

**Vertrag
nach § 73a 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 Knappschaft,

der IKK classic

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

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V
Asthma bronchiale sowie COPD i.d.F. des 1. Nachtrags vom 30.06.2015

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

Inhaltsverzeichnis

ERLÄUTERUNGEN

ANLAGENÜBERSICHT

PRÄAMBEL

ABSCHNITT I ZIELE, GELTUNGSBEREICH

§ 1 Ziele der Vereinbarung

§ 2 Geltungsbereich

ABSCHNITT II TEILNAHME DER LEISTUNGSERBRINGER

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

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors

§ 5 Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

§ 6 Teilnahmeerklärung

§ 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

§ 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme der Vertragsärzte

§ 9 Verzeichnis der Leistungserbringer

ABSCHNITT III VERSORGUNGSINHALTE

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

ABSCHNITT IV QUALITÄTSSICHERUNG

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

ABSCHNITT V TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

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

ABSCHNITT VI ARBEITSGEMEINSCHAFT / DATENSTELLE / GEMEINSAME EINRICHTUNG

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

ABSCHNITT VII DATENFLUSS UND DATENVERWENDUNG

§ 28 Erst- und Folgedokumentation

§ 29 Datenzugang

§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung

ABSCHNITT VIII EVALUATION

§ 31 Evaluation

ABSCHNITT IX VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 32 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

§ 33 Vergütung der Schulungen

ABSCHNITT X SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 34 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 34a Kosten zur Durchführung des Vertrages

§ 35 Laufzeit und Kündigung

§ 36 Schriftform

§ 37 Salvatorische Klausel

Erläuterungen

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

Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.

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

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

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

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

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

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

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

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

„DMP-RL“ ist die DMP-Richtlinie

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

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss

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

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

Anlagenübersicht

Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages

Anlage 1a	Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 3 (koordinierender Arzt) Asthma bronchiale
Anlage 1b	Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 3 (koordinierender Arzt) COPD
Anlage 2a	Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 Asthma bronchiale
Anlage 2b	Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 COPD
Anlage 3a	unbesetzt (Verträge mit Krankenhäusern)
Anlage 3b	unbesetzt (Vertrag mit einer Rehabilitationseinrichtung)
Anlage 4	Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes
Anlage 4a	Ergänzungserklärung Leistungserbringer
Anlage 5a	Versorgungsinhalte Asthma bronchiale (wortwörtliche Übernahme aus den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen - Teil 1 Asthma bronchiale i. V. m. Teil B II. Ziffer 1 bis 4 DMP-RL)
Anlage 5b	Versorgungsinhalte COPD (wortwörtliche Übernahme aus den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen - Teil 2 Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) i. V.m. Teil B III. Ziffer 1 bis 4 DMP-RL)
Anlage 6a	Qualitätssicherung Asthma bronchiale auf Grundlage des Datensatzes gemäß Teil B II. Ziffer I Nr. 5 in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
Anlage 6b	Qualitätssicherung COPD auf Grundlage des Datensatzes gemäß Teil B III. Ziffer I Nr. 5 in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
Anlage 7a	Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale (ambulanter Sektor)
Anlage 7b	Leistungserbringerverzeichnis COPD (ambulanter Sektor)

Anlage 8	indikationsübergreifende Dokumentation gemäß Anlage 2 DMP-A-RL
Anlage 9a	Dokumentationsdaten Asthma bronchiale gem. Teil B II Ziffer 5 der DMP-Richtlinie
Anlage 9b	Dokumentationsdaten COPD gem. Teil B III Ziffer 5 der DMP-Richtlinie
Anlage 10a	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Asthma bronchiale mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation
Anlage 10b	Teilnahme- und Einwilligungserklärung COPD mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation
Anlage 11a	Schulungsprogramme Asthma bronchiale
Anlage 11b	Schulungsprogramme COPD

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme DMP genannt) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV, der DMP-AF-RL und der DMP-A-RL beruhen, optimiert werden. Anlässlich der Änderungen des zum 01.01.2012 In-Kraft-getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) und unter Berücksichtigung der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung vereinbaren die Vertragspartner die Neufassung des Vertrages zur Durchführung von Disease-Management-Programmen für Versicherte mit Asthma bronchiale und COPD vom 11.05.2007 in der Fassung des 4. Nachtrages vom 15.01.2012. Die vertraglichen Anpassungen des 1. Nachtrages berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderungen der DMP-A-RL mit Beschluss vom 19.06.2014.

Beide Erkrankungen fallen unter die Bezeichnung chronisch obstruktive Atemwegserkrankung.

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

Nach Auffassung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei Asthma bronchiale - und COPD-kranken Kindern und Erwachsenen in Deutschland verbesserungsbedürftig. Die chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen stellen wegen der in vielen Fällen im Rahmen eines längeren Behandlungsablaufes notwendig werdenden stationären Behandlungsepisoden und/oder Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere in ihrer chronischen Verlaufs-

form eine Erkrankung dar, bei der ein sektorübergreifender Behandlungs- und Koordinationsbedarf besteht.

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

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

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

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele der Vereinbarung

(1) Ziel der Vereinbarung ist u. a. die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale und COPD in der Region der KVH. Über diese Behandlungsprogramme soll unter Beachtung der nach § 10 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Asthma bronchiale oder COPD, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und den teilnehmenden Krankenkassen gewährleistet werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren. Die an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe.

(2) Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV, der DMP-AF-RL und insbesondere der DMP-A-RL festgelegt. Entsprechend der Anlage 5a und der Anlage 5b streben die Vertragspartner folgende Ziele an:

1. Vermeidung/Reduktion von:

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma bronchiale-Anfälle, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
- einer Progredienz der Krankheit,
- unerwünschten Wirkungen der Therapie,
- bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität,
- Reduktion der Asthma bronchiale- bzw. COPD-bedingten Letalität.

§ 2 Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

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

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

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

(3) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV, die DMP-AF-RL, die DMP-A-RL. Nä-

heres hierzu regelt § 35 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich der Anlage 9 DMP-A-RL i.V.m. Teil B II. Ziffer 1-5 DMP-RL (Programmteil Asthma bronchiale) bzw. Anlage 11 DMP-A-RL i.V.m. Teil B III. Ziffer 1-5 DMP-RL (Programmteil COPD). Sollten sich auf Grund von Änderungen der Richtlinien des G-BA inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages in dem dafür vorgesehenen Zeitrahmen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V zu erfolgen.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

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

(1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.

(2) Teilnahmeberechtigt sind MVZ und Vertragsärzte (insbesondere für Asthma bronchiale: Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin), die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1a (zur Teilnahme bei Asthma bronchiale) und/ oder Anlage 1b (zur Teilnahme bei COPD) - persönlich oder durch angestellte Vertragsärzte - erfüllen. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1a/b können auch durch angestellte Vertragsärzte sichergestellt werden.

(2a) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

(2b) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 4a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) beigefügten Formulars mitgeteilt.

(3) Die gleichzeitige Teilnahme von MVZ und Vertragsärzten an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten für das jeweilige Programm gemäß den Anlagen 1a und 1b erfüllt sind.

(4) In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Asthma bronchiale bzw. COPD einen nach § 4 teilnehmenden Vertragsarzt auch zur Langzeitbetreuung,

Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Vertragsarzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.6.2 der Anlagen 5a und 5b sind von dem gewählten Vertragsarzt zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

(5) Sofern der qualifizierte Facharzt die Funktion des koordinierenden Arztes übernimmt, erfüllt er im Rahmen der DMP-Indikationen Asthma bronchiale und/ oder COPD auch sämtliche Aufgaben eines koordinierenden Arztes.

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

1. die Behandlung der Versicherten sowie die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Punkt 1.6 der Anlage 5a und Punkt 1.6 der Anlage 5b,
2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 17 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentation unter Berücksichtigung der Dokumentationsintervalle,
3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
4. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVV nachgewiesen ist sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,
5. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der Anlagen 5a bzw. 5b genannten Indikationen eine Überweisung an andere Vertragsärzte entsprechend der Anlage 2a und/ oder 2b „Strukturvoraussetzungen fachärztlicher Versorgungssektor“ oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende zugelassene Leistungserbringer entsprechend vorzunehmen. Die Überweisung sollte, wenn möglich, vorrangig an am Programm teilnehmenden Leistungserbringern erfolgen. Im Übrigen entscheidet der Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
6. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 5a bzw. 5b genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus vorzunehmen, das zur Teilnahme am DMP zugelassen ist. Die individuellen Patienteninteressen und die regionalen Versorgungsstrukturen sind hierbei zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
7. bei Überweisung und Einweisung therapierelevante Informationen entspre-

chend § 10, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,

8. die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme in medizinisch begründeten Fällen unter Berücksichtigung der Ziffer 1.6.4 der Anlage 5a bzw. 5b.

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

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors

(1) Die Beteiligung der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig. Sie werden auf Überweisung des koordinierenden Arztes nach § 3 tätig.

(2) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2a und/oder 2b persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen. Die Strukturqualität muss entsprechend der in den Anlagen 2a und/oder 2b benannten Zeitpunkte gegenüber der KVH nachgewiesen werden. Die Anforderungen an die Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 Asthma bronchiale bzw. COPD (Anlage 2a/b) können durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

(2a) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

(2b) Sollen die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 4a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) beigefügten Formulars mitgeteilt.

(3) Die gleichzeitige Teilnahme von MVZ und Vertragsärzten an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten erfüllt sind.

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

1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte,

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

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

§ 5 Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

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

§ 6 Teilnahmeerklärung

(1) Der Vertragsarzt erklärt unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 oder als pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt nach § 4 gegenüber der KVH schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 seine Teilnahme am Disease-Management-Programm Asthma bronchiale und/oder COPD. Wird die Teilnahme des Arztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Vertragsarztes bzw. des anstellenden MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden

Arztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 4a beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes nach erneuter Genehmigung durch die KVH, kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.

(2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.

(3) Als koordinierender Arzt genehmigt er mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung von der Arbeitsgemeinschaft Hamburg ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg die Datenstelle wechseln möchte, bevollmächtigt der koordinierende Arzt die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Er wird in diesem Fall unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

§ 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

(1) Die KVH erteilt den gemäß § 3 und § 4 teilnehmenden Vertragsärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in der Anlage 1a/ 1b oder Anlage 2a/ 2b genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen.

(2) Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung (GE) durch die KVH einmal kalenderjährlich. Die Prüfungen müssen bis spätestens 30.06. des Folgejahres abgeschlossen sein. Die Mitglieder der GE erhalten zu Beginn der Prüfung spätestens zum 01.04. des Jahres eine Mitteilung über die Anzahl der zu prüfenden DMP-Ärzte. Am Ende der Prüfung zum 30.06. eines jeden Jahres erhalten die Mitglieder der GE als Ergebnis der Überprüfung der Strukturvoraussetzungen eine Liste der geprüften DMP-Ärzte mit folgenden Angaben:

- a) Widerruf der Genehmigung, ohne Angabe der Gründe
- b) Verzicht bzw. Rückgabe der Genehmigung
- c) Ruhen der Zulassung, ohne Angaben von Gründen
- d) Strukturvoraussetzungen erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt

§ 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme der Vertragsärzte

(1) Die Teilnahme eines Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schrift-

lich durch die KVH bestätigt.

(2) Nach erfolgtem Widerruf der DMP-Genehmigung ist eine erneute Teilnahme des Vertragsarztes nur unter der Voraussetzung möglich, dass eine erneute Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 und die Nachweise zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung gemäß den Anlagen 1a/1b bzw. 2a/2b vollständig der KVH vorgelegt werden. Die erneute Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, wenn gleichzeitig die Nachweise der Strukturvoraussetzungen der KVH vorgelegt wurden, andernfalls mit dem Zeitpunkt der vollständigen Vorlage der erforderlichen Unterlagen. Eine rückwirkende DMP-Genehmigung kann in diesem Fall nicht erteilt werden.

(3) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVH kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVH) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.

