einrichtung übernimmt sowie die Datensicherheit bei der Datenerhebung personenbezogener Daten sowie der Weitergabe von Patientendaten an Dritte gewährleistet
- Diese datenschutzrechtlichen Hinweise können alternativ auch im Arztmanual aufgeführt werden.

7. Sonstige Hinweise

- Hinweis, dass die Teilnahme am DMP COPD freiwillig ist und dass die Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Ende eines Quartals beendet werden kann
- Hinweis, dass eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen zu Maßnahmen gemäß § 12 des Vertrages führt (gilt auch für angestellte Ärzte)

8. Unterschrift und Hinweise zur Genehmigung

- Hinweis, dass die Genehmigung des Antrags frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden kann
- Hinweis, dass der Antragsteller mit seiner Unterschrift die Kenntnisnahme der einschlägigen Rechtsgrundlagen bestätigt
- Hinweis, dass der vollständige Vertrag zum DMP COPD auf den Internetseiten der KVH nachgelesen werden kann
- Datum, Praxisstempel und Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ-Leiters)

Anlage 4: Qualitätssicherung

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

V 5
Stand 10.10.2023
(gültig ab dem 01.04.2024)

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. Die Angabe „Berichtszeitraum“ ist in dieser Anlage als ein Zeitraum von sechs Monaten definiert.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
1. Niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlungen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit COPD mit Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der ungeplanten, auch notfallmäßigen (ambulant und stationär) ärztlichen Behandlungen Zielwert: kleiner gleich 10%	Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 3 (ISD) (Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation) größer 0 während der letzten 12 Monate Nenner: Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback *LE: Information durch das Feedback*