(4) Endet die Teilnahme eines Vertragsarztes an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach §§ 3 oder 4 oder durch Beschluss nach § 15 Abs. 2, so ist dieser Vertragsarzt von diesem Vertrag durch die KVH auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Vertragsärzte aufmerksam machen.

(5) Die Teilnahme am Programm endet mit dem im Bescheid genannten Datum über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVH.

(6) Die KVH informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.

(7) Hat der Vertragsarzt seine Teilnahme sowohl für Asthma bronchiale als auch für COPD am Programm erklärt, gelten die Absätze 1 – 6 für beide Indikationen jeweils gesondert.

(7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Vertragsarzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Vertragsarzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage beigefügten Formular 4a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer).

(8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1a/b „Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 9 Verzeichnis der Leistungserbringer

- (1) Über die teilnehmenden Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KVH jeweils für Asthma bronchiale und COPD ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KVH stellt dieses Verzeichnis den Vertragspartnern und der Gemeinsamen Einrichtung alle 14 Tage und im Übrigen auf Anforderung in elektronischer Form entsprechend Anlage 7a und 7b zur Verfügung. Das Leistungserbringerverzeichnis enthält u.a. einen zweistelligen Schlüssel zur Angabe der Art der Berechtigung bzgl. der Versorgungsebene und akkreditierter Schulungsprogramme. Bei der Angabe der Berechtigung für die vom BVA akkreditieren Schulungsprogramme, ist nur der Schlüssel des jeweiligen vertraglich vereinbarten Schulungsprogramms anzugeben.
- (2) Die Verbände der Krankenkassen führen jeweils für Asthma bronchiale und COPD ein Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Diese Verzeichnisse werden zudem der KVH zur Information der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Teilnehmerverzeichnisse werden außerdem
 1. den teilnehmenden Krankenhäusern,
 2. den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen,
 3. auf Wunsch den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der und durch die jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung),
 4. der gemeinsamen Datenstelle nach § 25 von der KVH regelmäßig zur Verfügung gestellt.
- (4) Die Teilnehmerverzeichnisse werden dem Bundesversicherungsamt (BVA) beim Antrag auf Zulassung durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BVA alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (5) Die Teilnehmerverzeichnisse können veröffentlicht werden. Hierzu holt die KVH eine datenschutzrechtlich ausreichende Einwilligung bei den betroffenen Ärzten ein.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

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

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

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

(3) Die Vertragsärzte werden von der KVH nach dem Inkrafttreten einer Änderung der Ziffer 1 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III. unverzüglich über die eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung informiert.

(4) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen für Asthma bronchiale oder COPD teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils aktuellen Anlage „Versorgungsinhalte“ des DMP-Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Asthma bronchiale oder COPD auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 11 Grundlagen und Ziele

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

- Einhaltung der Anforderungen gemäß der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III. (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren nach den Anlagen 5a und/ oder 5b Ziffer 1.6.,
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität nach den Anlagen 1a, 1b oder 2a, 2b,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III. jeweils Ziffer 5,
- aktive Teilnahme des Versicherten.

§ 12 Maßnahmen und Indikatoren

(1) Ausgehend von Ziffer 2 der Anlage 5a und 5b sind im Rahmen dieser Disease-Management-Programme Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlagen 6a und 6b, zur Erreichung der Ziele nach § 11 zugrunde zu legen.

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden koordinierenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; (die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein),
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

(3) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten entsprechend den Anlagen 6a und 6b werden die Krankenkassen den Versicherten individuell und anlassbezogen informieren. Die Vertragspartner sind sich einig, dass durch diese Regelung ein Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht erfolgt.

(4) Zur Auswertung werden die in den Anlagen 6a und 6b fixierten Indikatoren herangezogen.

§ 13 Durchführung der Qualitätssicherung

(1) Gemäß der in den Anlagen 6a und 6b festgelegten Qualitätsziele, der Qualitätsindikatoren sowie der Auslösealgorithmen sind die Qualitätssicherungsmaßnahmen von den im folgenden genannten Institutionen durchzuführen.

(2) Die Datenstelle gemäß § 25 sichert mit der Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität die Qualität der Dokumentation und übernimmt mit der Nachforderung fehlender oder unplausibler Dokumentationsdaten eine Erinnerungsfunktion gegenüber den dokumentierenden koordinierenden Ärzten.

(3) Die KVH

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

(4) Die Gemeinsame Einrichtung

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

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

§ 14 Fortbildung und Schulung der Vertragsärzte

(1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVH informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 umfassend über Ziele und Inhalte dieser Disease-Management-Programme Asthma bronchiale bzw. COPD. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt der Informationen und deren Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 6.

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

(3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind entsprechend §§ 3 und 4 gegenüber der KVV nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 einbezogen werden.

(4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 15 Sanktionen

(1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms werden wirksame Sanktionen vereinbart, die dann greifen, wenn einer der teilnehmenden Ärzte gegen die zur Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms vereinbarten Anforderungen verstößt.

(2) Verstößt der teilnehmende Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, ergreift die KVV eine der folgenden Maßnahmen. Der Gemeinsamen Einrichtung ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie kann darüber hinaus eigene Fälle zur Prüfung anmelden.

- Keine Vergütung, bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für Dokumentationen, die trotz Aufforderung der Datenstelle unvollständig oder unplausibel bleiben,
- Aufforderung durch die KVV, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten ggf. mit Auflagen (z. B. nicht fristgerecht bzw. keine Übersendung der Dokumentationen oder bei Nichterfüllung der medizinischen Anforderungen). Hält der Vertragsarzt trotz Aufforderung die eingegangenen Verpflichtungen nicht ein oder erfüllt er die Auflagen nicht, so kann er dauerhaft von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KVV im Benehmen mit den teilnehmenden Krankenkassen/Verbänden.
- Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung,

- Über den Ausschluss eines Vertragsarztes erteilt die KVH einen rechtsmittel-fähigen Bescheid.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 16 Teilnahmevoraussetzungen

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

1. Teilnahme am Programm zu Asthma bronchiale:

- die Diagnose des Asthma bronchiale gemäß Anlage 5a Ziffer 1.2 gesichert ist und der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 5a Ziffer 3.2 erfüllt,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihrer Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
- für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres wird die Teilnahmeerklärung durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben,
- der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Anlage 5a Ziffer 1.3 genannten Therapieziele profitiert und
- der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- Nach zwölfmonatiger Symptombefreiheit ohne Asthma bronchiale spezifische Therapie soll die Ärztin oder der Arzt prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3 der Anlage 5a genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profi-

tieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

2. Teilnahme am Programm zu COPD:

- die Diagnose COPD gemäß Anlage 5b Ziffer 1.2 gesichert ist und der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 5b Ziffer 3.2 erfüllt,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihrer Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
- der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Anlage 5b Ziffer 1.3 genannten Therapieziele profitiert und
- der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

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

(3) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an einem Programm zu Asthma bronchiale und COPD ist nicht möglich.

§ 17 Information und Einschreibung

(1) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte und zugelassenen MVZ ihre Versicherten entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patienteninformation entsprechend der Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil II. bzw. III, über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 5a und/ oder 5b Ziffer 3.1 bis 3.2 informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

(2) Koordinierende Vertragsärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL ihre nach § 16 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 bei diesem koordinierenden Vertragsarzt einschreiben.

(3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm Asthma bronchiale bzw. COPD sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 folgende Unterlagen notwendig:

- die vollständigen Daten der Erstdokumentation Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil II. bzw. III durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt,
- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

(4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 10 a/b sowie die vollständige Erstdokumentation plausibel und fristgerecht gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil II. bzw. III an die Datenstelle entsprechend § 28 weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt daraufhin, dass der Versicherte nur von einem koordinierenden Arzt betreut wird.

(5) Der Versicherte kann sich auch bei den Krankenkassen in das Behandlungsprogramm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden Vertragsarzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden.

(6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten die Teilnahme am Behandlungsprogramm unter der Angabe des Eintrittsdatums.

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

§ 18 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das jeweilige Disease-Management-Programm entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL und der damit verbundenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erklärt sich der Versicherte auf der jeweiligen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlagen 10a/ 10b zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm und zur Freigabe der erforderlichen Daten bereit. Der Versicherte ist schriftlich entsprechend § 28f Abs. 2 Nr. 3 RSAV über die übermittelten Daten zu informieren.

§ 19 Beginn und Ende der Teilnahme des Versicherten

(1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 17 erstellt wurde.

(2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung aus dem Programm aus.

(3) Die Teilnahme des Versicherten endet

- mit dem Tag der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
- mit dem Tag des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (maßgebend ist das Zugangsdatum bei der Krankenkasse),
- mit dem Tag des Kassenwechsels oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs (§ 19 SGB V),
- mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation bei Nichtteilnahme innerhalb von 12 Monaten an zwei veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung,
- mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III., wenn die Krankenkasse die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV beendet und
- mit dem Tag des Wegfalls der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV.

(4) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 16 vorliegen.

(5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten, den koordinierenden Arzt und die Datenstelle unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 20 Wechsel des koordinierenden Arztes

(1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend § 17 und sendet diese entsprechend § 28 an die Datenstelle. Eine erneute Einschreibung ist nicht erforderlich. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Vertragsarztes.

(2) Der bisherige Vertragsarzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 21 Teilnehmerverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KVH bei Bedarf in elektronischer Form eine Liste

mit den Krankenversicherten-Nummern für die gemäß § 17 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken. Die Einzelheiten zum Teilnehmerverzeichnis werden in einer separaten Vereinbarung geregelt.

§ 22 Information und Schulung der Versicherten

(1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten insbesondere mit der Anlage 10a/10b „Patienteninformation“ umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms Asthma bronchiale und COPD. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

(2) Jeder teilnehmender Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm nach Anlage 11a oder 11b. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

(3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 einzubeziehen.

(4) Im Rahmen der Disease-Management-Programme Asthma bronchiale und COPD werden folgende und in Anlage 11a und 11b beschriebenen Schulungsprogramme eingesetzt, da für diese Schulungen der Nachweis entsprechend Absatz 3 Satz 1 erbracht wurde:

- Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.,
- Die Ambulante Fürther Asthmaschulung (AFAS, eine Fortentwicklung bzw. Variation von NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker),
- das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE, eine Umbenennung von COBRA).

Weitere Schulungsprogramme können eingesetzt werden, wenn für diese gegenüber dem BVA der Nachweis entsprechend Absatz 3 Satz 1 erbracht wurde.

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

Abschnitt VI

Arbeitsgemeinschaft / Datenstelle / Gemeinsame Einrichtung

§ 23 Arbeitsgemeinschaft

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

§ 24 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

(1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVH und die nach § 26 gebildete Gemeinsame Einrichtung für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 25 mit der Durchführung der im Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 25 Datenstelle

(1) Die vertragschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 23 beauftragen gemeinsam eine Datenstelle.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 23 beauftragt die Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:

- Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten (Anlage 8 und 9a, 9b) und Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
- Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten (Anlage 8 und 9a, 9b),
- Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Anlage 8 und 9a, 9b) mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug in weiterverarbeitungsfähiger Form an die KVH,
- Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Anlage 8 und 9a, 9b) mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug in weiterverarbeitungsfähiger Form an die Gemeinsame Einrichtung nach § 26.

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

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

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

(5) Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X, die Bestandteil dieser Vereinbarung sind.

(6) Der koordinierende Arzt nach § 3 genehmigt den in seinem Namen mit den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Der koordinierende Arzt beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

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

§ 26 Gemeinsame Einrichtung

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

§ 27 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

(1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlagen 6a und 6b durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

- die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß der Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III.,
- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimittelterapie gemäß Ziffer 2 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III. anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß der Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III.,
- die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III.,
- die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 6 DMP-A-RL und
- die Beratung der KVH und der Vertragspartner im Hinblick auf den Abschluss der koordinierenden Ärzte nach § 15.

(2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle nach § 25 mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung vertraglich gesicherter Kontroll- und Weisungsrechte nach.

Abschnitt VII Datenfluss und Datenverwendung

§ 28 Erst- und Folgedokumentation

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

(2) Dokumentationen nach den Anlagen 8 und 9a, 9b werden unter Berücksichtigung der empfohlenen Dokumentationsfrequenzen auf elektronischem Weg per Datenträger (CD-Rom, Diskette, DVD) oder Datenfernübertragung (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) erstellt und binnen 10 Kalendertagen nach Befunderhebung – bei Erstdokumentation zusammen mit der Anlage 10a/b dieses Vertrages - an die Datenstelle nach § 25 versandt.

§ 29 Datenzugang

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

§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung

Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III 15 Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr. Sie werden nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten von der Datenstelle gelöscht.

Abschnitt VIII Evaluation

§ 31 Evaluation

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

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

Abschnitt IX **Vergütung und Abrechnung**

§ 32 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

(1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der jeweiligen Vereinbarung zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen Krankenkassen und KVVH abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

(2) Für die vollständigen und plausiblen Dokumentationen (Anlagen 8 und 9a, 9b) und fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten nach diesem Vertrag werden folgende Vergütungen vereinbart:

Asthma bronchiale:

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

COPD:

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

(3) Die Vergütung für die Erstdokumentation Asthma bronchiale oder COPD (GOP-Nr. 99425 oder 99427) ist grundsätzlich nur 1x je DMP-Teilnehmer von dem betreuenden koordinierenden Arzt abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde. Infolge eines Arztwechsels ist eine Folgedokumentation gemäß § 20 zu erstellen, so dass in diesem Fall nur eine Folgedokumentation vergütet wird. Eine erneute Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale bzw. COPD kann unter der Voraussetzung abgerechnet werden, dass der DMP-Teilnehmer zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde gemäß einer Voraussetzung des § 28d Absatz 2 Nr. 2 a–c RSAV und eine erneute Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale bzw. COPD gemäß der RSAV und DMP-A-RL erfolgen muss. Der Arzt wird über das Ausscheiden des Versicherten informiert gemäß § 19 Absatz 5. Sofern in einem Quartal eine Erstdokumentation abgerechnet wird, kann im gleichen Quar-

tal keine Folgedokumentation abgerechnet werden. Die Folgedokumentation Asthma bronchiale oder COPD (GOP-Nr. 99426 oder 99428) kann je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden.

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

(5) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen mit der Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 99425 und 99427 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das strukturierte Behandlungsprogramm Asthma bronchiale oder COPD aufgrund der Vorschriften der RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung und Vergütung der in dieser Vereinbarung aufgeführten GOP setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. 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.

(6) Vertragsärzte nach § 3 des DMP-Vertrages können, sofern die Untersuchungen ergeben, dass der behandelte Patient die Diagnosekriterien für das DMP Asthma bronchiale erfüllt, folgende Leistung abrechnen:

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

(7) Vertragsärzte nach § 4 des DMP-Vertrages können, sofern die Untersuchungen ergeben, dass der behandelte Patient die Diagnosekriterien für das DMP Asthma bronchiale erfüllt, folgende Leistung abrechnen:

Pauschale für pneumologisch qualifizierte Ärzte nach § 4 des DMP Vertrages Asthma bronchiale und COPD: notwendige Abklärung der Einschreibevoraussetzungen gem. des Vertrages bei unklarem Befund über das Vorliegen von Asthma bronchiale bei Patienten, bei denen die Erkrankung nicht eindeutig durch den koordinierenden Vertragsarzt (§ 3-Arzt) diagnostiziert wurde und/oder Mitbehandlung auf Grund eines gezielten Überweisungsauftrages des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung (siehe Anlage 5a 1.6.2.) max. 2 x pro Kalenderjahr [die Erbringung der Leistung erfolgt auf Überweisung des koordinierenden Vertragsarztes gem. § 3 des DMP-Vertrages. Soweit Vertragsärzte bei einem Patienten sowohl die koordinierende Funktion gem. §3 als auch die Funktion nach § 4 des DMP-Vertrages übernehmen, sind die Pauschalen nach 99429A und 99430A im Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechenbar]	25,00 EUR	99430A
--	-----------	--------

(8) Vertragsärzte nach § 3 des DMP-Vertrages können, sofern die Untersuchungen ergeben, dass der behandelte Patient die Diagnosekriterien für das DMP COPD erfüllt, folgende Leistung abrechnen:

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

(9) Vertragsärzte nach § 4 des DMP-Vertrages können, sofern die Untersuchungen ergeben, dass der behandelte Patient die Diagnosekriterien für das DMP COPD erfüllt, folgende Leistung abrechnen:

Pauschale für pneumologisch qualifizierte Ärzte nach § 4 des DMP Vertrages Asthma bronchiale und COPD: notwendige Abklärung der Einschreibevoraussetzungen gem. des Vertrages bei unklarem Befund über das Vorliegen von COPD bei Patienten, bei denen die Erkrankung nicht eindeutig durch den koordinierenden Vertragsarzt (§ 3-Arzt) diagnostiziert wurde und/oder Mitbehandlung auf Grund eines gezielten Überweisungsauftrages des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung (siehe Anlage 5b 1.6.2.) max. 2 x pro Kalenderjahr [die Erbringung der Leistung erfolgt auf Überweisung des koordinierenden Vertragsarztes gem. § 3 des DMP-Vertrages. Soweit Vertragsärzte bei einem Patienten sowohl die koordinierende Funktion gem. §3 als auch die Funktion nach § 4 übernehmen, sind die Pauschalen nach 99429C und 99430C im Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechenbar]	25,00 EUR	99430C
--	-----------	--------

§ 33 Vergütung der Schulungen

(1) Schulungsprogramme gemäß § 22 können von Vertragsärzten nach §§ 3 und 4 erbracht werden.

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

(3) Die aufgeführten Schulungen (ohne Nachschulungen), auch von teilweisen Inhalten, sowie Pauschalerstattungen für entsprechendes Verbrauchsmaterial sind je Patient nur einmal im Lebensfall abrechnungsfähig.

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

(5) Die Abrechnung der im Folgenden beschriebenen Leistungen bedarf der Genehmigung durch die KVH. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Vertragsärzte ab Unterschrift auf der

Teilnahmeerklärung zu diesen Behandlungsprogrammen.

(6) Schulungsgemeinschaften sind Gemeinschaftseinrichtungen von Vertragsärzten gemäß §§ 3 und 4, welche dem Zweck dienen, Patientenschulungen gemäß § 22 regelmäßig in derselben gemeinschaftlich genutzten Betriebsstätte zu erbringen. An Schulungsmaßnahmen von Schulungsgemeinschaften können nur Patienten von Vertragsärzten teilnehmen, die Mitglied der Schulungsgemeinschaften sind. Der Vertragsarzt, für dessen Patienten diese Schulung erbracht wurde, rechnet die Schulung gemäß Abs. 7 gegenüber der KVH ab. Der Vertragsarzt muss auch die Voraussetzungen nach Abs. 5 erfüllen.

(7) Die Schulungen gemäß Anlage 11a und 11b werden - soweit sie nicht von gewerblichen Schulungszentren erbracht werden - wie folgt vergütet.

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Einheit	KV-interne Abr.-Nr
Für Kinder: AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.	Optimal 7 Kinder/ Jugendliche und deren Eltern	30 UE a 45 Min. (18 Einheiten je für Kinder/ Jugendliche, 12 Einheiten je für die Eltern)	20,00	99431
Nachschulungen (frühestens 6 Monate nach der Grundschulung, max. 5 Einheiten pro Person und Jahr abrechnungsfähig)		Mind. 45 Minuten	20,00	99432
Die Ambulante Fürther Asthmaschulung (NASA)	Optimal 10	6 UE je 60 Minuten	22,50	99433
Nachschulungen NASA (frühestens nach 1 Jahr, max. 1x im Jahr abrechnungsfähig)	Optimal 10	Mind. 45 Minuten	22,50	99434

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

(8) Die Vergütung der Schulung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(9) Die Vertragspartner beobachten die Preisentwicklung des Schulungsmaterials und werden sich über ggf. erforderliche Anpassungen verständigen.

(10) Die KVH sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden.

Abschnitt X Sonstige Bestimmungen

§ 34 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

(1) Die KVH liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen.

(2) Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils

gültigen Fassung.

§ 34a Kosten zur Durchführung des Vertrages

(1) Kosten der Datenstelle, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Datensätze gemäß der Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III. stehen sowie die Kosten der Evaluation tragen die Krankenkassen.

(2) Kosten der arztseitigen Qualitätssicherung in der Gemeinsamen Einrichtung tragen Krankenkassen und die KVH je zur Hälfte.

(3) Kosten, die durch die nach diesem Vertrag notwendige Information der Ärzte entstehen, teilen sich die Vertragspartner. Die Krankenkassen tragen die Kosten für das Arztmanual. Die KVH übernimmt den Versand bzw. die Veröffentlichung in elektronischer Form und die sonstigen Informationen.

(4) Kosten für die nach diesem Vertrag vorgesehenen Vordrucke und dazugehörigen Ausfüllhilfen übernehmen die Krankenkassen. Den Versand und die Verteilung übernimmt die KVH. Die Krankenkassen übermitteln elektronisch der KVH die ergänzenden Informationen (Ausfüllanleitungen) zu den Vordrucken.

(5) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Qualitätsvoraussetzungen gemäß Abschnitt II dieses Vertrages zur Teilnahme an diesem strukturierten Behandlungsprogramm werden nicht von den Krankenkassen getragen. Gleiches gilt für die Kosten der Durchführung von Fortbildungen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln, die sich im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung ergeben.

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

(7) Sollte durch die Aufsichtsprüfung die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten nachträglich bei einer Krankenkasse geändert werden, so erfolgt keine rückwirkende Neuberechnung und –belastung der Kosten.

§ 35 Laufzeit und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2013 in Kraft und ersetzt den Vertrag nach § 73a SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V Asthma bronchiale sowie COPD vom 11.05.2007 in der Fassung des 4. Nachtrages vom 15.01.2012. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.

(2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Eines Kündigungsgrundes bedarf es nicht.

(3) Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Quartalsende.

(4) Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden.

(5) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer Änderung der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich spätestens innerhalb eines Jahres an die Änderungen der Zulassungsvoraussetzungen anzupassen sind. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind zu beachten.

§ 36 Schriftform

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

§ 37 Salvatorische Klausel

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

Hamburg, den

.....

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

.....

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....

BKK-Landesverband NORDWEST
zugleich SVLFG als LKK

.....

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

.....

IKK classic

.....