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
2. Niedriger Anteil von Exazerbationen	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer oder mehr Exazerbationen innerhalb der letzten 6 Monate, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer Zielwert: kleiner gleich 20 %	Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 2 (ISD) (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) während der letzten 6 Monate größer 0 Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback *LE: Information durch das Feedback*
3. Nur bei Raucherinnen und Rauchern: Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Empfehlung zum Tabakverzicht erhalten haben	Nur bei Raucherinnen und Rauchern: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen eine Empfehlung zum Tabakverzicht gegeben wurde Zielwert: größer gleich 75 %	Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 12 (ISD) (Empfehlung zum Tabakverzicht ausgesprochen) = „Ja“ Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „Ja“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
4. Nur bei Raucherinnen und Rauchern mit einer Empfehlung zum Tabakentwöhnungsprogramm: Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die an einem solchen Programm teilgenommen haben	Nur bei Raucherinnen und Rauchern mit einer Empfehlung zum Tabakentwöhnungsprogramm: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die innerhalb von 12 Monaten im Anschluss an eine Empfehlung zur Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogram	Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 14 (ISD) (An einem Tabakentwöhnungsprogramm seit der letzten Empfehlung teilgenommen) = mindestens einmal die Angabe „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 6 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	m an einem solchen Programm teilgenommen haben, Zielwert: Kein Zielwert festgelegt	Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 14 (ISD) (An einem Tabakentwöhnungsprogramm seit der letzten Empfehlung teilgenommen) = mindestens einmal die Angabe „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 6 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums ODER [Feld 13 (ISD) (Empfehlung zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogramm ausgesprochen) = „Ja“ innerhalb der 6 Monate vor dem Zeitraum der folgenden 12 Monate: aktueller Berichtszeitraum und 6 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND Feld 14 (ISD) (An einem Tabakentwöhnungsprogramm seit der letzten Empfehlung teilgenommen) = in jeder verfügbaren Dokumentation im aktuellen Berichtszeitraum und innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums die Angabe „Nein“]		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
5. Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	a) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer Zielwert: Kleiner gleich 15% b) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben Zielwert: kleiner gleich 35 %	a) Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „Ja“ Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer b) Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „Ja“ Nenner: 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
6. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen die Inhalationstechnik innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal überprüft wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer Zielwert: größer gleich 90 %	Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 7 (ISD) (Inhalationstechnik überprüft) = „Ja“ mindestens einmal innerhalb der letzten 12 Monate Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
7. Leitliniengerechter Einsatz an inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS): Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Dauertherapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS)	Nur Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Komorbidität Asthma bronchiale und mit höchstens einer Exazerbation innerhalb der letzten 12 Monate: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ICS Zielwert: kleiner gleich 40 %	Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 8 (ISD) (Sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Inhalative Glukokortikosteroide“ in der aktuellen Dokumentation und in der vorhergehenden Dokumentation Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer Feld 2 (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) = „0“ ODER „1“ innerhalb der letzten 12 Monate UND NICHT Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Asthma bronchiale“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
8. 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 Teilnehmerinnen und Teilnehmer Zielwert: größer gleich 75 %	Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 1a (ISD) (Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt) = „Ja“ innerhalb der letzten 12 Monate Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer 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
9. 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 Zielwert: kleiner gleich 10 %	Zähler Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 8 (ISD) (Sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Systemische Glukokortikosteroide“ in der aktuellen Dokumentation und in der vorhergehenden Dokumentation Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
10. Hoher Anteil an 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 Zielwert: Größer gleich 75 %	Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 15 (ISD) (Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen) = „Ja“ Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
11.Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jährlich mindestens einmal ermitteltem FEV_1-Wert	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einem dokumentierten FEV_1-Wert in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer Zielwert: Größer gleich 85 %	Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit mindestens einer numerischen Angabe in Feld 1 (ISD) (Aktueller FEV_1-Wert (alle sechs bis zwölf Monate)) in den letzten 12 Monaten Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
12. Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern die bei DMP-Einschreibung noch nicht geschult sind: Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP-Einschreibung noch nicht geschult sind: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben. Zielwert: Kein Zielwert festgelegt	Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums Nenner: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 10 (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums ODER [Feld 9 (COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = „Ja“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		Feld 10 (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]] { UND NICHT Feld 9a (Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen) = „Ja“ }[1] { }[1] Liegt keine Angabe zu Feld 9a (Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen) vor, gilt der Patient als ungeschult und wird nicht aus dem Nenner ausgeschlossen. Dies wird so gewertet, als wäre die Angabe „Nein“ in Feld 9a (Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen) erfolgt. *Keine Angabe kann nur dann vorliegen, wenn die Einschreibung vor Aufnahme des Parameters erfolgt ist sowie in den Fällen, in denen ein Arztwechsel erfolgte.*		

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	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 Zielwert: Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	Zähler: Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen Nenner: 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
V. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „nein“	Aufklärung/ Information über die Wichtigkeit von

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
			oder zweimal „war aktuell nicht möglich	Schulungen, maximal einmal pro Jahr

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 5: Technische Anlage zum Leistungserbringerverzeichnis COPD

zu dem Vertrag nach § 137f SGB V zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) 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:	**03**
Gültig ab:	**01.07.2019**
Stand:	**26.06.2019**

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 6

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN 7

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anforderungen des Bundesversicherungsamtes 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 Bundesversicherungsamtes 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´ = nummerisch oder ´AN´ = alphanummerisch. Als Inhalt von nummerischen 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 gemäß ISO 8859-15 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	Bei kreisfreien Städten erfolgt die Angabe „kreisfrei“ oder die erneute Benennung der Stadt.
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, muss 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. • Ärzte der Versorgungsebene „A1“ 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. • 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.