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

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

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

Strukturvoraussetzungen koordinierender Arzt

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

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

Parameter	Nachweis	Zeitpunkt/Häufigkeit
ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	Information durch das Arztmanual und die Bestätigung der Kenntnisnahme	bei Beginn der Teilnahme
Teilnahme an einem anerkannten pneumologischen Qualitätszirkel bzw. hausärztl. QZ, der sich auch mit pneumologischen Themen beschäftigt oder	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährliche Teilnahme
bei Kinder- und Jugendärzten Teilnahme an einem anerkannten	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährliche Teilnahme

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

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

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

Strukturvoraussetzungen koordinierender Arzt

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

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

Parameter	Nachweis	Zeitpunkt/Häufigkeit
ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	Information durch das Arztmanual und die Bestätigung der Kenntnisnahme	bei Beginn der Teilnahme

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

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

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

Strukturvoraussetzungen pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor

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

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

Parameter	Nachweis	Zeitpunkt/Häufigkeit
Allgemeine Qualifikation	für Erwachsene und in Einzelfällen für Jugendliche: Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Pneumologie“ und/oder Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“ und/oder Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde und/oder Lungenarzt für Kinder oder Jugendliche mit Asthma bronchiale: Facharzt für Kinder- und	einmalig zu Beginn

	Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Pneumologie (fachärztlich und/oder hausärztlich tätige) und/oder mit der Zusatzweiterbildung nach Kammerrecht ‚Allergologie‘ (fachärztlich und/oder hausärztlich tätige)	
ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	Information durch das Arztmanual und die Bestätigung der Kenntnisnahme	bei Beginn der Teilnahme
kontinuierliche Fortbildung für Vertragsärzte im Versorgungsbereich Erwachsene: - anerkannter pneumologischer Qualitätszirkel und / oder	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr
- Asthma bronchiale-spezifische Fortbildung (von der Ärztekammer anerkannte Fortbildungs-veranstaltung)	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr
kontinuierliche Fortbildung für Vertragsärzte im Versorgungsbereich Kinder und Jugendliche: - anerkannter pädiatrisch pneumologischer Qualitätszirkel und / oder	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr
- pädiatrisch Asthma bronchiale-spezifische Fortbildung (von der Ärztekammer anerkannte	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr

Fortbildungsveranstaltung)		
Qualifikation des medizinischen Personals (z.B. Notfallschulung)	Bestätigung durch Formular der KVH	Jährlich
Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus mit Schwerpunktabteilung Pneumologie bzw. pädiatrisch-pneumologischem Schwerpunkt	Nachweis der Zusammenarbeit	nach Beginn der Teilnahme spätestens innerhalb eines Jahres
Erforderliche Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte: für Erwachsene: Möglichkeit zur Durchführung von • Spirometrie einschl. Atemwiderstandsmessung und Provokationstestung (qualitätsgesichert) • Ganzkörper-Plethysmographie (qualitätsgesichert) • Laborchemische Untersuchungen, insbesondere Blutgase für Kinder und Jugendliche: Möglichkeit zur Durchführung von	Bestätigung mit der Teilnahmeerklärung nach Anlage 4	bei Beginn der Teilnahme

• Spirometrie • Atemwegswiderstands-messung • Methode zum Nachweis der bronchialen Hyperreagibilität		
--	--	--

Anlage 2b: Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 COPD

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

Strukturvoraussetzungen pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor

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

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

Parameter	Nachweis	Zeitpunkt/Häufigkeit
Allgemeine Qualifikation	Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Pneumologie“ und/oder Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“ und/oder Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde und/oder Lungenarzt	einmalig zu Beginn
ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	Information durch das Arztmanual und die Bestätigung der Kenntnisnahme	bei Beginn der Teilnahme

Anlage 4: Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes

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

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum DMP Asthma bronchiale/ COPD

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Postfach 76 06 20

22056 Hamburg

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

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

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

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

erfüllen.

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

Ich bin einverstanden mit

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

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

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

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

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

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

☐ persönlich

☐ durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“)

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

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____[LANR]

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

am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma bronchiale

☐

am strukturierten Behandlungsprogramm COPD

☐

teilnehmen.

und/oder

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

am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma bronchiale

☐

am strukturierten Behandlungsprogramm COPD

☐

und/oder

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

Asthma bronchiale ☐

COPD ☐

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

- | | | |
|----|-------|--------|
| a) | _____ | [BSNR] |
| b) | _____ | [BSNR] |
| c) | _____ | [BSNR] |
| d) | _____ | [BSNR] |

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

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

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

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle nach § 25 des Vertrages

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

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

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers und Vertragsarztstempel

Anlage 4a Ergänzungserklärung Leistungserbringer

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Postfach 76 06 20

22056 Hamburg

Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP Asthma bronchiale

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

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

Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP COPD

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

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

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

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

Datum, Unterschrift des / der angestellten Arztes / Ärztin

Anlage 5a – Versorgungsinhalte Asthma bronchiale

(wortgleiche Übernahme des Ausführungen im Teil B II. der DMP-Richtlinie des G-BA)

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

Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen - Teil I Asthma bronchiale (ab 5 Jahre)

Folgende Anforderungen haben die Strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten ab 5 Jahren mit Asthma bronchiale zu erfüllen:

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

1.1 Definition des Asthma bronchiale

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

1.2 Diagnostik

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

1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

¹Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- wiederholtes Auftreten anfallsartiger, oftmals nächtlicher Atemnot und/oder Husten mit oder ohne Auswurf, insbesondere bei Allergenexposition, während oder nach körperlicher Belastung, bei Infekten, thermischen Reizen, Rauch- und Staubexposition,
- jahreszeitliche Variabilität der Symptome,
- positive Familienanamnese (Allergie, Asthma bronchiale),
- berufs-, tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten.

²Die körperliche Untersuchung zielt ab auf den Nachweis von Zeichen einer bronchialen Obstruktion, die aber auch fehlen können.

1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

¹Die Basisdiagnostik umfasst die Messung der Atemwegsobstruktion, ihrer Reversibilität und Variabilität. ²Die Lungenfunktionsdiagnostik dient somit der Sicherung der Diagnose, der differenzialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen obstruktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten sowie zur Verlaufs- und Therapiekontrolle.

³Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer aktuellen oder längstens zwölf Monate zurückliegenden asthmatypischen Anamnese gemäß Ziffer II 1.2.1 und das Vorliegen mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

Bei Erwachsenen:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 70 % und Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,

- Zunahme der FEV1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden,
- circadiane PEF-Variabilität größer 20 % über 3 bis 14 Tage,
- Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Im Alter von 5 bis 17 Jahren:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 75 % und Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV1 um mindestens 15 % nach Inhalation eines kurz wirk-samen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV1 um mindestens 15 % nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden,
- circadiane PEF-Variabilität größer 20 % über 3 bis 14 Tage,
- Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen, standardisierten, nicht-inhalativen oder durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

⁴Eine gleichzeitige Einschreibung in Teil I (Asthma bronchiale) und Teil II (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms ist nicht möglich.

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

1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik

¹Bei Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale ist zu prüfen, ob eine allergologische Stufendiagnostik durchzuführen ist.

²Die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung soll durch eine/einen

- allergologisch qualifizierte/n und pneumologisch kompetente/n oder
- allergologisch und pneumologisch qualifizierte/n

Ärztin/Arzt erfolgen.

1.3 Therapieziele

¹Ziel der Therapie ist eine optimale Symptomkontrolle. ²Die Therapie dient insbesondere der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität.

³Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten anzustreben:

1. Vermeidung/Reduktion von:

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
- einer Progredienz der Krankheit,
- unerwünschten Wirkungen der Therapie

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

2. Reduktion der Asthma-bedingten Letalität.

1.4 Differenzierte Therapieplanung

¹Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen; dabei ist auch das Vorliegen von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) und Komorbiditäten (z. B. Rhinitis/Sinusitis) zu berücksichtigen. ²Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer II 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. ³Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach Aufklärung über Nutzen und Risiken.

⁴Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

***nicht in Kraft aufgrund der Beanstandung des BMG vom 27.04.2012:*⁹**

„1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

¹Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt soll die Patientin oder den Patienten insbesondere hinweisen auf:

- relevante Allergene und deren Vermeidung (soweit möglich),
- sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen, emotionale Belastung) und deren Vermeidung,
- Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des Asthma bronchiale führen können.

²Im Rahmen der Therapie klärt die/der behandelnde Ärztin/Arzt die Patientinnen und Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens und des Passivrauchens bei Asthma bronchiale auf, verbunden mit den folgenden spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben.

- Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden.
- Raucherinnen und Raucher sollten in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es ist festzustellen, ob die Raucherin oder der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung (nicht-medikamentöse Maßnahmen, insbesondere verhaltenstherapeutische und ggf. geeignete unterstützende medikamentöse Maßnahmen) angeboten werden.

⁹ Aufgrund der Beanstandung gilt nach § 321 SGB V die Ziffer 1.5.1 der Anlage 9 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung:

„1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen
Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt soll die Patientin oder den Patienten insbesondere hinweisen auf:

- relevante Allergene und deren Vermeidung (soweit möglich),
- sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen, emotionale Belastung) und deren Vermeidung,
- Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des Asthma bronchiale führen können.“

- Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.
- Nicht entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher sollen zum Rauchverzicht motiviert werden.“

1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

¹Jede Patientin und jeder Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten. ²Im Übrigen gelten die unter Ziffer II 4.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien.

1.5.3 Körperliche Aktivitäten

¹Körperliche Aktivität kann zu einer Verringerung der Asthma-Symptomatik und zur Verbesserung von Belastbarkeit und Lebensqualität beitragen.

²Daher sollte die/der behandelnde Ärztin/Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass die Patientin oder der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der körperlichen Aktivität ergreift. ³Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal jährlich überprüft werden. ⁴Insbesondere sollte darauf hingewirkt werden, dass Schulkinder mit Asthma bronchiale unter Berücksichtigung der individuellen und aktuellen Leistungsfähigkeit regelmäßig am Schulsport teilnehmen.

1.5.4 Rehabilitation

¹Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem asthmakranke Patientinnen und Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. ²Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch Asthma bronchiale und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken. ³Dabei ist den besonderen Bedürfnissen betroffener Kinder und Jugendlicher Rechnung zu tragen.

⁴Die Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale sein.

⁵Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung ist gemäß Ziffer II 1.6.4 individuell zu prüfen.

1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

¹Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale ist durch die/den Ärztin/Arzt zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen (z. B. verhaltenstherapeutischen) und/oder psychiatrischen Behandlungen profitieren können. ²Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

1.5.6 Medikamentöse Maßnahmen

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

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

⁴Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirksamkeitsbelege bezüglich der unter Ziffer II 1.3 genannten Therapieziele vorliegen.

⁵In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika (Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika (Medikamente, die bei Bedarf, z. B. bei zu erwartenden körperlichen Belastungssituationen, zur Behandlung von Dyspnoe und insbesondere bei Asthma-Anfällen eingesetzt werden) unterschieden.

⁶In der Inhalationstherapie ist nur die im Bronchialsystem deponierte Medikamentenmenge wirksam. ⁷Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege, dem Atemmuster, der Partikelgröße und dem Inhalationssystem. ⁸Es sollte daher das Inhalationssystem und die Instruktion bezüglich der Anwendung individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten (insbesondere Alter und Koordination) angepasst werden.

⁹Darüber hinaus ist es sinnvoll, bei Verwendung mehrerer inhalativer Medikamente für alle Präparate den gleichen Typ von Inhalationssystem einzusetzen. ¹⁰Nach einer initialen Einweisung in die Inhalationstechnik sollte diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden.

¹¹Bei guter Asthma-Kontrolle über einen längeren Zeitraum (z. B. über drei Monate bei Einsatz inhalativer Glukokortikosteroide) soll die Reduktion der Therapie erwogen werden.

1.5.6.1 Dauertherapie bei Erwachsenen

¹Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

1. Basistherapie

- inhalative Glukokortikosteroide,

2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen in Betracht:

- inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika
- in begründeten Fällen
 - systemische Glukokortikosteroide
 - Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
 - Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
 - Anti-IgE Antikörper

Bei Patientinnen und Patienten mit, trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem, schwerem persistierendem allergischem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit Anti-IgE Antikörper geprüft werden.

²Bei Undurchführbarkeit einer Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (z. B. Ablehnung oder Unverträglichkeit) als Basismedikation ist vor Verordnung einer unterlegenen, alternativen antientzündlichen Therapie ein Aufklärungsgespräch über Risiken dieser Therapieoptionen zu führen.

1.5.6.2 Dauertherapie bei 5-17 Jährigen

¹Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

1. Basistherapie

- Vorzugsweise inhalative Glukokortikosteroide
- in begründeten Fällen alternativ Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten

2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen in Betracht:

- Steigerung der Dosis des inhalativen Glukokortikosteroids auf eine mittelhohe Dosis
- Kombination von inhalativen Glukokortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
- inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (nur in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden)

3. Im Ausnahmefall, bei sonst nichtkontrollierbaren Verläufen

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

Bei Patientinnen und Patienten mit, trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem, schwerem persistierendem allergischem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit Anti-IgE Antikörper geprüft werden.

²Die Verordnung von Medikamenten nach 3. sollte durch die jeweils qualifizierte Fachärztin/den jeweils qualifizierten Facharzt oder durch die qualifizierte Einrichtung erfolgen.

1.5.6.3 Bedarfstherapie/Anfallstherapie

¹Eine Bedarfsmedikation kann beispielsweise bei körperlicher Belastung, Dyspnoe, pulmonalen Infekten oder Obstruktionen unterschiedlichen Schweregrades notwendig sein.

²Vorrangig sollten bei der Bedarfstherapie/Anfallstherapie folgende Wirkstoffgruppen Anwendung finden:

- rasch wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ),
- kurz wirksame Anticholinergika (5-17 Jährige)

³Bei unzureichendem Ansprechen kommen in Betracht:

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

⁴Der Asthma-Anfall kann durch Infekte, Allergenexposition, Medikamentenunverträglichkeit, irritativ-toxische Ursachen sowie körperliche Belastung hervorgerufen werden. ⁵Die Gabe von Antibiotika ist im Asthma-Anfall in der Regel nicht indiziert.

1.5.6.4 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung

Wenn bei Vorliegen eines allergischen Asthma bronchiale Symptome mit Allergenkarenz-versuch und Pharmakotherapie nicht ausreichend zu beseitigen sind, ist die Indikation zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie/Hyposensibilisierung zu prüfen.

1.5.6.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft

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

1.5.6.6 Schutzimpfungen

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

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

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

1.6.1 Koordinierende/r Ärztin/Arzt

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

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

⁵Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der/des qualifizierten Fachärztin/Facharztes oder der qualifizierten Einrichtung befinden, hat diese/dieser bei einer Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an die Hausärztin oder den Hausarzt möglich ist.

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

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

- bei unzureichender Asthmakontrolle trotz intensivierter Behandlung
- wenn eine Langzeittherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden begonnen oder beendet werden soll
- Einleitung einer Therapie mit Anti-IgE-Antikörper
- vorausgegangene Notfallbehandlung,
- Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinitis/Sinusitis, rezidivierender Pseudo-Krupp),
- Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale,
- Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale,
- Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft.

²Im Übrigen entscheidet die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

¹Indikationen zur sofortigen stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und Patienten (Erwachsene und Kinder/Jugendliche) unter folgenden Bedingungen:

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

²Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

- bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,
- bei Erwachsenen: Absinken des Peakflows unter ca. 30 % des persönlichen Bestwertes bzw. unter 100 l/min Atemfrequenz mehr als ca. 25 pro Minute, Sprech-Dyspnoe und/oder deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- bei Kindern und Jugendlichen: Absinken des Peakflows unter ca. 50 % des persönlichen Bestwertes, fehlendes Ansprechen auf kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika, deutlicher Abfall der Sauerstoffsättigung, Sprech-Dyspnoe, Einsatz der Atemhilfsmuskulatur, deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz und/oder deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen Kindes.

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

1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

¹Eine Rehabilitationsleistung ist insbesondere zu erwägen bei schweren Asthmaformen mit relevanten Krankheitsfolgen trotz adäquater medizinischer Betreuung, insbesondere bei Ausschöpfung der Therapie bei schwierigen und instabilen Verläufen mit schwerer bronchialer Obstruktion, ausgeprägter bronchialer Hyperreagibilität, psychosozialer Belastung und/oder bei schweren medikamentös bedingten Folgekomplikationen.

²Bei Kindern und Jugendlichen ist eine Rehabilitationsmaßnahme außerdem zu erwägen bei krankheitsbedingt drohender Leistungs- und Entwicklungsstörung.

2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V)

¹Als Grundlage der Qualitätssicherung sind nachvollziehbare und relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, zu vereinbaren und zu dokumentieren. ²Hierzu gehören insbesondere die Bereiche:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer II 1.6,
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation nach Ziffer II 5,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

³Die Vertragspartner haben dem Bundesversicherungsamt gegenüber nachzuweisen, welche Maßnahmen sie zur Umsetzung der oben genannten Ziele beziehungsweise zur Dokumentation der Qualitätsindikatoren getroffen haben.

⁴Im Sinne des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung vereinbaren die Vertragspartner auf der Grundlage der bereits bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen Versorgungsebenen einheitliche Anforderungen an die Qualifikation der beteiligten Leistungserbringer und des medizinischen Personals, an die technische, apparative und gegebenenfalls räumliche Ausstattung sowie

an die organisatorischen Voraussetzungen bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen.

⁵Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme sind Maßnahmen vorzusehen, die eine Erreichung der vereinbarten Ziele unterstützen. ⁶Ihr Einsatz kann auf im Behandlungsprogramm zu spezifizierende Gruppen von Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringern beschränkt werden, die ein ausreichendes Verbesserungspotenzial erwarten lassen. ⁷Hierzu gehören insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungenfunktionen (zum Beispiel Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information für Leistungserbringer und eingeschriebene Versicherte.

⁸Maßnahmen im Verhältnis zu den Leistungserbringern sind entsprechend zu vereinbaren.

⁹Im Rahmen der Programme sind außerdem strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten durch die Krankenkassen oder von ihnen beauftragten Dritten vorzusehen, deren Verlaufsdokumentation Hinweise auf mangelnde Unterstützung des strukturierten Behandlungsprozesses durch die Versicherten enthält.

¹⁰Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme sind Regelungen zur Auswertung der für die Durchführung der Qualitätssicherung erforderlichen Daten zu treffen. ¹¹Hierbei sind sowohl die bei den Krankenkassen vorliegenden Dokumentationsdaten nach Ziffer II 5 als auch die Leistungsdaten der Krankenkassen einzubeziehen.

¹²Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme sind wirksame Sanktionen vorzusehen, wenn die Partner der zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme geschlossenen Verträge gegen die im Programm festgelegten Anforderungen verstoßen.

¹³Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind regelmäßig öffentlich darzulegen.

¹⁴Ziel ist es, eine gemeinsame Qualitätssicherung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme aufzubauen, um zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu kommen.

¹⁵Die insoweit Zuständigen sind gleichberechtigt zu beteiligen. ¹⁶Bis zur Einführung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gelten die getrennten Zuständigkeiten auch für die strukturierten Behandlungsprogramme.

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

Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt soll prüfen, ob die Diagnose des Asthma bronchiale gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer II 1.3. genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

¹Voraussetzung für die Einschreibung Versicherter ist

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt gemäß Ziffer II 1.2,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten und

- die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

²Die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres ist durch ihre gesetzlichen Vertreter abzugeben.

³Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie im Einzelnen

- die Programm- und Versorgungsziele kennen und an ihrer Erreichung mitwirken werden,
- die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden,
- auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungsanbieter zu erhalten, hingewiesen worden sind,
- über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind sowie
- über die mit ihrer Teilnahme an dem Programm verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten informiert worden sind, insbesondere über die Möglichkeit einer Übermittlung von Befunddaten an die Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

¹Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer aktuellen oder längstens zwölf Monate zurückliegenden asthmatischen Anamnese gemäß Ziffer II 1.2.1 und das Vorliegen mindestens eines der unter Ziffer II 1.2.2 genannten Kriterien erforderlich. ²Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als zwölf Monate sein.

³Eine/Ein aktuell unter Regelmedikation stehende/r Patientin/Patient mit Asthma bronchiale kann eingeschrieben werden, wenn die Diagnose vor Therapiebeginn wie unter Ziffer II 1.2.2 gestellt wurde und eine asthmatische Anamnese aus dem Zeitraum der letzten zwölf Monate vor Einschreibung vorliegt.

⁴Eine gleichzeitige Einschreibung in Teil I (Asthma bronchiale) und Teil II (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms ist nicht möglich.

⁵Nach zwölfmonatiger Symptombefreiheit ohne asthmaspezifische Therapie soll die Ärztin oder der Arzt prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer II 1.3 genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

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

¹Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme. ²Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegt

Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen.

³Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

¹Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. ²Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Management-Komponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab.

³Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. ⁴Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.

4.2 Schulungen der Versicherten

¹Jede Patientin und jeder Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

²Patientenschulungen dienen der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.

³Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach § 137f Abs. 2 Nr. 1 SGB V herzustellen. ⁴Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

⁵Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt und ihre Ausrichtung an den unter Ziffer II

1.3 genannten Therapiezielen belegt werden. ⁶Schulungs- und Behandlungsprogramme müssen die individuellen Behandlungspläne berücksichtigen. ⁷Schulungsprogramme für

Kinder sollen und für Jugendliche können die Möglichkeit der Schulung von ständigen Betreuungspersonen vorsehen. ⁸Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

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

Die Dokumentation im Rahmen der Strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale erfolgt nach Anlage 2 (zu §§ 28b bis 28g) RSAV in Verbindung mit den folgenden Vorgaben:

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
1	Häufigkeit von Asthma-Symptomen ¹⁰	Häufiger als 2mal wöchentlich / bis zu 2mal wöchentlich / Keine

¹⁰ Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation ¹¹	Anzahl
Medikamente		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2- Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Kurz wirksame inhalative Beta-2- Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6a	Systemische Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein / Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten / Andere
Schulung		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller	Ja / Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter
Behandlungsplanung		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja / Nein
12	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein

6. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)
 Gemäß § 321 SGB V gelten die bislang in § 28g Abs. 1 – 4 RSAV in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Evaluation weiter, bis vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierzu Anforderungen nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V geregelt werden.

¹¹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

Anlage 5b –Versorgungsinhalte COPD

(wortgleiche Übernahme des Ausführungen im Teil B III. der DMP-Richtlinie des G-BA)

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

III. Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen - Teil II: COPD

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

1.1 Definition der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung

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

²Eine chronische Bronchitis ist durch dauerhaften Husten, in der Regel mit Auswurf über mindestens ein Jahr gekennzeichnet. ³Eine chronische obstruktive Bronchitis ist zusätzlich durch eine permanente Atemwegsobstruktion mit oder ohne Lungenüberblähung gekennzeichnet.

⁴Das Lungenemphysem ist charakterisiert durch eine Abnahme der Gasaustauschfläche der Lunge. ⁵Ausmaß der Obstruktion, Lungenüberblähung und Gasaustauschstörung können unabhängig voneinander variieren.

1.2 Hinreichende Diagnostik zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm COPD

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

1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

¹Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- täglich Husten, meist mit täglichem Auswurf, mindestens über ein Jahr,
- Atemnot bei körperlicher Belastung, bei schweren Formen auch in Ruhe,
- langjähriges Inhalationsrauchen,
- Berufsanamnese,
- Infektanamnese,
- differentialdiagnostisch relevante Erkrankungen, insbesondere Asthma bronchiale und Herzerkrankungen,
- Komorbiditäten.

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

⁵Neben der COPD kann ein Asthma bronchiale bestehen. ⁶In solchen Fällen bestehen

zusätzlich Zeichen der bronchialen Hyperreagibilität und eine größere Variabilität bzw. Reversibilität der Atemwegsobstruktion.

1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

¹Die Basisdiagnostik umfasst die Messung der Atemwegsobstruktion mit Nachweis einer fehlenden oder geringen Reversibilität. ²Die Lungenfunktionsdiagnostik dient somit der

Sicherung der Diagnose, der differentialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen obstruktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten sowie zur Verlaufs- und Therapiekontrolle.

³Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer COPD-typischen Anamnese, der Nachweis einer Reduktion von FEV1 unter 80 % des Sollwertes und mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 70 %

und

- Zunahme der FEV1 um weniger als 15 % und/oder um weniger als 200 ml 10 Minuten nach Inhalation eines kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetikums oder 30 Minuten nach Inhalation eines kurzwirksamen Anticholinergikums (Bronchodilatator-Reversibilitätstestung).
- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 70 %

und

- Zunahme der FEV1 um weniger als 15 % und/oder um weniger als 200 ml nach mindestens 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder mindestens 28-tägiger Gabe eines inhalativen Glukokortikosteroids in einer stabilen Krankheitsphase (Glukokortikosteroid-Reversibilitätstestung).
- Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder einer Gasaustauschstörung bei Patientinnen oder Patienten mit FEV1/VC größer 70 % und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat.

⁴Eine gleichzeitige Einschreibung in Teil I (Asthma bronchiale) und Teil II (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms ist nicht möglich.

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

1.3 Therapieziele

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

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

1. Vermeidung/Reduktion von:

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

bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie;

2. Reduktion der COPD-bedingten Letalität.

1.4 Differenzierte Therapieplanung

¹Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen; dabei ist auch das Vorliegen von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) zu berücksichtigen. ²Die/der Leistungserb-

ringerin/Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer III 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. ³Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach Aufklärung über Nutzen und Risiken.