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

070EH **Krankenhaus-IK**

Exemplar für die Datenstelle

☐ Diabetes mellitus Typ 1
oder
☐ Diabetes mellitus Typ 2

☐ Koronare Herzkrankheit
oder
☐ Herzinsuffizienz

☐ Asthma
oder
☐ COPD

☐ Brustkrebs

☐ Depression

☐ Rheumatoide Arthritis

☐ Rücken-schmerz

☐ Osteoporose

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz “ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

06.05.2020 TEEWE Indikationsübergreifend

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

Exemplar für den Arzt

070EH **Krankenhaus-IK**

☐ Diabetes mellitus Typ 1 oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2

☐ Koronare Herzkrankheit oder ☐ Herzinsuffizienz

☐ Asthma oder ☐ COPD

☐ Brustkrebs

☐ Depression

☐ Rheumatoide Arthritis

☐ Rückenschmerz

☐ Osteoporose

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz " (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

06.05.2020 TEEWE Indikationsübergreifend

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

Exemplar für den Patienten

070EH **Krankenhaus-IK**

☐ Diabetes mellitus Typ 1 oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2

☐ Koronare Herzkrankheit oder ☐ Herzinsuffizienz

☐ Asthma oder ☐ COPD

☐ Brustkrebs

☐ Depression

☐ Rheumatoide Arthritis

☐ Rückenschmerz

☐ Osteoporose

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz " (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

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 7
Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen COPD

zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) COPD zwischen den Krankenkassen/-verbänden und der KV Hamburg

Abschnitt A - Vergütung von DMP-Leistungen

(1) Die Vergütungen der ärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und sind mit der in der jeweiligen Honorarvereinbarung mit der KVH definierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Die in dieser Anlage 7 aufgeführten DMP-Leistungen und Patientenschulungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Eine zusätzliche Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation ist ausgeschlossen.

(2) Für ins DMP COPD eingeschriebene Versicherte können Ärzte, die gemäß §§ 3 und 4 des Vertrages am DMP COPD teilnehmen, die Sondervergütungen nach Abs. 7 abrechnen.

(3) Für teilnehmende Ärzte nach § 4 des Vertrages, die im Rahmen der Ausnahmeregelung (dauerhafte Betreuung vor der DMP-Teilnahme oder medizinische Gründe) die Aufgaben des koordinierenden Arztes nach § 3 des Vertrages für einen DMP-Teilnehmer übernehmen, gelten für diesen DMP-Teilnehmer die gleichen Vergütungs- und Abrechnungsregelungen wie für Ärzte nach § 3 des Vertrages.

(4) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen mit der Ausnahme der Gebührenordnungsposition 99427 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das DMP COPD aufgrund der Vorschriften der RSAV und der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung und Vergütung der in diesem Vertrag aufgeführten GOP setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Soweit 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.

(5) Die Vergütung für die Erstdokumentation COPD (GOP-Nr. 99427) ist grundsätzlich nur 1x je DMP-Teilnehmer von dem betreuenden koordinierenden Arzt abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem DMP ausgeschrieben wurde. Infolge eines Arztwechsels ist eine Folgedokumentation zu erstellen, so dass in diesem Fall nur eine Folgedokumentation vergütet wird. Eine erneute Einschreibung in das DMP COPD kann unter der Voraussetzung abgerechnet werden, dass der DMP-Teilnehmer zuvor aus dem DMP ausgeschrieben wurde gemäß einer Voraussetzung des § 24 Abs. 2 Nr. 2 a–c RSAV und eine erneute Einschreibung in das DMP COPD gemäß der RSAV und DMP-A-RL erfolgen muss. Der Arzt wird über das Ausscheiden des Versicherten informiert gemäß § 15 Abs. 4 des Vertrages. Sofern in einem Quartal eine Erstdokumentation abgerechnet wird, kann im gleichen Quartal keine Folgedokumentation abgerechnet werden. Die Folgedokumentation COPD (GOP-Nr. 99428) kann je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden.

(6) Bei einem „quartalsweisen Dokumentationsintervall“ muss die Folgedokumentation (GOP 99428) einmal je Quartal erstellt werden; pro Versicherten und Quartal wird somit höchstens eine Dokumentation vergütet. Bei einem „Dokumentationsintervall jedes zweite Quartal“ muss die Folgedokumentation jedes zweite Quartal erstellt werden; pro Versicherten und zwei Quartalen wird somit höchstens eine Dokumentation vergütet.