⁴Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen. ⁵Für die individuelle Risikoabschätzung sind insbesondere die Lungenfunktion (FEV₁, alle sechs bis zwölf Monate) und das Körpergewicht prognostisch relevant.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Maßnahmen

1.5.1.1 Allgemeine nicht-medikamentöse Maßnahmen

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

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

nicht in Kraft aufgrund der Beanstandung des BMG vom 27.04.2012: ¹²

„1.5.1.2 Tabakentwöhnung

¹Inhalationsrauchen verschlechtert die Prognose einer COPD erheblich. ²Tabakkarenz ist die wichtigste Maßnahme, um die Mortalität der COPD und die Exazerbationsrate zu senken sowie die Progression zu verlangsamen. ³Deswegen stehen Maßnahmen zur Tabakentwöhnung im Vordergrund der Therapie.

⁴Im Rahmen der Therapie klärt die/der behandelnde Ärztin/Arzt die Patientinnen und Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens bei COPD auf, verbunden mit den folgenden spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben:

- Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden.
- Raucherinnen und Raucher sollten in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es ist festzustellen, ob die Raucherin oder der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung (nicht-medikamentöse Maßnahmen, insbesondere verhaltenstherapeutische und ggf. geeignete unterstützende medikamentöse Maßnahmen) angeboten werden.
- Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

¹² Aufgrund der Beanstandung gilt nach § 321 SGB V die Ziffer 1.5.1.2 der Anlage 11 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung:

„1.5.1.2 Tabakentwöhnung

Inhalationsrauchen verschlechtert die Prognose einer COPD erheblich. Deswegen stehen Maßnahmen zur Raucherentwöhnung im Vordergrund der Therapie.

Im Rahmen der Therapie klärt die/der behandelnde Ärztin/Arzt die Patientin oder den Patienten über die besonderen Risiken des Tabakrauchens für Patientinnen und Patienten mit COPD auf, verbunden mit spezifischen Beratungsstrategien 4), 5), 6), 7) und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben:

- *Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden.*
- *Raucherinnen und Raucher sollten in einer klaren, auffordernden und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.*
- *Es sollte festgestellt werden, ob die Raucherin oder der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.*
- *Für ausstiegsbereite Raucherinnen und Raucher sollte professionelle Beratungshilfe (z. B. verhaltenstherapeutisch) zur Verfügung gestellt werden.*
- *Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.“.*

Nicht entwöhnungswillige Raucherinnen und Rauchern sollen zum Rauchverzicht motiviert werden.“

1.5.1.3 Körperliches Training

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

²Daher soll die/der behandelnde Ärztin/Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass die Patientin oder der Patient geeignete Maßnahmen des körperlichen Trainings ergreift. ³Ein regelmäßiges, mindestens einmal wöchentliches Training, soll empfohlen werden. ⁴Art und Umfang des körperlichen Trainings sollen sich an der Schwere der Erkrankung und der Verfügbarkeit der Angebote orientieren.

1.5.1.4 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

¹Jede Patientin und jeder Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten.

²Im Übrigen gelten die unter Ziffer III 4.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien.

1.5.1.5 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)

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

1.5.2 Langzeit-Sauerstoff-Therapie

Bei Nachweis einer schweren, chronischen Hypoxämie soll geprüft werden, ob eine Langzeit-Sauerstoff-Therapie indiziert ist.

1.5.3 Häusliche Beatmung

Bei Vorliegen einer chronischen Hyperkapnie kann eine intermittierende nicht-invasive häusliche Beatmung erwogen werden.

1.5.4 Rehabilitation

¹Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem Patientinnen und Patienten mit COPD mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. ²Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die COPD und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken. ³Dabei ist den besonderen Bedürfnissen betroffener Kinder und Jugendlicher Rechnung zu tragen.

⁴Die Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit COPD sein.

⁵Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung ist gemäß Ziffer III 1.6.4 individuell zu prüfen.

1.5.5 Operative Verfahren

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

1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

¹Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patientinnen und Patienten mit COPD ist durch die Ärztin oder den Arzt zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen (z. B. verhaltenstherapeutischen) und/oder psychiatrischen Behandlungen profitieren können. ²Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

1.5.7 Medikamentöse Maßnahmen

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

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

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

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

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

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

⁸Vorrangig sollten folgende Wirkstoffgruppen verwendet werden:

1. Bedarfstherapie:

1.1. kurz wirksames Beta-2-Sympathomimetikum,

1.2. kurz wirksames Anticholinergikum,

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

1.4. In begründeten Fällen:

- 1.4.1. Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung),
- 1.4.2. bei Schleimretention können erwogen werden:
 - 1.4.2.1. Inhalation von Salzlösungen,
 - 1.4.2.2. mukoaktive Substanzen.

2. Dauertherapie:

- 2.1. lang wirksames Anticholinergikum,
- 2.2. lang wirksames Beta-2-Sympathomimetikum.

2.3. In begründeten Einzelfällen:

- 2.3.1. Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung),
- 2.3.2. inhalative Glukokortikosteroide (bei und schwerer und sehr schwerer COPD, insbesondere dann, wenn häufige Exazerbationen auftreten oder Zeichen eines Asthma bronchiale bestehen).

⁹Bei gehäuft auftretenden Exazerbationen können mukoaktive Substanzen (Acetylcystein, Ambroxol, Carbocistein) erwogen werden.

¹⁰In der Inhalationstherapie ist nur die im Bronchialsystem deponierte Medikamentenmenge wirksam. ¹¹Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege, dem Atemmuster, der Partikelgröße und dem Inhalationssystem. ¹²Es sollte daher das Inhalationssystem und die Schulung individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten (insbesondere Alter und Koordination) angepasst werden. ¹³Darüber hinaus ist es sinnvoll, in der Dauertherapie bei Verwendung mehrerer inhalativer Medikamente für alle Präparate den gleichen Typ von Inhalationssystem einzusetzen. ¹⁴Nach einer initialen Einweisung in die Inhalationstechnik sollte diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden.

1.5.7.1 Schutzimpfungen

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

1.5.7.2 Exazerbationen/Atemwegsinfekte

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

²Infekte führen häufig zu akuten Exazerbationen. ³In diesen Fällen ist primär eine Intensivierung der Therapie, sowie ggf. eine 10 bis 14tägige Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden, erforderlich. ⁴Bei Hinweisen auf bakterielle Infekte (z. B. grün-gelbes Sputum) sollte frühzeitig die Durchführung einer Antibiotikabehandlung erwogen werden.

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

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

1.6.1 Koordinierende/r Ärztin/Arzt

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

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

⁵Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der Fachärztin/des Facharztes oder der Einrichtung befinden, hat diese/dieser bei einer Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an die Hausärztin oder den Hausarzt möglich ist.

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

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

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensiver Behandlung,
- wenn eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird,
- vorausgegangene Notfallbehandlung,
- Begleiterkrankungen (z. B. schweres Asthma bronchiale, symptomatische Herzinsuffizienz, zusätzliche chronische Lungenerkrankungen),
- Verdacht auf respiratorische Insuffizienz (z. B. zur Prüfung der Indikation zur Langzeitsauerstofftherapie bzw. intermittierenden häuslichen Beatmung),
- Verdacht auf berufsbedingte COPD.

²Im Übrigen entscheidet die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

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

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

1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Eine Rehabilitationsleistung ist insbesondere zu erwägen bei ausgeprägten Formen der COPD mit relevanten Krankheitsfolgen trotz adäquater medizinischer Betreuung, insbesondere bei Ausschöpfung der Therapie bei schwierigen und instabilen Verläufen mit schwerer bronchialer Obstruktion, ausgeprägter bronchialer Hyperreagibilität, psychosozialer Belastung und/oder bei schweren medikamentös bedingten Folgekomplikationen.

2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V)

¹Als Grundlage der Qualitätssicherung sind nachvollziehbare und relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, zu vereinbaren und zu dokumentieren. ²Hierzu gehören insbesondere die Bereiche:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer III 1.6,
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation nach Ziffer III 5,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

³Die Vertragspartner haben dem Bundesversicherungsamt gegenüber nachzuweisen, welche Maßnahmen sie zur Umsetzung der oben genannten Ziele beziehungsweise zur Dokumentation der Qualitätsindikatoren getroffen haben.

⁴Im Sinne des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung vereinbaren die Vertragspartner auf der Grundlage der bereits bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen Versorgungssektoren einheitliche Anforderungen an die Qualifikation der beteiligten Leistungserbringer und des medizinischen Personals, an die technische, apparative und gegebenenfalls räumliche Ausstattung sowie an die organisatorischen Voraussetzungen bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen.

⁵Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme sind Maßnahmen vorzusehen, die eine Erreichung der vereinbarten Ziele unterstützen. ⁶Ihr Einsatz kann auf im Behandlungsprogramm zu spezifizierende Gruppen von Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringern beschränkt werden, die ein ausreichendes Verbesserungspotenzial erwarten lassen. ⁷Hierzu gehören insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungenfunktionen (zum Beispiel Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information für Leistungserbringer und eingeschriebene Versicherte.

⁸Maßnahmen im Verhältnis zu den Leistungserbringern sind entsprechend zu vereinbaren.

⁹Im Rahmen der Programme sind außerdem strukturierte Verfahren zur besonderen

Beratung von Versicherten durch die Krankenkassen oder von ihnen beauftragten Dritten vorzusehen, deren Verlaufsdocumentation Hinweise auf mangelnde Unterstützung des strukturierten Behandlungsprozesses durch die Versicherten enthält.

¹⁰Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme sind Regelungen zur Auswertung der für die Durchführung der Qualitätssicherung erforderlichen Daten zu treffen. ¹¹Hierbei sind sowohl die bei den Krankenkassen vorliegenden Dokumentationsdaten nach Ziffer III 5 als auch die Leistungsdaten der Krankenkassen einzubeziehen.

¹²Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme sind wirksame Sanktionen vorzusehen, wenn die Partner der zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme geschlossenen Verträge gegen die im Programm festgelegten Anforderungen verstoßen.

¹³Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind regelmäßig öffentlich darzulegen.

¹⁴Ziel ist es, eine gemeinsame Qualitätssicherung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme aufzubauen, um zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu kommen.

¹⁵Die insoweit Zuständigen sind gleichberechtigt zu beteiligen. ¹⁶Bis zur Einführung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gelten die getrennten Zuständigkeiten auch für die strukturierten Behandlungsprogramme.

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

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

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

¹Voraussetzung für die Einschreibung Versicherter ist

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt gemäß Ziffer III 1.2,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten und
- die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

²Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie im Einzelnen

- die Programm- und Versorgungsziele kennen und an ihrer Erreichung mitwirken werden,
- die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden,
- auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungsanbieter zu erhalten, hingewiesen worden sind,
- über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind sowie
- über die mit ihrer Teilnahme an dem Programm verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten informiert worden sind, insbesondere über die Möglichkeit einer

Übermittlung von Befunddaten an die Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

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

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 70 % und
- Zunahme der FEV1 um weniger als 15 % und/oder um weniger als 200 ml 10 Minuten nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums oder 30 Minuten nach Inhalation eines kurz wirksamen Anticholinergikums (Bronchodilatator-Reversibilitätstestung).
- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 70 % und
- Zunahme der FEV1 um weniger als 15 % und/oder um weniger als 200 ml nach mindestens 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder mindestens 28-tägiger Gabe eines inhalativen Glukokortikosteroids in einer stabilen Krankheitsphase (Glukokortikosteroid-Reversibilitätstestung).
- Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder einer Gasaustauschstörung bei Patientinnen und Patienten mit FEV1/VC größer 70 % und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat.

³Versicherte unter 18 Jahren können nicht in Teil II (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms eingeschrieben werden. ⁴Eine gleichzeitige Einschreibung in Teil I (Asthma bronchiale) und Teil II (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms ist nicht möglich.

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

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

³Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

¹Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. ²Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Management-Komponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab.

³Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. ⁴Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahme nachweisen abhängig machen.

4.2 Schulungen der Versicherten

¹Jede Patientin und jeder Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

²Schulungen der Patientinnen und Patienten dienen der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. ³Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach § 137f Abs. 2 Nr. 1 SGB V herzustellen. ⁴Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

⁵Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt und ihre Ausrichtung an den unter Ziffer III 1.3 genannten Therapiezielen belegt werden. ⁶Schulungs- und Behandlungsprogramme müssen die individuellen Behandlungspläne berücksichtigen. ⁷Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

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

Die Dokumentation im Rahmen der Strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit COPD erfolgt nach Anlage 2 (zu §§ 28b bis 28g) RSAV sowie in Verbindung mit den folgenden Vorgaben:

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Aktueller FEV ₁ -Wert (alle 6 bis 12 Monate)	X,XX Liter/Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
2	Häufigkeit von Exazerbationen ¹³ seit der letzten Dokumentation ¹⁴	Anzahl
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen	Anzahl
Medikamente		
4	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
5	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation

6	Lang wirksame Anticholinergika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/ Kontraindikation
7	Inhalationstechnik überprüft	Ja/Nein
8	Sonstige diagnosespezifische Medikation	Nein/Theophyllin/Inhalative Glukokortiko- steroides/Systemische Glukokortikosteroide/ Andere

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Dokumentation		
Lfd. Nr	Parameter	Ausprägung
Schulung		
9	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller	Ja/Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter
Behandlungsplanung		
11	COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja/Nein

¹³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: „Exazerbation“ (z. B. „akute Verschlechterung der Symptomatik, die eine Veränderung der Medikation erfordert“) in der Ausfüllanleitung definieren.

¹⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

6. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)

Gemäß § 321 SGB V gelten die bislang in § 28g Abs. 1 – 4 RSAV in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Evaluation weiter, bis vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierzu Anforderungen nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V geregelt werden.

Anlage 6a zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

Anlage Qualitätssicherung

V 4.1- Stand 19.10.2012

QUALITÄTSSICHERUNG Asthma bronchiale Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 RSAV in Verbindung Teil B Ziffer II. Nr. 5 der DMP-Richtlinie

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 Teil B Ziffer II Nr. 5. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

Anlage 6a zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVV

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Steigerung des Anteils der Patientinnen und Patienten mit guter Symptomkontrolle	Anteil der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit guter Symptomkontrolle bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten <u>Zielwert:</u> keiner gruppierte Auswertung für: la) Erwachsene lb) Kinder und Jugendliche	<u>la)</u> <u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit: Feld 1 ISD (Häufigkeit von Asthma-Symptomen) = „bis zu 2mal wöchentlich“ oder „keine“ UND Feld 3 ISD (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation) = „0“ <u>Nenner:</u> Alle Patienten ≥ 18 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation <u>lb)</u> <u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit: Feld 1 ISD (Häufigkeit von Asthma-Symptomen) = „keine“ UND Feld 3 ISD (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation) = „0“ <u>Nenner:</u> Alle Patienten < 18 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

Anlage 6a zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
II. Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen	Anteil der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Asthma bronchiale in den letzten sechs Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten <u>Zielwert:</u> ≤ 10%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 3 ISD (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation) > 0 während der letzten 6 Monate <u>Nenner:</u> Alle Patienten mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP <i>zusätzlich: Darstellung der patienten-bezogenen Häufigkeiten der stationären notfallmäßigen Behandlungen</i>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback <i>LE: Information durch das Feedback</i>
III. Erhöhung des Anteils der Patientinnen und Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	Anteil der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, bei denen im Dokumentationszeitraum die Inhalationstechnik überprüft wird, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit inhalativer Medikation <u>Ziel:</u> ≥ 90 %	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 8 ISD (Inhalationstechnik überprüft) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit: Feld 4 ISD (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Bei Bedarf“ ODER „Dauermedikation“ ODER Feld 5 ISD (Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Bei Bedarf“ ODER „Dauermedikation“ ODER Feld 6 ISD (Inhalative kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Bei	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

Anlage 6a zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		Bedarf“ ODER „Dauermedikation“		
QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie				
IV. Erhöhung des Anteils der Patientinnen und Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation	Anteil der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten, bezogen auf die eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit Dauermedikation. <u>Zielwert:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 4 ISD (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Dauermedikation“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit: Feld 4 ISD (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Dauermedikation“ ODER Feld 5 ISD (Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauermedikation“ ODER Feld 6 ISD (Kurz wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauermedikation“ ODER Feld 6a ISD (Systemische Glukokortikosteroide) =	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Anlage 6a zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		„Dauermedikation“ UND NICHT Feld 4 ISD (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Kontraindikation“		
V. Sicherstellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation	Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen <u>Zielwert:</u> ≥ 95%	<u>Zähler:</u> Anzahl der bei Ersteingang vollständigen und plausiblen Dokumentationen <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum	Wenn nicht alle erforderlichen Daten-Felder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind	LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung
VI. Erhöhung des Anteils von Patientinnen und Patienten mit schriftlichem Selbstmanagementplan	Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen schriftlichen Selbstmanagementplan einsetzen <u>Zielwert:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 (Schriftlicher Selbstmanagementplan) (ISD) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens einer vorliegenden Folgedokumentation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VII. Erhöhung des Anteils geschulter Patientinnen und Patienten	Anteil der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, die an einer empfohlenen Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, denen eine Schulung empfohlen wurde <u>Zielwert:</u>	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit: Feld 10 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Patienten mit Feld 9 ISD (Asthma-Schulung empfohlen) = „Ja“ vier Quartale vor dem aktuellen	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

Anlage 6a zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	≥70% <i>fakultativ zusätzlich:</i> <i>Anteil der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, die an einer Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten</i> <i>kein Zielwert</i>	Berichtszeitraum <u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit: Feld 10 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Patienten		

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien				
Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 3 (ISD) (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation) > 0	Information des Versicherten über Asthma bronchiale über eine Versichertenbroschüre maximal einmal pro Jahr
2. Aktive Teilnahme der Versicherten				

Anlage 6a zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich	Aufklärung/ Information des Versicherten über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	Anteil der verordneten Schulungen, die abgerechnet worden sind. <u>Zielwert:</u> 85%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten, für die innerhalb von 4 Quartalen nach Empfehlung eine Asthma-Schulung abgerechnet wird. <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 9 (ISD) (Asthma-Schulung empfohlen) = „ja“	entfällt	Auswertung im Qualitätsbericht

Anlage 6a zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

Anlage 6b zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

Anlage Qualitätssicherung

V 3.1 - Stand 03.07.2008

QUALITÄTSSICHERUNG COPD

Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 RSAV in Verbindung mit Ziffer 5 der DMP-RL, Teil B III.

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.:

dmp_asthma-copd 1. nt_anlage06b

Anlage 6b DMP-Vertrag Asthma bronchiale/COPD i. d. F. vom 03.05.2013

Anlage 6b zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

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 Ziffer 5 der DMP-RL, Teil B III. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

Anlage 6b zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien				
I. Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	Anteil der rauchenden Patienten an allen eingeschriebenen Patienten	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Anlage 6b zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
II. Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen COPD	Anteil von Patientinnen und Patienten mit COPD mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen COPD bei Betrachtung der letzten sechs Monate <u>Zielwert:</u> ≤ 40% ¹	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 3 (ISD) (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation) > 0 während der letzten 6 Monate <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP <i>zusätzlich: Darstellung der patienten-bezogenen Häufigkeiten der stationären notfallmäßigen Behandlungen</i>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback <i>LE: Information durch das Feedback</i>

¹ Exakte Daten zur Berechnung der Zielwerte dieses Qualitätsindikators liegen nicht vor. Orientierend kann eine jährliche Exazerbationsrate von 2,5-3 Exazerbationen /Patient angenommen werden, ca. 30 % davon erfordern eine notfallmäßige stationäre Behandlung.

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

```
dmp asthma-copd 1. nt anlage06b
```

Anlage 6b DMP-Vertrag Asthma bronchiale/COPD i. d. F. vom 03.05.2013

Anlage 6b zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
III. Vermeidung von Exazerbationen	Anteil von Patientinnen und Patienten COPD mit zwei oder mehr Exazerbationen bei Betrachtung der letzten 6 Monate <u>Zielwert:</u> ≤ 50%²	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 2 (ISD) (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) während der letzten 6 Monate ≥ 2 <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP <i>zusätzlich: Darstellung der patienten-bezogenen Häufigkeiten der Exazerbationen</i>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback <i>LE: Information durch das Feedback</i>
IV. Erhöhung des Anteils der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	Anteil der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird <u>Zielwert:</u> ≥ 90 %	<u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 7 (ISD) (Inhalationstechnik überprüft) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle wegen COPD eingeschriebenen Patienten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

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

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

dmp_asthma-copd 1. nt_anlage06b

Anlage 6b DMP-Vertrag Asthma bronchiale/COPD i. d. F. vom 03.05.2013

Anlage 6b zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie				
V. Reduktion des Anteils der Patienten, die systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten.	Anteil der Patientinnen und Patienten, die in aufeinanderfolgenden Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide erhalten, bezogen auf alle Patienten <u>Zielwert:</u> $\leq 10\%^3$	<u>Zähler</u> Anzahl der Patienten mit Feld 8 (ISD) (sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Systemische Glukokortikosteroide“ in der aktuellen Dokumentation <u>und</u> in der vorhergehenden Dokumentationen <u>Nenner:</u> Alle wegen COPD eingeschriebenen Patienten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6				

³ Der Nutzen einer oralen Glukokortikoidtherapie als Langzeitgabe ist nicht belegt, die Rate schwerwiegender Nebenwirkungen ist hoch. Der Anteil der Versicherten mit oraler Steroidlangzeittherapie sollte unter 5 % betragen.

Anlage 6b zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VI. Erhöhung des Anteils der Patienten, die bei Beginn einer notwendigen Dauertherapie mit oralen Steroiden zum Facharzt überwiesen werden.	Anteil der Patienten, die zum Facharzt überwiesen werden, unter allen Patienten mit einer erstmaligen systemischen Glukokortikoidtherapie über 2 aufeinanderfolgende Dokumentationen <u>Zielwerte:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 (ISD) (COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung) veranlasst = „ja“ in der vorhergehenden Dokumentation <u>Nenner:</u> Alle Patienten mit Feld 8 (ISD) (Sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Systemische Glukokortikosteroide“ in der akutellen Dokumentation und in der vorhergehenden Dokumentation und <u>nicht</u> in der vorletzten Dokumentation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Anlage 6b zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation				
VII. Sicherstellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation	Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen <u>Zielwert:</u> ≥95%	<u>Zähler:</u> Anzahl der bei Ersteingang vollständigen und plausiblen Dokumentationen <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum	Wenn nicht alle erforderlichen Daten-Felder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind	LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung

Anlage 6b zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien				
VIII. Reduktion von Exazerbationen	Entfällt	entfällt	Wenn Feld 2 (ISD) (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) > 1	Information des Versicherten über COPD über eine Versichertenbroschüre, maximal einmal pro Jahr
IX. 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 über eine Versichertenbroschüre, maximal einmal pro Jahr
6. Aktive Teilnahme der Versicherten				
X. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
XI. Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (ADS) (Vom Patienten gewünschte Informationsangebote) =	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur

dmp_asthma-copd 1. nt_anlage06b

Anlage 6b DMP-Vertrag Asthma bronchiale/COPD i. d. F. vom 03.05.2013

Anlage 6b zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
			„Tabakverzicht“	Raucherentwöhnung
XII. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich	Aufklärung/ Information über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr
XIII. Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	Anteil der verordneten Schulungen, die abgerechnet worden sind. <u>Zielwert:</u> ≥ 85%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten, für die innerhalb von 4 Quartalen nach Empfehlung eine COPD Schulung abgerechnet wird. <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 9 (ISD) (COPD-Schulung empfohlen) = „ja“	entfällt	Auswertung im Qualitätsbericht

Anlage 6b zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

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

Technische Anlage

zur

Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Asthma

Version:
Gültig ab:

01
02.04.2015

Inhalt:

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

0 Grundlage

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

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

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

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

1 Austauschformate

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

2 Dateiaufbau

2.1 Allgemeines

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

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

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

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

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

2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei

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

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

Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen

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

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

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

Anlage 7b Leistungserbringerverzeichnis COPD (ambulanter Sektor)

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

Technische Anlage

zur

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

Version:
Gültig ab:

01
02.04.2015

Inhalt:

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

0 Grundlage

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

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

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

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

1 Austauschformate

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

2 Dateiaufbau

2.1 Allgemeines

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

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

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

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

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

2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei

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

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

Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen

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

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

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

Anlage 8 indikationsübergreifende Dokumentation gemäß Anlage 2

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

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

Anlage 8 indikationsübergreifende Dokumentation gemäß Anlage 2

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

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

1) Nur bei DMP KHK auszufüllen.