(7) Die DMP-Leistungen werden entsprechend nachfolgender Tabelle vergütet:

Nr.	Leistung	Vergütung	GOP
1	**Erstdokumentation** Für die Information, die Beratung und Einschreibung, die Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL sowie die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Einschreibeunterlagen inkl. Versandkosten	**25,00 Euro einmalig**	**99427**
2	**Folgedokumentation** Für die Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL sowie die fristgemäße Übermittlung der Folgedokumentation	**15,00 Euro pro Dokumentation**	**99428**
3	**Betreuungspauschale für koordinierende Ärzte nach § 3 des Vertrages** • 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 11 DMP-A-RL	**7,50 Euro einmal im Dokumentations-zeitraum**	**99429C**

Nr.	Leistung	Vergütung	GOP
4	**Pauschale für pneumologisch qualifizierte Ärzte nach § 4 des Vertrages** • Mitbehandlung aufgrund eines gezielten Überweisungsauftrages des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung (siehe Ziffer 1.6.2 der Anlage 11 DMP-A-RL sowie Maßnahmen zur Diagnosebestätigung [z.B. Provokationstests]) Die Erbringung der Leistung erfolgt auf Überweisung mit DMP-Kennzeichen des koordinierenden Arztes gem. § 3 des DMP-Vertrages	**35,00 Euro max. 2x pro Kalenderjahr**	**99430C** Die GOP **99429C** und **99430C** sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechenbar, sofern der Arzt sowohl die Koordinationsfunktion nach § 3 als auch die Funktion nach § 4 zur Mitbehandlung übernimmt
5	**Gesprächsleistung zur Tabakentwöhnung** Für Ärzte nach §§ 3 und 4 des Vertrages, die ihre 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 nachgewiesen und eine Genehmigung erhalten haben: • Für Versicherte, bei denen der Rauchstatus nach Anlage 2 DMP-A-RL dokumentiert wurde • 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 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.	**8,00 Euro einmalig je DMP-Teilnehmer**	**99438C**

Abschnitt B - Vergütung von Patientenschulungen

(1) Patientenschulungen können ausschließlich durch Ärzte nach § 3 und § 4 des Vertrages erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf die Schulung von Patienten gemäß der Anlagen 1 bzw. 2 erfüllen und eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung der KVH erhalten haben.

(2) Schulungsberechtigte Ärzte nach §§ 3 und 4 des Vertrages können Schulungsgemeinschaften errichten. Es sind die Grundsätze der persönlichen Leistungserbringung entsprechend der Vorgaben der KVH zu beachten. Die KVH erteilt Schulungsgemeinschaften nach Antragstellung unter der Voraussetzung vorhandener Strukturqualität eine Genehmigung.

(3) Der Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann. Nach diesem Vertrag können nur DMP-Teilnehmer geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Angehörige von DMP-Teilnehmern können kostenfrei an den Schulungen teilnehmen.

(4) Die aufgeführten Schulungen (ohne Nachschulungen), auch von teilweisen Inhalten, sowie Pauschalerstattungen für entsprechendes Verbrauchsmaterial sind je DMP-Teilnehmer nur einmal im Erlebensfall abrechnungsfähig.

(5) Nachschulungen können nur durchgeführt werden, sofern die Grundschulung vollständig absolviert wurde.

(6) Bei der Durchführung von Schulungen (sowohl teilweise als auch in Gänze) im Videoformat, ist neben der GOP der Unterrichtseinheit (UE) des jeweiligen Schulungsprogramms zusätzlich die **GOP 99499** (**Kenn-Nummer für Videoschulungen**) im Rahmen der Abrechnung anzugeben. Für die Durchführung von Schulungen im Videoformat sind die in den Anlagen zur Strukturqualität aufgeführten zusätzlichen Strukturvoraussetzungen zu erfüllen. Es dürfen ausschließlich die jeweils gültigen und vom BAS in der verwendungsfähigen Auflage erklärten Patientenschulungen im Videoformat durchgeführt werden.

Nr.	Schulungsprogramm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Einheit	GOP
1	Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)	Optimal 10	6 UE á 60 Min	22,50 Euro	99435

2	Nachschulung COBRA - frühestens nach 1 Jahr, max. 1x im Jahr abrechnungsfähig	Optimal 10	Mind. 45 Minuten	22,50 Euro	99436
3	Kosten für das Schulungsmaterial (Verbrauchsmaterial), 1x je Schulungsteilnehmer Nicht bei Nachschulungen abrechenbar			10,00 Euro	99437

Abschnitt C – Abrechnung Arzt – KVH

(1) Der teilnehmende Arzt rechnet die erbrachten Leistungen gemäß der Abschnitte A und B unter Angabe der jeweiligen GOP gegenüber der KVH ab.

(2) In der ärztlichen Abrechnung sind die mit der zu einer Einschreibung in ein DMP führenden Erkrankung korrespondierenden ICD-Schlüssel zu erfassen. Es gelten die Vorschriften der ICD-Kodierungsrichtlinie des BfARM in der jeweils aktuellen Fassung. Eine entsprechende Positivliste hierzu ist zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich abgestimmt und wird den teilnehmenden Ärzten von der KVH in der jeweils aktuellen Fassung zur Verfügung gestellt. Diese ist als verbindliche Grundlage bei der KVH hinterlegt und wird im Rahmen der durchzuführenden Abrechnungsprüfung verwendet. Der Schweregrad der Erkrankung sowie Komplikationen und Begleiterkrankungen, die im Zusammenhang mit der Indikation stehen, werden zusätzlich bei der Verschlüsselung berücksichtigt.
Die Vertragspartner verständigen sich hierzu bei entsprechender Änderung der ICD- Schlüssel bzw. Änderung der DMP-A-RL.

(3) Die KVH führt die Abrechnungsprüfung nach Maßgabe geltender gesetzlicher und vertraglicher Bestimmungen durch. Es gelten die Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KVH in der jeweils gültigen Fassung.

(4) Ist in einem Abrechnungszeitraum kein zur Einschreibung in das DMP führender ICD- Schlüssel gemäß Abs. 2 (mindestens vierstelliger ICD-10-Code) in den Abrechnungsdaten dokumentiert, werden sämtliche bei dem jeweiligen Patienten angesetzten Vergütungspauschalen des entsprechenden DMPs nicht vergütet. Eine nachträgliche Dokumentation und somit auch eine nachträgliche Vergütung sind nicht zulässig. Die Prüfung durch die KVH erfolgt mindestens vierstellig.

(5) Die KVH ist berechtigt im Rahmen der Abrechnung gegenüber dem teilnehmenden Arzt die Verwaltungskosten nach der Satzung in der jeweils gültigen Fassung in Abzug zu bringen. Die KVH sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden.

(6) Die Datenstelle übermittelt spätestens 8 Wochen nach Ende des Quartals eine Auswertung der eingegangenen Dokumentationen (DMP-Vergütungsdatei). Näheres hierzu regeln die Vertragspartner im Datenstellenvertrag. Die durch die KVH durchzuführende Abrechnungsprüfung erfolgt bei fristgerechter Übermittlung und technischer Verwertbarkeit der Daten unter Berücksichtigung der von der Datenstelle zur Verfügung gestellten Vergütungsdatei. Die Vertragspartner verständigen sich auf eine regelmäßige Analyse der Umsetzung und Auswirkung der Abrechnungen auf Basis der Vergütungsdatei. Näheres hierzu ist in der DMP-Vereinbarung zur Vergütungsdatei geregelt.

Abschnitt D – Abrechnung KVH-Krankenkasse

(1) Die KVH liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte, die für das DMP 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 in der jeweils gültigen Fassung. Im Übrigen gelten die gesamtvertraglichen Regelungen in ihren jeweils gültigen Fassungen, soweit sich aus diesem Vertrag keine Abweichungen ergeben.

(3) Auswertung Videoschulungen:

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg wird die Häufigkeit der im Videoformat erbrachten Schulungen (= Kenn-Nummer Videoschulungen GOP 99499) jährlich sowie auf Anforderung der Vertragspartner auswerten. Die Ergebnisse der jährlichen Analyse sind den Vertragspartnern bis zum 01. August des Folgejahres im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung DMP (GE DMP) zur Verfügung zu stellen. Die Auswertung umfasst folgende Punkte:

a. Je DMP-Indikation (=DMP-Vertrag) eine Auswertung der Häufigkeit der abgerechneten Unterrichtseinheiten pro Schulungsprogramme im Videoformat / in Präsenz sowie die jeweilige Anzahl der abrechnenden Ärzte.

b. Je DMP-Indikation (=DMP-Vertrag) eine Aufschlüsselung der unter a) ausgewiesenen Anzahl der Unterrichtseinheiten pro Schulungsprogramm im Videoformat auf die abrechnenden Ärzte (Häufigkeitsverteilung)

Über die weitere Ausgestaltung der Auswertungen verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der GE.

Anlage 8: Tabakentwöhnungsprogramme

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

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

Entsprechende Tabakentwöhnungsprogramne 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 COPD in Hamburg

Stand: 17.02.2026

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
108534160	Audi BKK	Ettinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	Bahn-BKK	Franklinstr. 50	60486	Frankfurt
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Güterloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
108833355	BKK Akzo Nobel	Glanzstoffstaße 1	63906	Erlenbach
105530444	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_Dürkopp Adler	Stieghorster Str. 66	33605	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	Koenig & Bauer BKK	Friedrich-Koenig-Str. 4	97080	Würzburg
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Konrad-Adenauer-Ring 33	65187	Wiesbaden
103726081	bkk melitta hmr	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 129	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Güterloh
107835333	BKK MTU	Hochstraße 40	88045	Friedrichshafen
101520078	Mobil Krankenkasse	Burggrafstr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Burgstr. 1-3	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
109723913	mkk - meine krankenkasse	Prenzlauer Allee 96	10409	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
107832012	BKK VerbundPlus	Zeppelinring 13	88400	Biberach
104526376	VIACTIV Krankenkasse	Suttner-Nobel-Allee 3-5	44803	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	ZF BKK	Otto-Lilienthal-Str. 10	88046	Friedrichshafen
109034270	BMW BKK	Mengkofener Straße 6	84130	Dingolfing
108036123	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart
103523440	Continentale BKK	Sengelmannstr. 120	22335	Hamburg
108030775	Mercedes-Benz BKK	Mercedesstr. 120	70372	Stuttgart
106329225	Debeka BKK	Im Metternicher Feld 40	56072	Koblenz
104926702	Bergische Krankenkasse	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
102129930	energie-BKK	Oldenburger Allee 24	30659	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str. 16	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld
108035612	mhplus Krankenkasse	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Rheinallee 13	67061	Ludwigshafen
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK Siemens-Betriebskrankenkasse	Ganghoferstraße 29	80339	München
107536262	vivida bkk	Spittelstr. 50	78056	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

Teilnehmende IKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm COPD in Hamburg

Stand: 01.01.2025

Haupt-IK	Name der IKK	Straße	PLZ	Ort
103501080	BIG direkt gesund	Rheinische Straße 1	44137	Dortmund
109303301	IKK Südwest	Europaallee 3 - 4	66113	Saarbrücken
100602360	IKK Brandenburg und Berlin	Ziolkowskistr. 6	14480	Potsdam
101202961	IKK gesund plus	Umfassungsstraße 85	39124	Magdeburg
101300129	IKK - Die Innovationskasse	Lachswehrallee 1	23558	Lübeck
107202793	IKK classic	Tannenstraße 4b	01099	Dresden