2) Systolische Herzinsuffizienz mit LVEF < 40 %.

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

Anlage 9a Dokumentationsdaten Asthma bronchiale

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

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

Die Dokumentation im Rahmen der Strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale erfolgt nach Anlage 2 (zu §§ 28b bis 28g) RSAV in Verbindung mit den folgenden Vorgaben:

Asthma bronchiale - Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Häufigkeit von Asthma-Symptomen ¹⁰	Häufiger als 2mal wöchentlich / bis zu 2mal wöchentlich / Keine
2	Aktueller Peak-Flow-Wert	Wert/Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		

¹⁰ Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation ¹¹	Anzahl
Medikamente		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2- Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Kurz wirksame inhalative Beta-2- Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6a	Systemische Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein / Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten / Andere
8	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
Schulung		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja / Nein
12	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein

¹¹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

Anlage 9 b Dokumentationsdaten COPD

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

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

Die Dokumentation im Rahmen der Strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit COPD erfolgt nach Anlage 2 (zu §§ 28b bis 28g) RSAV sowie in Verbindung mit den folgenden Vorgaben:

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Aktueller FEV ₁ -Wert (alle 6 bis 12 Monate)	X,XX Liter/Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
2	Häufigkeit von Exazerbationen ¹³ seit der letzten Dokumentation ¹⁴	Anzahl
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
Medikamente		
4	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
5	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
6	Lang wirksame Anticholinergika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
7	Inhalationstechnik überprüft	Ja/Nein
8	Sonstige diagnosespezifische Medikation	Nein/Theophyllin/Inhalative Glukokortikosteroide/Systemische Glukokortikosteroide/Andere

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Schulung		
9	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

Behandlungsplanung

11	COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja/Nein
----	---	---------

¹³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: „Exazerbation“ (z. B. „akute Verschlechterung der Symptomatik, die eine Veränderung der Medikation erfordert“) in der Ausfüllanleitung definieren.

¹⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

Stempel Arzt

Stempel Arzt

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

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

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

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

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

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

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

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

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

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

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

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

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

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

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

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

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

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

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

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

Die wesentlichen Therapieziele bei Asthma bronchiale sind:

1. Vermeidung/Reduktion von

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

2. Reduktion der asthmabedingten Sterblichkeit.

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

Die medizinische Behandlung

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

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

Medikamente zur Dauertherapie:

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

und in begründeten Fällen:

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

Medikamente der Bedarfstherapie/Anfallstherapie:

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

und in begründeten Fällen:

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

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

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

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

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

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

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

Wie können Sie aktiv mitwirken?

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

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

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

Teilnahmevoraussetzungen

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

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

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

- ☐ Diabetes mellitus Typ 1 oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2
- ☐ Koronare Herzkrankheit
- ☐ Asthma oder ☐ COPD

070AH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

[illegible]

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

[illegible]

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

[illegible]

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

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

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M I I I I

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für 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 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 Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

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

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

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

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

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

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

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

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

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

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

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

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

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

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

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

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

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patienten

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

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

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma und COPD
Vermeidung von – typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen – Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können – von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom – Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung) Senkung Ihres Schlaganfall- und Herzinfarktrisikos	Senkung des Risikos eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden Erhaltung Ihrer Belastungsfähigkeit.	Vermeidung/Reduktion von – akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte) – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen (bei Asthma) – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit – unerwünschten Wirkungen der Therapie Normalisierung (nur bei Asthma) bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität Reduktion der Sterblichkeit

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

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

Die medizinische Behandlung

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

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
– Insulin – Metformin und Glibenclamid (Diabetes mellitus Typ 2) bei hohem Blutdruck: Diuretika, Beta-blocker, ACE-Hemmer – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)	– Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten – ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt) – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) – Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS)	Medikamente zur Dauertherapie: – Glukokortikosteroide (zum Inhalieren) – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren) im Bedarfsfall zusätzlich Medikamente der Bedarfstherapie (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): – schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) – kurz wirksame Anticholinergika (5- bis 17-Jährige)	Medikamente zur Dauertherapie vorwiegend: – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – lang wirksame Anticholinergika im Bedarfsfall zusätzlich (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): – kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin) – kurz wirksame Anticholinergika – eine Kombination aus kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

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

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

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

Wie können Sie aktiv mitwirken?

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

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

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

Teilnahmevoraussetzungen

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

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

Stempel Arzt

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für COPD

0608H

Krankenhaus-IK

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

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

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung 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 des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass 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 Arzt

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

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

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

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

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

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

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

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

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

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

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

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

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

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

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

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

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

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

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

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

Die wesentlichen Therapieziele bei COPD sind:

1. Vermeidung/Reduktion von

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

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

2. Reduktion der COPD-bedingten Sterblichkeit

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

Die medizinische Behandlung

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

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

Medikamente zur Dauertherapie:

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

und in begründeten Fällen:

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

Medikamente der Bedarfstherapie:

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

und in begründeten Fällen:

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

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

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

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

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

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

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

Wie können Sie aktiv mitwirken?

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

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

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

Teilnahmevoraussetzungen

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

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

[illegible]

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

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

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

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

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

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

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

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

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

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

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

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

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

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

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

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

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

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patienten

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

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

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma und COPD
Vermeidung von – typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen – Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können – von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom – Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung) Senkung Ihres Schlaganfall- und Herzinfarktrisikos	Senkung des Risikos eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden Erhaltung Ihrer Belastungsfähigkeit.	Vermeidung/Reduktion von – akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte) – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen (bei Asthma) – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit – unerwünschten Wirkungen der Therapie Normalisierung (nur bei Asthma) bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität Reduktion der Sterblichkeit

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

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

Die medizinische Behandlung

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

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
– Insulin – Metformin und Glibenclamid (Diabetes mellitus Typ 2) bei hohem Blutdruck: Diuretika, Beta-blocker, ACE-Hemmer – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)	– Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten – ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt) – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) – Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS)	Medikamente zur Dauertherapie: – Glukokortikosteroide (zum Inhalieren) – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren) im Bedarfsfall zusätzlich Medikamente der Bedarfstherapie (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): – schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) – kurz wirksame Anticholinergika (5- bis 17-Jährige)	Medikamente zur Dauertherapie vorwiegend: – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – lang wirksame Anticholinergika im Bedarfsfall zusätzlich (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): – kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin) – kurz wirksame Anticholinergika – eine Kombination aus kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

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

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

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

Wie können Sie aktiv mitwirken?

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

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

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

Teilnahmevoraussetzungen

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

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

Anlage 11a: Schulungsprogramme Asthma bronchiale

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

Patientenschulungen nach § 22

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages werden nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch eingesetzt:

1. **Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen** der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.
Zugrundeliegende Veröffentlichungen: 1. Szczepanski R, Petermann F, Freidel K, Becker PN, Gebert N, Lob-Corzillius T: „Die Wirksamkeit der Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen.“, Der Kinderarzt 29. Jg. (1998) 1201 – 08; 2. Szczepanski R, Gebert N, Hümmelink R, Könning J, Schmidts S, Runde B, Wahn U: „Ergebnis einer strukturierten Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter.“ Pneumologie 50 (1996), 544-548.
2. **Die Ambulante Fürther Asthmaschulung (AFAS, eine Fortentwicklung bzw. Variation von NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker)**
Zugrundeliegende Veröffentlichungen: 1. Worth H: „Effekte der Patientenschulung bei Asthma und COPD – was ist belegt?“ Med. Klinik (2002) Suppi II: 20-24; 2. Worth H, Dhein Y: „Does patient education modify behaviour in the management of COPD?“ Patient Education und Counselling 52 (2004): 267-270.

Anlage 11b: Schulungsprogramme COPD

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

Patientenschulungen nach § 22

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages werden nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch eingesetzt:

Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE, eine Umbenennung von COBRA)

Zugrundeliegende Veröffentlichungen: 1. Worth H, Dhein Y: „Does patient education modify behaviour in the management of COPD?“ Patient Education and Counselling 52 (2004): 267-2700; 2. Schacher C, Dhein Y, Birkenmaier A, Müns-Lederer C, Worth, H: „Evaluation des ambulanten Fürther Schulungsprogramms für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis Lungenemphysem (AFBE)“

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Asthma / COPD in Hamburg

Stand: 01.01.2017

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
104127692	actimonda Krankenkasse	Zweifallerstr. 130	52224	Stolberg
103121013	atlas BKK ahlmann	Am Kaffee-Quartier 3	28217	Bremen
108534160	Audi BKK	Ettinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	Bahn-BKK	Franklinstr. 54	60486	Frankfurt
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Güterloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
103525909	BKK Achenbach Buschhütten	Siegener Str. 152	57223	Kreuztal
108029306	BKK advita	Mainzer Straße 5	55232	Alzey
107536171	BKK Aesculap	Jetterstr. 13/1	78532	Tuttlingen
108833355	BKK Akzo Nobel	Glanzstoffstraße	63785	Obernburg
105530422	BKK B.Braun Melsungen AG	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
106431572	BKK der G. M. PFAFF AG	Pirmasenser Str. 132	67655	Kaiserslautern
103525567	BKK der SIEMAG	Wiesenstraße 30	57271	Hilchenbach
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45-47	40212	Düsseldorf
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld
103724249	BKK DürkoppAdler	Potsdamer Str. 190	33719	Bielefeld
104125509	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
105530364	BKK HENSCHER Plus	Josef-Fischer-Str. 10	34127	Kassel
103725547	BKK Herford Minden Ravensberg (HMR)	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford
108833674	BKK KBA	Friedrich-Koenig-Str. 5	97080	Würzburg
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden
103726081	BKK Melitta Plus	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 133	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Güterloh
101520078	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Rotenburger Str. 15	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
102131240	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
108632900	BKK Textilgruppe Hof	Fabrikzeile 21	95028	Hof
109723913	BKK VBU	Lindenstraße 67	10969	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
107832012	BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach
106432038	BKK Vital	Giulinistr. 2	67065	Ludwigshafen
104526376	BKK vor Ort	Universitätsstr. 47	44789	Bochum
105530126	BKK Werra-Meissner	Straßburger Str. 5	37269	Eschwege
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen
108036577	BKK Würth	Gartenstr. 11	74653	Künzelsau
107829563	BKK ZF + Partner	Am Wöllershof 12	56068	Koblenz
109034270	BMW BKK	Mengkofenstraße 6	84130	Dingolfing
108036123	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart
103523440	Continental BKK	Röntgenstraße 24-26	22335	Hamburg
108030775	Daimler BKK		28178	Bremen
106329225	Debeka BKK	Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18	56073	Koblenz
104926702	Die Bergische BKK	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
102129930	Energie BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str. 16	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld
108035612	mhplus BKK	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Brunckstraße 47	67063	Ludwigshafen
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden

105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK	Heimeranstr. 31-33	80339	München
107536262	Schwenninger BKK		78044	Villingen-Schwenningen
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19a	97421	Schweinfurt
105928809	Thüringer Betriebskrankenkasse - TBK	Schwerborner Str. 33	99086	Erfurt
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen