

**Vertrag
nach § 73a SGB V**

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,

dem BKK - Landesverband NORD,

(handelnd für die Betriebskrankenkassen,

die dieser Vereinbarung beitreten;

zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau),

der Knappschaft,

der IKK Hamburg

(zugleich handelnd für die Innungskrankenkassen,

die dieser Vereinbarung beitreten),

den nachfolgend benannten Ersatzkassen in Hamburg

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
 - Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover
 - Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
 - HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg
 - hkk, Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg (VdAK),

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Hamburg

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V Asthma sowie COPD in der Fassung des 3. Nachtrags vom 01.11.2008 mit Wirkung ab 01.10.2008

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 Versichertenverzeichnis**
- § 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 in der jeweils gültigen Fassung.

Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 RSAV i. V. m. Anlage 10 oder 12 RSAV“ sind die in den Anlagen 2, 10 und 12 der RSAV aufgeführten Daten.

„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
- Anlage 1b Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 3 (koordinierender Arzt) COPD
- Anlage 2a Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 Asthma
- 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 der Anlage 9 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung)
- Anlage 5b Versorgungsinhalte COPD (wortwörtliche Übernahme aus der Anlage 11 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung)
- Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
- Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV 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 RSAV
- Anlage 9a Dokumentation Asthma bronchiale
- Anlage 9b Dokumentation COPD
- Anlage 10a Teilnahme- und Einwilligungserklärung Asthma mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation
- Anlage 10b Teilnahme- und Einwilligungserklärung COPD mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation
- Anlage 11a Schulungsprogramme Asthma
- 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 in der jeweils gültigen Fassung der Verordnung zur Änderung der RSAV beruhen, optimiert werden. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag zur Durchführung von Disease-Management-Programmen für Versicherte mit Asthma bronchiale und COPD.

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- 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- 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 Verlaufsform 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 und COPD gemeinsam in einem Vertrag. Die Diagnosespezifika werden durch eine Differenzierung zwischen Versicherten, die aufgrund der Diagnose Asthma 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 6d 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 Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung (im Folgenden RSAV genannt) 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-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- 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 er-

klärt 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 NORD ihren Beitritt erklärt haben.

3. Dieser Vertrag gilt auch für außerhamburgische Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK Hamburg erklären und die Vergütungen gemäß §§ 32 bis 34a anerkennen. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der IKK Hamburg wird bzw. wurde gleichzeitig der Vertragsbeitritt gegenüber der KVH erklärt. Die IKK Hamburg 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 ist die RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Näheres hierzu regelt § 35 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich den Anlagen 9 und 11 sowie der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10/12 RSAV. Sollten sich auf Grund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages in dem dafür vorgesehenen Zeitrahmen 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 KV H 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 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 Be-

rücksichtigung der Dokumentationsintervalle,

3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

4. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,

5. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der Anlagen 5a bzw. 5b genannten Indikationen eine Überweisung an andere Vertragsärzte entsprechend der Anlage 2a und/ oder 2b „Strukturvoraussetzungen fachärztlicher Versorgungssektor“ oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende zugelassene Leistungserbringer entsprechend vorzunehmen. Die Überweisung sollte, wenn möglich, vorrangig an am Programm teilnehmenden Leistungserbringern erfolgen. Im Übrigen entscheidet der Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,

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 therapierrelevante Informationen entsprechend § 10, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,

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

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Vertragsarzt, gelten die Ziffern 1 – 8 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV 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 so-

weit 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 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 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 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

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.

§ 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme der Vertragsärzte

(1) Die Teilnahme eines Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVH bestätigt.

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

(3) 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.

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

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

(6) Hat der Vertragsarzt seine Teilnahme sowohl für Asthma bronchiale als auch für COPD am Programm erklärt, gelten die Absätze 1 – 5 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 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 innerhalb von vier Wochen nach Quartalsende und bei Änderungen und im Übrigen auf Anforderung in elektronischer Form (Excel-Format) entsprechend Anlage 7a und 7b zur Verfügung.

(1a) Das Leistungserbringerverzeichnis wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:

- Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
- Postanschrift der Praxis/Einrichtung
- Arzt- und Betriebsstättennummer (sobald die Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern in Kraft tritt) und
- angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.

(2) Die Verbände der Krankenkassen führen jeweils für Asthma 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 beim Antrag auf Akkreditierung und nachfolgend dem BVA bzw. den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

(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. 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. 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 über Änderungen nach Veröffentlichung der neuen Handlungsempfehlungen gemäß Anlage 9 und/oder 11 der RSAV informiert.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 11 Grundlagen und Ziele

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

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren nach den Anlagen 5a und/ oder 5b Ziffer 1.6.,
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität nach den Anlagen 1a, 1b oder 2a, 2b,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10/12 RSAV,
- 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, die sich aus den Dokumentationen und Leistungsdaten der Krankenkassen und den Abrechnungsdaten der KVH ergeben.

§ 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 Krankenkassen

informieren anlassbezogen und individuell entsprechend der in den Anlagen 6b und 6d beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen ihre eingeschriebenen Versicherten.

(5) 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.

(6) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise, z. B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften oder Fachpresse, regelmäßig, mindestens einmal jährlich, öffentlich dargelegt.

§ 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 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 KVH nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 einbezogen werden.

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

§ 15 Sanktionen

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

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

- Keine Vergütung, bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für Dokumentationen, die trotz Aufforderung der Datenstelle unvollständig oder unplausibel bleiben,
- Aufforderung durch die KVH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten ggf. mit Auflagen- (z. B. nicht fristgerecht bzw. keine Übersendung der Dokumentationen oder bei Nichterfüllung der medizinischen Anforderungen),
- Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung,
- Über den Ausschluss eines Vertragsarztes erteilt die KVH einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 16 Teilnahmevoraussetzungen

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

1. 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, ih-

rer 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 asthmaspezifische 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 profitieren 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 Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 RSAV, 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 § 28 d Abs. 1 Nr. 1 RSAV 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 bzw. COPD sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 folgende Unterlagen notwendig:

- die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt,
- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

(4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 10 a/b sowie die vollständige Erstdokumentation plausibel und fristgerecht gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV 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 Einschreibunterlagen 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 Pro-

gramm teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 18 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das jeweilige Disease-Management-Programm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und 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 des Endes der Programmmzulassung,
- 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, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV genannten Frist übermittelt worden sind 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. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechende bei Ausscheiden eines koordinierenden Vertragsarztes.

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

§ 21 Versichertenverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KVH bei Bedarf in elektronischer Form eine Liste mit den Krankenversicherten-Nummern für die gemäß § 17 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

§ 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 Schu-

lungsprogramme 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 RSAV insbesondere der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der RSAV 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 § 28 f 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 gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV 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 Auf-

gaben:

1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV 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 Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV ,
- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimittetherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV,
- die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV,
- die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 28g RSAV und
- die Beratung der KVH und der Vertragspartner im Hinblick auf den

Ausschluss der koordinierenden Ärzte nach § 15.

(2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des § 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 für die Durchführung der in den §§ 28b bis 28g RSAV genannten Maßnahmen 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) 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

(1) Die im Rahmen des Programms im Auftrag durch den teilnehmenden koordinierenden Arzt übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten (Dokumentationsdaten der Anlagen 8 und 9a, 9b) werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVH und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle gelöscht. Die Datenstelle archiviert die Originaldokumente sieben Jahre, beginnend mit dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr. Die Originaldokumente werden nach Ablauf dieser Frist von der Datenstelle vernichtet.

(2) Die im Rahmen des Disease-Management-Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen, der KVH und der Gemeinsamen Einrichtung sieben Jahre, beginnend mit dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist gelöscht.

Abschnitt VIII Evaluation

§ 31 Evaluation

(1) Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung des § 28 g RSAV sowie der Vorgaben des Bundesversicherungsamtes.

(2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden den externen evaluierenden Instituten von den Krankenkassen und der (von den Auftraggebern, der Gemeinsamen Einrichtung sowie der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 219 SGB V) beauftragten Datenstelle gemäß Datenstellenvertrag in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.

(3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KVH gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB V und die Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkassen und die Daten aus der Erhebung der Lebensqualität.

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 budgetierten Gesamtvergütung zwischen Krankenkassen und KVH 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

Asthma/COPD

<p>Betreuungspauschale für koordinierende Vertragsärzte gem. § 3 :</p> <p>Differenzierte Therapieplanung: individuelle Risiko-Abschätzung und gemeinsame Festlegung von individuellen Therapiezielen mit dem Patienten sowie</p> <p>Instruktion: Erarbeitung von Maßnahmen zum Selbstmanagement (Peakflow- Notfallplan) und die regelmäßige Überprüfung und praktische Einübung der korrekten Inhalationstechnik</p> <p>nach Nr. 1.4 und 1.5 der Anlagen 5a/b</p> <p>1x pro Dokumentationszeitraum</p>	<p>7,50 EUR</p>	<p>99429</p>
<p>Pauschale für pneumologisch qualifizierte Ärzte nach § 4:</p> <p>notwendige Abklärung der Einschreibevoraussetzungen gem. des Vertrages bei unklarem Befund über das Vorliegen von Asthma oder COPD bei Patienten, bei denen die Erkrankung nicht eindeutig durch den koordinierenden Vertragsarzt (§ 3-Arzt) diagnostiziert wurde und/oder</p> <p>Mitbehandlung auf Grund eines gezielten Überweisungsauftrages des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung (siehe Anlage 5a/b 1.6.2.)</p> <p>max. 2 x pro Kalenderjahr</p> <p>[die Erbringung der Leistung erfolgt auf Überweisung des koordinierenden Vertragsarztes gem. § 3 des Vertrages. Soweit Vertragsärzte bei einem Patienten sowohl die koordinierende Funktion gem. §3 als auch die Funktion nach §4 übernehmen, sind die Pauschalen nach 99429 und 99430 im Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechenbar]</p>	<p>25,00 EUR</p>	<p>99430</p>

Diese Vergütungen gelten vorbehaltlich Absatz 3 nur für den Fall, dass der Versicherte sich ausschließlich für die Teilnahme am DMP Asthma bronchiale oder DMP COPD entschließt. Die ggf. anfallenden Porto- und Versandkosten im Zusammenhang mit o.a. Leistungen sind in den o.g. Vergütungen enthalten.

(3) Die Vergütung für die Erstdokumentation Asthma 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. Die Folgedokumentation Asthma 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.

§ 33 Vergütung der Schulungen

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

(2) 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.

(3) 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. 4 gegenüber der KVH ab. Der Vertragsarzt muss auch die Voraussetzungen nach Abs. 2 erfüllen.

(4) 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				

(5) Die Vergütung der Schulung erfolgt außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung.

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

(7) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und/oder geistig schulungsfähig sind sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.

(8) 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 Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 RSAV 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 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.

(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. Aus sachlichen Gründen kann davon abgewichen werden. Die Vertragspartner auf Krankenkassenseite einigen sich auf ein einheitliches Verfahren zur stichtagsbezogenen Feststellung der eingeschriebenen Versicherten.

(7) Eine vorläufige Aufteilung der Kosten kann als Abschlag nach Aufteilung der Versicherten der beigetretenen Krankenkassen nach der aktuellen amtlichen Statistik KM 6 erfolgen.

(8) 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 01.07.2007 in Kraft.

(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 nachfolgenden RSAV Änd.VO, einer Empfehlung des Gemeinsamen

Bundesausschusses nach § 137 f SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich spätestens innerhalb eines Jahres an die Änderungen der Zulassungsvoraussetzungen anzupassen sind.

(6) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms gilt dieser Vertrag, unter Berücksichtigung von Abs. 2 bis 5, für den neuen Zulassungszeitraum weiter. Die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Leistungserbringer und Versicherten gelten weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.

§ 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.

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

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V – Asthma 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 werden die teilnehmenden Ärzte einmal im Jahr von der KVH aufgefordert, Nachweise über entsprechende Fortbildungen, Qualitätszirkel sowie die Qualifikation des medizinischen Personals vorzulegen.

Parameter	Nachweis	Zeitpunkt/Häufigkeit
ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an der Arzt- Informationsveranstaltung <p style="text-align: center;">oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information durch das schriftliche Informations- und Schulungsmaterial und die Bestätigung der Kenntnisnahme 	bei Beginn der Teilnahme
Teilnahme an einem anerkannten pneumologischen Qualitätszirkel bzw. hausärztl. QZ, der sich auch mit pneumologischen Themen beschäftigt oder	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährliche Teilnahme
bei Kinder- und Jugendärzten Teilnahme an einem anerkannten pädiatrischen QZ bzw. einer von der Ärztekammer anerkannten Fortbildung oder	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährliche Teilnahme

asthma-spezifische Fortbildung (von der Ärztekammer anerkannte Fortbildungs- veranstaltung)	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährlich, mind. 4 Stunden bzw. 4 Punkte
--	------------------------	---

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

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V – Asthma 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 werden die teilnehmenden Ärzte einmal im Jahr von der KVH aufgefordert, Nachweise über entsprechende Fortbildungen, Qualitätszirkel sowie die Qualifikation des medizinischen Personals vorzulegen.

Parameter	Nachweis	Zeitpunkt/Häufigkeit
ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an der Arzt- Informationsveranstaltung <li style="text-align: center;">oder • Information durch das schriftliche Informations- und Schulungsmaterial und die Bestätigung der Kenntnisnahme 	bei Beginn der Teilnahme
Teilnahme an anerkanntem pneumologischen Qualitätszirkel bzw. hausärztl. QZ, der sich auch mit pneumologischen Themen beschäftigt oder	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährliche Teilnahme

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

Anlage 2a: Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 ASTHMA

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V –Asthma bzw. COPD– auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen und ihrer Verbände in Hamburg und der KVH

Strukturvoraussetzungen pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor

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

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

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

	<p>und/oder mit der Zusatzweiterbildung nach Kammerrecht ‚Allergologie‘ (fachärztlich und/oder hausärztlich tätige)</p> <p>und/oder Genehmigung der KVH zur Abrechnung der Nr. 13650 EBM (fachärztlich und/oder hausärztlich tätige)</p>	
ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an der Arzt- Informationsveranstaltung <p style="text-align: center;">oder</p> <p>Information durch das schriftliche Informations- und Schulungsmaterial und die Bestätigung der Kenntnisnahme</p>	bei Beginn der Teilnahme
kontinuierliche Fortbildung für Vertragsärzte im Versorgungsbereich Erwachsene: - anerkannter pneumologischer Qualitätszirkel	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr
und / oder		
- Asthma-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	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr
und / oder		
- pädiatrisch asthma-spezifische Fortbildung (von der Ärztekammer anerkannte Fortbildungsveranstaltung)	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr

Qualifikation des medizinischen Personals (z.B. Notfallschulung des Teams)	Bestätigung durch den Vertragsarzt	einmal jährlich
Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus mit Schwerpunktabteilung Pneumologie bzw. pädiatrisch-pneumologischem Schwerpunkt	Nachweis der Zusammenarbeit	nach Beginn der Teilnahme spätestens innerhalb eines Jahres
<p>Erforderliche Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte:</p> <p>für Erwachsene: Möglichkeit zur Durchführung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spirometrie einschl. Atemwiderstandsmessung und Provokationstestung (qualitätsgesichert) • Ganzkörper-Plethysmographie (qualitätsgesichert) • Laborchemische Untersuchungen, insbesondere Blutgase <p>für Kinder und Jugendliche: Möglichkeit zur Durchführung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spirometrie • Atemwegswiderstandsmessung <p>Methode zum Nachweis der bronchialen Hyperreagibilität</p>	Bestätigung mit der Teilnahmeerklärung nach Anlage 4	bei Beginn der Teilnahme

Anlage 2b: Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 COPD

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V –Asthma bzw. COPD auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen und ihrer Verbände 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an der Arzt- Informationsveranstaltung <p style="text-align: center;">oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information durch das schriftliche Informations- und Schulungsmaterial 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/ COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen und ihrer Verbände in Hamburg und der KVH

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum DMP Asthma/ COPD

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstr. 56

22083 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 und COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen und ihrer Verbände nehme ich teil. Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 10, der Aufgaben des Abschnitts II, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VI und VII.

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

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

- Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen.
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg mit der Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturvoraussetzungen erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisadresse in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmer am Behandlungsprogramm Asthma bzw. COPD“,
- der Weitergabe der Leistungserbringerverzeichnisse „Teilnehmer am Asthma 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/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

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

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 i. V. m. Anlage 10/12 RSAV i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragten Stellen weiterzuleiten.

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

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Anlage 4a Ergänzungserklärung Leistungserbringer

zu dem Vertrag zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme Asthma/COPD nach § 137f SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Hamburger Krankenkassenverbänden.

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem Behandlungsprogramm Asthma bzw. COPD

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstr. 56

22083 Hamburg

Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP Asthma

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

1. _____ als koord. Arzt als FA ab Datum
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR]

2. _____ als koord. Arzt als FA ab Datum
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR]

3. _____ als koord. Arzt als FA ab Datum
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR]

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

1. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

2. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

3. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

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 als FA ab Datum

2. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

3. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

Nachfolgend genannte/r in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** 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 als FA ab Datum

2. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

3. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Anlage 5a: Versorgungsinhalte Asthma bronchiale

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

Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen

Teil I: Asthma bronchiale

- 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

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

Anamnestisch 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.

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

1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

Die Basisdiagnostik umfasst die Messung der Atemwegsobstruktion, ihrer Reversibilität und Variabilität. Die Lungenfunktionsdiagnostik dient somit der

Sicherung der Diagnose, der differenzialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen obstruktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten sowie zur Verlaufs- und Therapiekontrolle ^{1), 2), 3)}.

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

Bei Erwachsenen ist mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- 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 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden ^{2), 4)},
- 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 ist mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- 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 wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV₁ um mindestens 15 % nach bis zu 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden ^{2), 4)},
- 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.

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

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

1 Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie des Asthma bronchiale im Erwachsenenalter, 1. Aufl. 2001, AVP Sonderheft.

2 British Thoracic Society (BTS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): British Guideline on the management of Asthma. A national clinical guideline. Thorax 2003; 58 (Suppl.): i1-i94.

3 National Institute of Health: Global Initiative for Asthma – Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.com: 2002 (Zugriff am 23. 1. 2003).

4 Weir DC et al.: Time course of response to oral and inhaled corticosteroids in non-asthmatic chronic airflow obstruction. Thorax 1990; 45: 118-121.

1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik

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

Die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung soll durch eine/einen

- allergologisch qualifizierte/n und pneumologisch kompetente/n oder
 - allergologisch und pneumologisch qualifizierte/n
- Ärztin/Arzt erfolgen.

1.3 Therapieziele

Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität.

Dabei 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

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

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

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

1.5 Therapeutische Maßnahmen

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.

1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

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

1.5.3 Körperliche Aktivitäten

Körperliche Aktivität kann zu einer Verringerung der Asthma-Symptomatik und zur Verbesserung von Belastbarkeit und Lebensqualität beitragen^{5), 6), 7), 8), 9)}

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

1.5.4 Rehabilitation

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

5) Worth H.A., Meyer et al.: Empfehlungen der Deutschen Atemwegsliga zum Sport und körperlichen Training bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen. *Pneumologie* 2000; 54: 61-67.

6) Cochrane LM, Clark CJ: Benefits and problems of a physical training programme for asthmatic patients. *Thorax* 1990; 45: 345-351.

7) Clark CJ: The role of physical training in asthma. *Principles and practice of pulmonary rehabilitation*. Casabury and Petty. Saunders, Philadelphia, 1993.

8) Meyer A et al.: Ambulanter Asthmasport verbessert die körperliche Fitness. *Pneumologie* 1997; 51: 845-849.

9) Emtner M et al.: A 3-Year Follow-Up of Asthmatic Patients Participating in a 10-Week Rehabilitation Program with Emphasis on Physical Training. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 539-544

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

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

1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

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

1.5.6 Medikamentöse Maßnahmen

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

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

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

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

1.5.6.1 Dauertherapie

Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen verwendet werden:

- inhalative Glukokortikosteroide ^{10), 11), 12), 13), 14), 15), 16)} (Beclometason, Budesonid, Fluticason) (Basistherapie),

10) Adams N, Bestall JM, Jones PW: Inhaled beclomethasone versus budesonide for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

als Erweiterung der Basistherapie kommen in Betracht:

- inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika ^{17), 18), 19), 20), 21), 22)},
(Formoterol, Salmeterol),
in begründeten Fällen:
- systemische Glukokortikosteroide,
- Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten ^{23), 24), 25)} (Montelukast), Theophyllin
(Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung).

Nach einer initialen Einweisung in die Inhalationstechnik sollte diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden.

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

-
- 11) Adams N, Bestall JM, Jones PW: Inhaled fluticasone at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
 - 12) Adams N, Bestall J, Jones PW: Inhaled fluticasone propionate for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
 - 13) Adams NP, Bestall JM, Jones PW: Inhaled beclomethasone versus placebo for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
 - 14) Adams N, Bestall J, Jones P: Inhaled budesonide at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
 - 15) Adams N, Bestall J, Jones PW: Budesonide for chronic asthma in children and adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
 - 16) Adams N, Bestall J, Jones P: Inhaled beclomethasone at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
 - 1) Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Empfehlungen zur Therapie des Asthma bronchiale im Erwachsenenalter, 1. Aufl. 2001, AVP Sonderheft.
 - 17) Shrewsbury S, Pyke S, Britton M: Meta-analysis of increased dose of inhaled steroid or addition of salmeterol in symptomatic asthma (MIASMA). *BMJ* 2000; 320: 1368-73.
 - 18) <http://www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2003/ANS01192.html>; Zugriff am 25.1.2003.
 - 19) <http://www.fda.gov/medwatch/SAFETY/2003/serevent.htm>; Zugriff am 25.1.2003.
 - 20) Pauwels RA, Löfdahl CG, Postma DS, et al.: Effect of inhaled formoterol and budesonide on exacerbations of asthma. *N Engl J Med* 1997; 337: 1405-1411.
 - 21) Lazarus SC, Boushey HA, Fahy JV, et al.: Long-acting β_2 -agonist monotherapy vs continued therapy with inhaled corticosteroids in patients with persistent asthma. A randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2583-2593.
 - 22) Lemanske RF, Sorkness CA, Mauger EA, et al.: Inhaled corticosteroid reduction and elimination in patients with persistent asthma receiving salmeterol. A randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2594-2603.
 - 23) Ducharme FM, Hicks GC: Anti-leukotriene agents compared to inhaled corticosteroids in the management of recurrent and/or chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
 - 24) Ducharme F, Hicks K, Kakuma R: Addition of anti-leukotriene agents to inhaled corticosteroids for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
 - 25) Robinson DS, Campbell C, Barnes PJ: Addition of leukotriene antagonists to therapy in chronic persistent asthma: a randomised double-blind placebo-controlled trial. *Lancet* 2001; 357: 2007-2011.

1.5.6.2 Bedarfstherapie

Vorrangig sollen zur Bedarfstherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika ²⁶⁾, (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin) (bevorzugt inhalativ),

in begründeten Fällen:

- kurz wirksame Anticholinergika ^{1), 27), 28)} (Ipratropiumbromid),
- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung),
- systemische Glukokortikosteroide (maximal 1 bis 2 Wochen).

1.5.6.3 Spezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung

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

1.5.6.4 Schutzimpfungen

Schutzimpfungen gegen Influenza und Pneumokokken sollten gemäß den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale erwogen werden.

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

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

1.6.1 Koordinierende/r Ärztin/Arzt

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

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Asthma bronchiale eine 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 § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der

26) Walters EH, Walters J: Inhaled short acting beta2-agonist use in asthma: regular versus as needed treatment (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

27) Plotnick LH, Ducharme FM: Combined inhaled anticholinergics and beta2-agonists for initial treatment of acute asthma in children (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

28) National Institute of Health. Global Initiative for Asthma - Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.com: 2002 (Zugriff am 23.1.2003).

ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder diesem Arzt von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 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.

Bei 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

Die 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 intensivierter Behandlung,
- wenn eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird,
- vorausgegangene Notfallbehandlung,
- Beenden einer antientzündlichen Dauertherapie,
- Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Sinusitis, rezidivierender Pseudo-Krupp),
- Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale,
- Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale,
- Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft.

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

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

- bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,
- bei Erwachsenen: Absinken des Peakflows unter ca. 30 % des persönlichen

- Bestwertes bzw. unter 100 l/min ²⁹⁾), 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 kurzwirksame 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.

Im 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 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 ^{30), 31), 32), 33), 34), 35)}

Bei 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Ziel ist es, eine gemeinsame Qualitätssicherung im Rahmen integrierter Versorgungsprogramme speziell für strukturierte Behandlungsprogramme aufzubauen, um zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu kommen. Die insoweit Zuständigen sind gleichberechtigt zu beteiligen. Bis zur Einführung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gelten die getrennten Zuständigkeiten auch für die strukturierten Behandlungsprogramme.

29) Wettengel R, Berdel D, Hofmann J, et al.: Empfehlungen zur Asthmatherapie bei Kindern und Erwachsenen. Pneumologie 1998; 52: 591-601

30) Cox NJ, Hendricks JC, Binkhorst RA, van Herwaarden CL: A pulmonary rehabilitation program for patients with asthma and mild chronic obstructive pulmonary diseases (COPD). Lung 1993; 171: 235-244.

31) Cambach W, Wagenaar RC, Koelman TW, van Keimpema AR, Kemper HC: The long-term effects of pulmonary rehabilitation in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease: a research synthesis. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80: 103-111.

32) Grootendorst DC et al. : Benefits of high altitude allergen avoidance in atopic adolescents with moderate to severe asthma, over and above treatment with high dose inhaled steroids. Clin Exp Allergy 2001; 31: 400-408.

33) Foglio K, Bianchi L, Bruletti G, Battista L, Pagani M, Ambrosino N: Long-term effectiveness of pulmonary rehabilitation in patients with chronic airway obstruction. Eur Respir J 1999; 13: 125-132.

34) Bauer CP, Petermann F, Kiosz D, Stachow R: Langzeiteffekt der stationären Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit mittelschwerem und schwerem Asthma bronchiale. Pneumologie 2002; 56: 478-485.

35) Petermann F, Gulyas A, Niebank K, Stübing K, Warschburger P: Rehabilitationserfolge bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma und Neurodermitis. Allergologie 2000; 23: 492-502.

3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu Ziffer 3.1 der Anlage 1 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer aktuellen oder längstens zwölf Monate zurückliegenden asthmatischen Anamnese gemäß Ziffer 1.2.1 und das Vorliegen von mindestens einem der folgenden Kriterien erforderlich. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als zwölf Monate sein.

Bei Erwachsenen ist mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV_1/VC kleiner/gleich 70 % und Nachweis der (Teil-)Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach bis zu 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden ⁴⁾
- 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 ist mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV_1/VC kleiner/gleich 75 % und Nachweis der (Teil-)Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % nach bis zu 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden ⁴⁾,
- 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.

4) Weir DC et al.: Time course of response to oral and inhaled corticosteroids in non-asthmatic chronic airflow obstruction. Thorax 1990; 45: 118-121.

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

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

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

4. Schulungen (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Management-Komponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.

4.2 Schulungen der Versicherten

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

Patientenschulungen dienen der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach § 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch herzustellen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt und ihre Ausrichtung an den unter Ziffer 1.3 genannten Therapiezielen belegt werden. Schulungs- und Behandlungsprogramme müssen die individuellen Behandlungspläne berücksichtigen. Schulungsprogramme für Kinder sollen und für Jugendliche können

die Möglichkeit der Schulung von ständigen Betreuungspersonen vorsehen. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

5. Evaluation (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 5 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Anlage 5b: Versorgungsinhalte COPD

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

Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen

Teil II: Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (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 (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

1.1 Definition der chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD)

Die 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.

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

1.2 Hinreichende Diagnostik zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm COPD

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

Anamnestisch 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.

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

Neben der COPD kann ein Asthma bronchiale bestehen. In solchen Fällen bestehen zusätzlich Zeichen der bronchialen Hyperreagibilität und eine größere Variabilität bzw. Reversibilität der Atemwegsobstruktion.

1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

Die Basisdiagnostik umfasst die Messung der Atemwegsobstruktion mit Nachweis einer fehlenden oder geringen Reversibilität. Die Lungenfunktionsdiagnostik dient somit der Sicherung der Diagnose, der differentialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen obstruktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten sowie zur Verlaufs- und Therapiekontrolle.

Für eine 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.

- 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 und Patienten mit FEV1/VC größer 70 % und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat.

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

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

1.3 Therapieziele

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

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

1. Vermeidung / Reduktion von:
 - akuten und chronischen Krankheits-Beeinträchtigungen (z. B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
 - einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung 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

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

Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken. Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen. Für die individuelle Risikoabschätzung sind insbesondere die Lungenfunktion (FEV1) 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^{1, 2, 3}.

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.

¹ Landbo C, Prescott E, Lange P, Vestbo J, Almdal TP: Prognostic value of nutritional status in chronic pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 1856-1861

² Schols AMWJ, Soeters PB, Mostert R, Pluymers RJ, Wouters EFM: Physiological effects of nutritional support and anabolic steroids in COPD patients: a placebo controlled randomised trial. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 1268-1274

³ Wouters EFM, Schols AMWJ: Nutritional support in chronic respiratory diseases. In: Donner CF, Decramer M (Ed): *Pulmonary Rehabilitation 2000*; 5: Monograph 13: 111-131

⁴ Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J.: Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002; 22(4): 267-284

⁵ West R, McNeill A, Raw M.: Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55(12): 987-999

⁶ Silagy, C., Stead, LF: Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 2: CD 000165

⁷ van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RWJG, Jacobs JE, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.

1.5.1.3 Körperliches Training

Körperliches Training führt in der Regel zu einer Verringerung der COPD-Symptomatik, zur Besserung der Belastbarkeit und kann zur Verbesserung der Lebensqualität oder Verringerung der Morbidität beitragen^{8,9,10}. Daher soll die/der behandelnde Ärztin/Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass die Patientin oder der Patient geeignete Maßnahmen des körperlichen Trainings ergreift. Ein regelmäßiges, mindestens einmal wöchentliches Training, soll empfohlen werden. Art und Umfang des körperlichen Trainings sollen sich an der Schwere der Erkrankung und der Verfügbarkeit der Angebote orientieren.

1.5.1.4 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

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

1.5.1.5 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)

Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemtherapie ist ein ergänzender Teil der nicht-medikamentösen Behandlung der COPD^{11,12,13,14,15,16}. In geeigneten Fällen (z. B. starke Schleimretention) kann daher die Ärztin oder der Arzt die Verordnung von Krankengymnastik-Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinien erwägen.

⁸ Griffiths et al. Results at one-year of out-patient multidisciplinary pulmonary rehabilitation. *Lancet* 2000, 355: 362-368

⁹ Garcia-Aymerich J, Farrero E, Felez MA, Izquierdo J, Marrades RM, Anto JM. Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. *Thorax* 2003; 58(2): 100-105.

¹⁰ Pulmonary Rehabilitation Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Guidelines. *Chest* 1997; 112(5): 1363-1396

¹¹ Cegla UH, Jost JH, Harten A, Weber T.: RC-Cornet(R) improves the bronchodilating effect of Ipratropiumbromide (Atrovent(R)) inhalation in COPD-patients [Article in German]: *Pneumologie* 2001; 55(10): 465-469

¹² Cegla UH, Bautz M, Frode G, Werner T.: [Physical therapy in patients with COPD and tracheobronchial instability--comparison of 2 oscillating PEP systems (RC-Cornet, VRP1 Desitin). Results of a randomized prospective study of 90 patients [Article in German]: *Pneumologie* 1997;51(2): 129-136

¹³ Bellone A, Spagnolatti L, Massobrio M, Bellei E, Vinciguerra R, Barbieri A, Iori E, Bendinelli S, Nava S.: Short-term effects of expiration under positive pressure in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and mild acidosis requiring non-invasive positive pressure ventilation. *Intensive Care Med* 2002; 28(5): 581-585

¹⁴ Wijkstra PJ, Ten Vergert EM, van Altena R, Otten V, Kraan J, Postma DS, Koeter GH.: Long term benefits of rehabilitation at home on quality of life and exercise tolerance in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1995; 50: 824-828

¹⁵ Minoguchi H, Shibuya M, Miyagawa T, Kokubu F, Yamada M, Tanaka H, Altose MD, Adachi M, Homma I.: Cross-over comparison between respiratory muscle stretch gymnastics and inspiratory muscle training. *Intern Med* 2002; 41(10): 805-812.

¹⁶ Steier J, Petro W: Physikalische Therapie bei COPD – Evidence based Medicine? *Pneumologie* 2002; 56: 388-396

1.5.2 Langzeit-Sauerstoff-Therapie

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

1.5.2 Häusliche Beatmung

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

1.5.4 Rehabilitation

Die 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^{10,17,18,19,20,21,22,23} sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die COPD und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken. Dabei ist den besonderen Bedürfnissen betroffener Kinder und Jugendlicher Rechnung zu tragen. Die Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit COPD sein.

Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung ist gemäß Ziffer 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 erwägen²⁴.

¹⁷ Lacasse Y, Guyatt GH, Goldstein RS.: The components of a respiratory rehabilitation program: a systematic overview. Chest 1997; 111: 1077-1088.

¹⁸ Lacasse, Y., L. Brosseau, S. Milne et al.; Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease; The Cochrane Library Issue 1, Oxford 2003

¹⁹ Devine EC, Percy J.: Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. Patient Educ Couns 1996; 29: 167-178.

²⁰ Donner CF, Muir JF. Rehabilitation and Chronic Care Scientific Group of the European Respiratory Society. Selection criteria and programmes for pulmonary rehabilitation in COPD patients. Eur Respir J 1997 ; 10: 744-757

²¹ ATS Official Statement: Pulmonary Rehabilitation – 1999. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159: 1666-1682

²² Fishman AP: Pulmonary rehabilitation research. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149: 825-833

²³ Bergmann KC, Fischer J, Schmitz M, Petermann F, Petro W. (Statement der Sektion Pneumologische Prävention und Rehabilitation). Die stationäre pneumologische Rehabilitation für Erwachsene: Zielsetzung - diagnostische und therapeutische Standards - Forschungsbedarf. Pneumologie 1997; 51: 523-532.

²⁴ Worth, H.; Buhl, R.; Cegla, U.; Criée, C. P.; Gillissen, A.; Kardos, P.; Köhler, D.; Magnussen, H.; Meister, R.; Nowak, D.; Petro, W.; Rabe, K. F.; Schultze-Werninghaus, G.; Sitter, H.; Teschler, H.; Welte, T.; Wettengel, R.: Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und

1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

Auf 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 die Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen (z. B. verhaltenstherapeutischen) und/oder psychiatrischen Behandlungen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

1.5.7 Medikamentöse Maßnahmen

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

Vorrangig 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 1.3 genannten Therapieziele in prospektiven randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. Dabei sollen vorrangig diejenigen Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen oder Kombinationen bevorzugt werden, die diesbezüglich den größten Nutzen erbringen.

Da das Ansprechen auf Medikamente individuell und im Zeitverlauf unterschiedlich sein kann (z. B. Theophyllin, inhalative und orale Glukokortikosteroide), ist ggf. ein Auslassversuch unter Kontrolle der Symptomatik und der Lungenfunktion zu erwägen.

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

Ziel 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. In der medikamentösen Behandlung der COPD werden Bedarfstherapeutika (Medikamente, die bei Bedarf, z. B. bei zu erwartenden körperlichen Belastungssituationen oder zur Behandlung von Dyspnoe eingenommen werden) und Dauertherapeutika (Medikamente, die als Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) unterschieden. Vorrangig sollten folgende Wirkstoffgruppen bzw. Wirkstoffe verwendet werden:

Bedarfstherapie:

- kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin), kurzwirksame Anticholinergika (Ipratropiumbromid), Kombination von kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika.

In begründeten Fällen:

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

Falls erforderlich zur Dauertherapie:

- langwirksames Anticholinergikum (Tiotropiumbromid),
- langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (Formoterol, Salmeterol).

In begründeten Einzelfällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung),
- inhalative Glukokortikosteroide^{25,26} (bei mittelschwerer und schwerer COPD, insbesondere, wenn außerdem Zeichen eines Asthma bronchiale bestehen),
- systemische Glukokortikosteroide.
-

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

Nach 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 den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) bei Patientinnen und Patienten mit COPD erwogen werden.

1.5.7.2 Atemwegsinfekte

Infekte führen häufig zu akuten Verschlechterungen der Erkrankung. In diesen Fällen ist primär eine Intensivierung der Bedarfstherapie, insbesondere auch durch kurzfristige Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden, erforderlich. Bei Hinweisen auf bakterielle Infekte (z. B. grün-gelbes Sputum) sollte frühzeitig die Durchführung einer Antibiotikabehandlung erwogen werden²⁷.

²⁵ Calverley P, Pauweis R, Vestbo J et al. Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 449-456

²⁶ Szafranski W, Cukler A, Ramirez G, et al. Efficacy and safety of budesonide/formoterol in the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003; 21: 74-81

²⁷ Stockley RA, O'Brien C, Pye A et al. Relationship of sputum colour to nature and outpatient management of acute exacerbations of COPD. *Chest* 2000; 117: 1638-1645

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

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

1.6.1 Koordinierende/r Ärztin/Arzt

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

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit COPD 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 § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin/diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 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.

Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der Fachärztin/des Facharztes 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

Die 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 intensivierter 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.

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

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

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

Im 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^{28,29}.

2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Ziel ist es, eine gemeinsame Qualitätssicherung im Rahmen integrierter

Versorgungsprogramme speziell für strukturierte Behandlungsprogramme aufzubauen, um zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu kommen. Die insoweit Zuständigen sind gleichberechtigt zu beteiligen. Bis zur Einführung einer sektorübergreifenden

²⁸ Griffith TL, Phillips CJ, Davies S et al: Cost effectiveness of an outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation programme. Thorax 2001; 56: 779-784

²⁹ Griffith TL, Burr ML, Campbell IA et al: Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. Lancet 2000; 355: 362-368

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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu Ziffer 3.1 der Anlage 1 gelten entsprechend.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Für 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. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 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 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 und Patienten mit FEV1/VC größer 70 % und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat.

Versicherte unter 18 Jahren können nicht in Teil II (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms eingeschrieben werden.

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

Anlage Qualitätssicherung

V 3.1 - Stand 03.07.2008

QUALITÄTSSICHERUNG Asthma bronchiale Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 10 der RSAV

Teil 1

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

Teil 2

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

Anm.:

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie				
III. Erhöhung des Anteils der Patientinnen und Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation	Anteil der 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> Alle Patienten mit Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Dauertherapie“ und/oder Feld 5 (ISD) (Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauertherapie“ und/oder Feld 6 (ISD) (kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauertherapie“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6				
IV. 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 12 (ISD) (Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung) veranlasst = „ja“ in der vorhergehenden Dokumentation <u>Nenner:</u> Alle Patienten mit Feld 7 (ISD) (Sonstige asthmaspezifische Medikation) = „Systemische Glukokortikosteroide“ in der aktuellen 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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation				
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 Datenfelder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind	LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung
6. Aktive Teilnahme des Patienten				
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	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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				
VII. 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
6. Aktive Teilnahme der Versicherten				
VIII. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten Zielwert: Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	Zähler: Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen Nenner: Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
IX. 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

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

Erläuterungen und Begründung zur Qualitätssicherung auf Grundlage des Datensatzes nach Anlagen 2 und 10

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

Erläuterungen zu den Algorithmen

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

Zu beachten sind jeweils die Zeiträume, auf die sich eine indikatorgestützte Auswertung oder Maßnahme bezieht. Da Feedbackberichte an den Arzt halbjährlich erfolgen, beziehen sich die Auswertungen auf einen Berichtszeitraum von jeweils einem halben Jahr. Liegen in diesem Zeitraum mehrere Dokumentationen vor, bezieht sich eine Auswertung auf die jeweils jüngste (= aktuelle), sofern dies nicht durch den Algorithmus implizit anders vorgegeben ist. Unter dem Begriff „DMP-Dauer“, der unterschiedlich interpretiert werden kann, ist im Kontext der Anlage zur Qualitätssicherung die Laufzeit des Programms zu verstehen und nicht die Teilnahmedauer einzelner Versicherter am Programm.

Im Falle verlaufsbezogener Auswertungen nach Teilnahmedauer (s.u.) ergibt sich die Notwendigkeit, Zeiträume eindeutig zu definieren: Bezugsgrößen sind hier immer das Datum der Einschreibung sowie die im DMP durchlaufene Mindest-Teilnahmezeit, die durch den Beginn des darauf folgenden Berichtszeitraums beendet wird. So entspricht z. B. bei halbjährlichen Berichtszeiträumen eine Teilnahmedauer von 1 Jahr einer Folgedokumentation ≥ 1 Jahr und $< 1,5$ Jahre nach Datum der Einschreibung des zugehörigen Patienten. Auch hier gilt bei Vorliegen mehrerer Dokumentationen im selben Zeitraum, dass die jüngere Dokumentation maßgeblich ist. Nach längerer Laufzeit des DMPs können verlaufsbezogene Darstellungen aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit auch auf Jahresräume abzielen.

Allgemein

Die Qualitätssicherung soll gewährleisten, dass die zentralen Intentionen, die mit dem strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma bronchiale verbunden sind, auch tatsächlich umgesetzt werden. Gemäß der RSAV muss die Qualitätssicherung folgende Bereiche abdecken:

- Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien (einschließlich Therapieempfehlung)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität
- Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation
- Aktive Teilnahme der Versicherten

Die Auswahl der Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen wurde so getroffen, dass für alle relevanten Bereiche der Qualitätssicherung jeweils relevante und nachvollziehbare QS-Ziele überprüft werden. Die Interpretation der Ergebnisse einzelner Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgt dabei unter Berücksichtigung unterschiedlicher Risikostrukturen.

Die an den Arzt gerichtete Qualitätssicherung wird vorrangig über den Feedback-Bericht geleistet. Dieser Bericht wird halbjährlich erstellt und den teilnehmenden Ärzten zugesandt. Darin werden alle relevanten Daten ausgewertet und jeweils die Daten der eigenen Praxis mit dem Durchschnitt aller teilnehmenden Praxen gegenübergestellt. Dadurch ist ein aussagekräftiger Vergleich der jeweiligen Praxis mit dem Praxisdurchschnitt möglich. Zudem werden dem DMP-Arzt allgemeine Hinweise und Fragen zur möglichen Verbesserung der Patienten-Versorgung zur Verfügung gestellt. Dadurch wird der Feedback-Bericht zu einem praktischen Instrument zur Erreichung der QS-Ziele.

Eve A. Kerr et al. haben in einer jüngeren Untersuchung auf die Unzulänglichkeiten vieler Qualitätssicherungsmaßnahmen hingewiesen, die eine zu ungenaue Verknüpfung von QS-Zielen und den klinischen Parametern aufweisen. Daher war die Absicht bei der Auswahl der Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen, eine möglichst enge Verbindung von QS-Zielen und klar definierten Ergebnisparametern herzustellen.

Literatur

E. Kerr et al: Avoiding Pitfalls in Chronic Disease Quality Management: A Case for the Next Generation of Technical Quality Measures, Am J Manag Care 2001; 7: 11, 1033-1043

Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sollen Qualität messbar machen und darüber hinaus einen Anreiz darstellen, unbefriedigende Werte zu verbessern; weiterhin sollten sie es durch die Schaffung eines gemeinsamen Koordinatensystems ermöglichen, Ergebnisse auf nationaler sowie internationaler Ebene miteinander zu vergleichen und zu diskutieren. Die bereits auf internationaler und nationaler Ebene (z.B. RAND, NCQA, FACCT, NHS; AQUA)² entwickelten und in Leitlinien³ beschriebenen Qualitätsindikatoren wurden bei der Auswahl der Qualitätsziele, sofern dies die Datenvorgabe erlaubt, entsprechend berücksichtigt.

Bei der Auswahl von QS-Zielen wurden die Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma bronchiale von zentraler Bedeutung sind. Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten anzustreben:

- Reduktion der asthmabedingten Letalität
- Vermeidung bzw. Reduktion von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen, (z. B. Symptome, akute Asthma-Anfälle/Exazerbationen) sowie krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag bzw. krankheitsbedingten Beeinträchtigung der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen,
- Vermeidung bzw. Reduktion einer Progredienz der Erkrankung
- Vermeidung bzw. Reduktion einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag und von unerwünschten Wirkungen der Therapie.
- Zur Erreichung dieser Ziele spielen neben der medikamentösen antiasthmatischen Therapie insbesondere nichtmedikamentöse Maßnahmen (z. B. Erstellen eines Selbstmanagement-Plans, körperliche Aktivitäten) sowie Schulungsmaßnahmen eine wichtige Rolle. Diese Maßnahmen verlangen die aktive Teilnahme der Versicherten.

In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika (Medikamente, die als antientzündliche Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika unterschieden. Unter den Bedarfstherapeutika spielen die inhalativen kurzwirksamen β -2-Symathomimetika eine wichtige Rolle für das Selbst-Management der Patienten, da sie je nach Bedarf z. B. bei akuter Dyspnoe durch Allergenexposition oder zu erwartender körperlicher Belastungssituation eingenommen werden.

Die medikamentöse Therapie des Asthma bronchiale orientiert sich am Schweregrad der Erkrankung. Es konnte gezeigt werden, dass inhalative Steroide aufgrund ihrer antiinflammatorischen Wirkung die Exazerbationsrate und somit auch die Häufigkeit notfallmäßiger Behandlungen reduzieren können, weshalb ihr frühzeitiger Einsatz als Dauertherapie empfohlen wird. Insbesondere bei inhalativer

² RAND: Research and Development- Collaboration (www.rand.org), NCQA: National Committee for Quality Assurance (www.ncqa.org), FACCT: FACCT (foundation for accountability; (www.facct.org), NHS: NHS (National Health Service) Performance Indicators. (www.doh.gov.uk), AQUA: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (www.aqua-institut.de)

³ S. Abschnitt Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, Literatur
dmp_asthma-copd_anlage06a_2008-07-03.doc

Therapie mit langwirksamen β -2 Sympathomimetika, aber auch bei den übrigen bronchodilatatorisch wirksamen Dauertherapien sollte gleichzeitig eine antiinflammatorische Therapie mit inhalativen Steroiden durchgeführt werden. Auch bei oraler Therapie mit Steroiden sollte eine inhalative Steroidgabe erfolgen, weshalb sich dieser Qualitätsindikator auf alle eingeschriebenen Patienten mit Dauermedikation bezieht.

Übereinstimmung mit bereits entwickelten Qualitätsindikatoren besteht auch auf dem Gebiet der nicht-medikamentösen Therapie (Qualitätsindikator „Schulungen“ und „Selbstmanagement-Plan), da der Nutzen strukturierter Schulungsprogramme, die insbesondere auf das Selbstmanagement bei Verschlechterung der pulmonalen Situation ausgerichtet sind, ausreichend belegt ist. Weitere Qualitätsindikatoren beziehen sich auf die Häufigkeit der notfallmäßigen stationären und nicht-stationären Behandlungen als vergleichbare Parameter.

Literatur

- Marshall M, Campbell S, Hacker J, Roland MI: Quality Indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers. London u.a., Royal Society of Medicine Press Ltd. 2002
- Oedekoven C, Volmer T, Meyer . Indikatoren für das ambulante Qualitätsmanagement bei Patienten mit Asthma bronchiale. ZaeFQ 2000; 94:11-19
- Szecsenyi J, Stock J, Broge B : Qualität greifbarer machen: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze; Managed Care 2003; 1:18-20

Schneider A, Broge B, Szecsenyi J. Müssen wir messen um (noch) besser zu werden? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement. Z. Alleg.Med. 2003; 79:547-552

Ein weiteres wichtiges Therapieziel ist die Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Asthma, wobei die derzeitigen Studienlage nur eine grobe Abschätzung darüber erlaubt, in welchem Ausmaß eine leitliniengerechte Therapie tatsächlich die Anzahl notfallmäßiger Behandlungen reduzieren kann . Die Zahl der notfallmäßigen nichtstationärer Behandlungen wegen Asthma hat sich als schwer operationalisierbar erwiesen und wird durch die Dokumentation daher nicht mehr abgebildet. Daher entfällt dieser Qualitätsindikator.

Literatur

Vermeidung notfallmäßiger Behandlungen

- Gibson PG, Powell H, Coughlan J et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software
- Rabe KF, Vermeire PA, Soriano KB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir J 2000; 16:802-807
- National Institute of Health. Global Initiative for Asthma - Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.com: 2002

- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Asthma bronchiale" 2001; www.leitlinien.de

Nichtmedikamentöse Therapie

- Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM: Effects of Educational interventions for self-management of asthma in children and adolescents: systematic review and metaanalysis. BMJ 2003; 326:1308-1309
- Gibson PG, Powell H, Coughlan J et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software
- Ram FSF, Robinson SM, Black PN. Physical training for asthma (Cochrane review) In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software

Medikamentöse Therapie

- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie des Asthma bronchiale im Erwachsenenalter, 1. Aufl. 2001, AVP Sonderheft
- Walters EH, Walters J. Inhaled short acting beta2-agonist use in asthma: regular versus as needed treatment (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
- Adams N, Bestall JM, Jones PW. Inhaled fluticasone at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Up-date Software
- Shrewsbury S, Pyke S, Britton M. Meta-analysis of increased dose of inhaled steroid or addition of salmeterol in symptomatic asthma (MIASMA). BMJ 2000;320:1368-73

Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6

In der RSAV werden allen Beteiligten z. B. Patienten, ambulanten und stationären Ärzten Entscheidungshilfen geben, wann sie die nächste Versorgungsebene aufsuchen müssen bzw. die Notwendigkeit hierfür prüfen sollen. Der gewählte Qualitätsindikator hat wegen der ausgeprägten Spätfolgen einer systemischen Kortikosteroidtherapie für die betroffenen Patienten eine hohe Relevanz. Wegen der erheblichen Nebenwirkungen sollen zur Dauertherapie systemische Glukokortikosteroide nur in begründeten Einzelfällen zur Anwendung kommen. Dies soll dadurch gewährleistet werden, dass Patienten vor Beginn einer Dauertherapie mit Glukokortikosteroiden zu einem Facharzt überwiesen werden.

Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität

Entgegen der Vorgaben in §28c und der Ziffer 2 der Anlage 1 der RSAV wird in den Qualitätssicherungsanlagen auf eine explizite Nennung des Bereichs „einzuhaltende Strukturqualität“ verzichtet.

Leistungserbringer bzw. Versorgungseinrichtungen müssen festgelegte Mindestkriterien zu beruflicher Qualifikation sowie personeller und apparativer Ausstattung erfüllen, um am DMP teilnehmen zu können. Diese Anforderungen sind in den DMP-vertraglichen Anlagen zur Strukturqualität festgelegt und werden zu Beginn einer Teilnahme geprüft. Ein Nicht-Vorliegen der geforderten Qualifikation schließt die Teilnahme aus. Die vertragliche Vereinbarung stellt damit indirekt sicher, dass alle teilnehmenden Leistungserbringer die geforderten Voraussetzungen erfüllen, wodurch ein mit einem Indikator unterlegtes Qualitätsziel im Kontext dieser Anlage entbehrlich wird. Dementsprechend wird im Rahmen der Dokumentation auch kein Parameter erhoben, der die Messung oder Überprüfung eines Ziels zur Einhaltung der Strukturqualität gestatten würde.

Aktive Teilnahme der Versicherten

Die aktive Teilnahme der Versicherten ist ein essentieller Bestandteil, den die RSAV für strukturierte Behandlungsprogramme für Asthma bronchiale fordert. Dementsprechend wurden QS-Ziele für diesen Bereich definiert: Die Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten und die Wahrnehmung empfohlener bzw. die Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen. Aus Erfahrungen mit anderen Projekten ist abzulesen, dass eine direkte Versichertenkommunikation die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme steigert.

Die einzige Ausnahme von den anlassbezogenen sich direkt an den Versicherten richtenden Maßnahmen liegt bei dem Qualitätsziel „Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen“ vor. Hier wird durch die Berücksichtigung von Abrechnungsdaten die Rate tatsächlich durchgeführter Schulungen unter den empfohlenen Schulungen ermittelt. Über diese Rate gibt der jährliche Qualitätsbericht der Krankenkassen Aufschluss. Die Berücksichtigung eines Parameters zur Abrechnung für versichertenorientierte Maßnahmen ist wegen der großen Latenzzeit, mit der solche Daten vorliegen, nicht sinnvoll im Rahmen einer anlassbezogenen Versichertenkommunikation zu operationalisieren. Diese Latenz beträgt unter Berücksichtigung der Möglichkeit, einen Schulungstermin aus guten und unverschuldeten Gründen nicht wahrnehmen zu können, über ein Jahr. Ein Bezug zur Empfehlung des Arztes an einer Schulung teilzunehmen wäre damit für den Patienten in der Regel nicht mehr nachvollziehbar.

Literatur

Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten

Evaluation des Gesundheitsmanagementprojektes der AOK Schleswig-Holstein im Rahmen der Sekundär-/Tertiärprävention, Abschlussbericht, WIDO

Anlage Qualitätssicherung

V 3.1 - Stand 03.07.2008

QUALITÄTSSICHERUNG COPD Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 12 der RSAV

Teil 1

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

Teil 2

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

Anm.:

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

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 patientenbezogenen Häufigkeiten der Exazerbationen</i>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
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 -2. Nachtrag, Stand 01.08.2008

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 Zielwert: $\leq 10\%^3$	<u>Zähler</u> Anzahl der Patienten mit Feld 8 (ISD) (sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Systemische Glukokortikosteroide“ in der aktuellen Dokumentation und 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				
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 Zielwerte: $\geq 90\%$	<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 aktuellen Dokumentation und in der vorhergehenden Dokumentation und nicht in der vorletzten Dokumentation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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.
DMP Asthma/COPD -2. Nachtrag, Stand 01.08.2008

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 <u>Zielwert:</u> ≥95%	Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen <u>Zähler:</u> Anzahl der bei Ersteingang vollständigen und plausiblen Dokumentationen <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum	Wenn nicht alle erforderlichen Datenfelder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind	LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung	

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) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

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

Erläuterungen und Begründung zur Qualitätssicherung auf Grundlage des Datensatzes nach Anlagen 2 und 12

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

Erläuterungen zu den Algorithmen

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

Zu beachten sind jeweils die Zeiträume, auf die sich eine indikatorgestützte Auswertung oder Maßnahme bezieht. Da Feedbackberichte an den Arzt halbjährlich erfolgen, beziehen sich die Auswertungen auf einen Berichtszeitraum von jeweils einem halben Jahr. Liegen in diesem Zeitraum mehrere Dokumentationen vor, bezieht sich eine Auswertung auf die jeweils jüngste (= aktuelle), sofern dies nicht durch den Algorithmus implizit anders vorgegeben ist. Unter dem Begriff „DMP-Dauer“, der unterschiedlich interpretiert werden kann, ist im Kontext der Anlage zur Qualitätssicherung die Laufzeit des Programms zu verstehen und nicht die Teilnahmedauer einzelner Versicherter am Programm.

Im Falle verlaufsbezogener Auswertungen nach Teilnahmedauer (s.u.) ergibt sich die Notwendigkeit, Zeiträume eindeutig zu definieren: Bezugsgrößen sind hier immer das Datum der Einschreibung sowie die im DMP durchlaufene Mindest-Teilnahmezeit, die durch den Beginn des darauf folgenden Berichtszeitraums beendet wird. So entspricht z. B. bei halbjährlichen Berichtszeiträumen eine Teilnahmedauer von 1 Jahr einer Folgedokumentation ≥ 1 Jahr und $<$

1,5 Jahre nach Datum der Einschreibung des zugehörigen Patienten. Auch hier gilt bei Vorliegen mehrerer Dokumentationen im selben Zeitraum, dass die jüngere Dokumentation maßgeblich ist. Nach längerer Laufzeit des DMPs können verlaufsbezogene Darstellungen aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit auch auf Jahresräume abzielen.

Allgemein

Die Qualitätssicherung soll gewährleisten, dass die zentralen Intentionen, die mit dem strukturierten Behandlungsprogramm für COPD verbunden sind, auch tatsächlich umgesetzt werden. Gemäß der RSAV muss die Qualitätssicherung folgende sechs Bereiche abdecken:

1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6
4. Einhaltung der in Verträgen vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität
5. Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation
6. Aktive Teilnahme der Versicherten

Die Auswahl der Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen wurde so getroffen, dass für alle relevanten Bereiche der Qualitätssicherung jeweils relevante und nachvollziehbare QS-Ziele überprüft werden.

Die Leistungserbringer-bezogene Qualitätssicherung wird vorrangig über den **Feedback-Bericht** an den Leistungserbringer geleistet. Dieser Bericht wird halbjährlich erstellt und den teilnehmenden Ärzten zugesandt. Darin werden alle relevanten Daten ausgewertet und jeweils die Daten der eigenen Praxis dem Durchschnitt aller teilnehmenden Praxen gegenübergestellt. Dadurch ist ein aussagekräftiger Vergleich der jeweiligen Praxis mit dem Praxisdurchschnitt möglich. Zudem wird der teilnehmende Arzt durch allgemeine Hinweise und Fragen zur Optimierung der Patientenversorgung angeregt. Dadurch wird der Feedback-Bericht zu einem praktischen Instrument im Kreislauf der Qualitätsverbesserung.

Eve A. Kerr et al. haben in einer jüngeren Untersuchung auf die Unzulänglichkeiten vieler Qualitätssicherungsmaßnahmen hingewiesen, die eine zu ungenaue Verknüpfung von QS-Zielen und den klinischen Parametern aufweisen. Daher war die Absicht bei der Auswahl unserer Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen führend, eine möglichst enge Verbindung von QS-Zielen und klar definierten Ergebnisparametern herzustellen.

Literatur

E. Kerr et al: Avoiding Pitfalls in Chronic Disease Quality Management: A Case for the Next Generation of Technical Quality Measures, Am J Manag Care 2001; 7: 11, 1033-1043

Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien

Medizinischer Kernpunkt der QS ist die Behandlung nach den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien. Bei der Auswahl von QS-Zielen wurden die Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für Chronisch obstruktive Lungenerkrankung von zentraler Bedeutung sind. Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten anzustreben:

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

Zur Erreichung dieser Ziele spielen neben der medikamentösen Therapie insbesondere nichtmedikamentöse Maßnahmen (z. B. Maßnahmen zur Raucherentwöhnung, körperliche Aktivitäten) sowie strukturierte Schulungsmaßnahmen eine wichtige Rolle. Diese Maßnahmen verlangen die aktive Teilnahme der Versicherten.

Der Verlust der Lungenfunktion bei COPD-Patienten ist insbesondere auf fortgesetztes Inhalationsrauchen und häufige Exazerbationen zurückzuführen. Rauchverzicht kann den Verlust der Lungenfunktion, gemessen an der Einsekundenkapazität, auf lange Sicht verringern. Hierbei erweist sich die Kombination aus individueller Gesundheitsaufklärung, regelmäßigen Gruppensitzungen und Nikotin-Ersatztherapie als langfristig wirksam.

Ambulante COPD-Schulungen im ambulanten Umfeld durch entsprechend ausgebildetes Personal haben einen wichtigen Stellenwert in den strukturierten Behandlungsprogramm, da sie

DMP Asthma/COPD -2. Nachtrag, Stand 01.08.2008

sowohl die Lebensqualität verbessern, als auch Notfälle und Krankenhaustage reduzieren können.

Ziel der medikamentösen Behandlung der COPD ist es insbesondere, die Symptomatik zu verbessern und Exazerbationen früh zu behandeln sowie deren Rate zu reduzieren. Hierbei werden Bedarfstherapeutika (Medikamente, die bei Bedarf z. B. akuter Dyspnoe oder zu erwartender körperlicher Belastungssituation eingenommen werden) und Dauertherapeutika (Medikamente, die als antientzündliche Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) unterschieden.

Eine Reduktion der Symptome ist durch kurz wirksame Betamimetika und Ipratropiumbromid gleichwertig möglich. Wegen der erheblichen Nebenwirkungen sollen zur Dauertherapie systemische Glukokortikosteroide nur in begründeten Einzelfällen zur Anwendung kommen.

Literatur

- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "COPD" 2003; www.leitlinien.de
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2003. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute.
- Worth, H.; Buhl, R.; Cegla, U.; Criée, C. P.; Gillissen, A.; Kardos, P.; Köhler, D.; Magnussen, H.; Meister, R.; Nowak, D.; Petro, W.; Rabe, K. F.; Schultze-Werninghaus, G.; Sitter, H.; Teschler, H.; Welte, T.; Wettengel, R.: Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) Pneumologie 2002; 11

Nichtmedikamentöse Therapie

- Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. JAMA 1994; 272(19): 1497-1505.
- Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166 (5): 675-679
- Monninkhof E, van d, V, van der PJ, van Herwaarden C, Partridge G. Self-management education for patients with chronic obstructive disease: a systematic review. Thorax 2003; 58(5): 394-398.
- Cambach W, Wagenaar RC, Koelman TW, van Keimpema AR, Kemper HC: The long-term effects of pulmonary rehabilitation in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease: a research synthesis. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80: 103-111
- Puente-Maestu L, Sanz ML, Sanz P, Cubillo JM, Mayol J, Casaburi R: Comparison of effects of supervised versus self-monitored training programmes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2000; 15(3): 517-525

Medikamentöse Therapie

- Brown CD, McCrory D, White J. Inhaled short-acting beta2-agonists versus ipratropium for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Appleton S, Poole P, Smith B, et al. Long-acting beta2-agonists for chronic obstructive pulmonary disease patients with poorly reversible airflow limitation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Highland KB, Strange C, Heffner JE. Long-term effects of inhaled corticosteroids on FEV1 in patients with chronic obstructive pulmonary disease. A Meta-analysis. *Ann Intern Med* 2003;138:969-73
- Barr RG, Rowe BH, Camargo CA. Methyl-xanthines for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2003;327:643
- Poole PJ, Black PN. Mucolytic agents for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Crockett AJ, Cranston JM, Moss JR, et al. Domiciliary oxygen for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sollen Qualität messbar machen und darüber hinaus einen Anreiz darstellen, unbefriedigende Werte zu verbessern; weiterhin sollten sie es durch die Schaffung eines gemeinsamen Koordinatensystems ermöglichen, Ergebnisse auf nationaler sowie internationaler Ebene miteinander zu vergleichen und zu diskutieren. Die bereits auf internationaler und nationaler Ebene (z. B. RAND, NCQA, FACCT, NHS; AQUA)¹ entwickelten Qualitätsindikatoren orientieren sich größtenteils an der Diagnose Asthma bronchiale und sind nur bedingt auf die COPD übertragbar. Beispiele für ausschließlich für COPD entwickelte Qualitätsindikatoren sind den ICSI-Leitlinien sowie den Leitlinien der British Thoracic Society² zu entnehmen und wurden bei der Auswahl der Qualitätsziele, sofern dies die Datenvorgabe erlaubt, entsprechend berücksichtigt.

Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung haben gegenüber Patienten mit normaler Lungenfunktion eine geringere Lebenserwartung, wobei der Verlauf der Lungenfunktion maßgeblich die Prognose bestimmt. Der Verlust der Lungenfunktion ist insbesondere auf fortgesetztes Inhalationsrauchen und häufige Exazerbationen zurückzuführen.

Wichtige Qualitätsindikatoren beziehen sich demnach auf die Häufigkeit der notfallmäßigen stationären Behandlungen wegen COPD bzw. der Exazerbationen der Erkrankung. Ferner spielt die korrekte Inhalationstechnik für die Anwendung von inhalativ applizierten Medikamenten eine entscheidende Rolle, so dass eine regelmäßige Überprüfung der Inhalationstechnik notwendig ist. Der bisherige Qualitätsindikator „Erhöhung des Anteils der rauchenden Patienten, denen ein Rauchverzicht empfohlen wurde“ lässt sich durch die Dokumentationsparameter nicht mehr darstellen. An seiner Stelle wurde ein Indikator zum Anteil der Raucher unter den teilnehmenden Patienten aufgenommen, über den sich beobachten lässt, ob dieser Anteil sich im DMP-Verlauf erniedrigt.

Einigkeit besteht auch darin, dass bei der COPD die Mitarbeit der Patienten eine entscheidende Rolle spielt. Insofern gelten Schulungen ebenfalls als wichtiges abprüfbares Qualitätsziel.

¹RAND: Research and Development- Collaboration (www.rand.org)

NCQA: National Committee for Quality Assurance (www.ncqa.org)

FACCT: FACCT (foundation for accountability; (www.facct.org))

NHS: NHS (National Health Service) Performance Indicators. (www.doh.gov.uk)

AQUA: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (www.aqua-institut.de)

²ICSI: Institute for Clinical Systems Improvement. COPD. 2003. www.icsi.org

British Thoracic Society. Rehabilitation. Thorax 2001.; 56:827-34

dmp_asthma-copd_anlage06b_2008-07-03.doc

Literatur

- Marshall M et al: Quality Indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers. London u.a., Royal Society of Medicine Press Ltd. 2002
- Oedekoven C, Volmer T, Meyer . Indikatoren für das ambulante Qualitätsmanagement bei Patienten mit Asthma bronchiale. ZaeFQ 2000; 94:11-19
- Szecsenyi J, StockJ., Broge B : Qualität greifbarer machen: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze; Managed Care 2003; 1:18-20

Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6

In der RSAV werden allen Beteiligten z. B. Patienten, ambulanten und stationären Ärzten Entscheidungshilfen geben, wann sie die nächste Versorgungsebene aufsuchen müssen bzw. die Notwendigkeit hierfür prüfen sollen. Der gewählte Qualitätsindikator hat wegen der ausgeprägten Spätfolgen einer systemischen Kortikosteroidtherapie für die betroffenen Patienten eine hohe Relevanz. Wegen der erheblichen Nebenwirkungen sollen zur Dauertherapie systemische Glukokortikosteroide nur in begründeten Einzelfällen zur Anwendung kommen. Dies soll dadurch gewährleistet werden, dass Patienten vor Beginn einer Dauertherapie mit Glukokortikosteroiden zu einem Facharzt überwiesen werden.

Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität

Entgegen der Vorgaben in §28c und der Ziffer 2 der Anlage 1 der RSAV wird in den Qualitätssicherungsanlagen auf eine explizite Nennung des Bereichs „einzuhaltende Strukturqualität“ verzichtet.

Leistungserbringer bzw. Versorgungseinrichtungen müssen festgelegte Mindestkriterien zu beruflicher Qualifikation sowie personeller und apparativer Ausstattung erfüllen, um am DMP teilnehmen zu können. Diese Anforderungen sind in den DMP-vertraglichen Anlagen zur Strukturqualität festgelegt und werden zu Beginn einer Teilnahme geprüft. Ein Nicht-Vorliegen der geforderten Qualifikation schließt die Teilnahme aus. Die vertragliche Vereinbarung stellt damit indirekt sicher, dass alle teilnehmenden Leistungserbringer die geforderten Voraussetzungen erfüllen, wodurch ein mit einem Indikator unterlegtes Qualitätsziel im Kontext dieser Anlage entbehrlich wird. Dementsprechend wird im Rahmen der Dokumentation auch

dmp_asthma-copd_anlage06b_2008-07-03.doc

kein Parameter erhoben, der die Messung oder Überprüfung eines Ziels zur Einhaltung der Strukturqualität gestatten würde.

Aktive Teilnahme der Versicherten

Die aktive Teilnahme der Versicherten ist ein essentieller Bestandteil, den die RSAV für strukturierte Behandlungsprogramme für COPD fordert. Dementsprechend wurden QS-Ziele für diesen Bereich definiert: Die Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten, die und die Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen.

Aus Erfahrungen mit anderen Projekten ist abzulesen, dass eine direkte Versichertenkommunikation die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme steigert. Hierunter fällt auch die Bestrebung den Patienten bei der Änderung von Verhaltensweisen zu unterstützen. Insbesondere bei Wunsch nach Beendigung eines Tabakkonsums kann seitens der betreuenden Krankenkasse informative Unterstützung geboten und auf entsprechende Programme hingewiesen werden.

Die einzige Ausnahme von den anlassbezogenen sich direkt an den Versicherten richtenden Maßnahmen liegt bei dem Qualitätsziel „Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen“ vor. Hier wird durch die Berücksichtigung von Abrechnungsdaten die Rate tatsächlich durchgeführter Schulungen unter den empfohlenen Schulungen ermittelt. Über diese Rate gibt der jährliche Qualitätsbericht der Krankenkassen Aufschluss. Die Berücksichtigung eines Parameters zur Abrechnung für versichertenorientierte Maßnahmen ist wegen der großen Latenzzeit, mit der solche Daten vorliegen, nicht sinnvoll im Rahmen einer anlassbezogenen Versichertenkommunikation zu operationalisieren. Diese Latenz beträgt unter Berücksichtigung der Möglichkeit, einen Schulungstermin aus guten und unverschuldeten Gründen nicht wahrnehmen zu können, über ein Jahr. Ein Bezug zur Empfehlung des Arztes an einer Schulung teilzunehmen wäre damit für den Patienten in der Regel nicht mehr nachvollziehbar.

Literatur

Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten

Evaluation des Gesundheitsmanagementprojektes der AOK Schleswig-Holstein im Rahmen der Sekundär-/Tertiärprävention, Abschlussbericht, WIDO

7a und 7 b sowie 8 Anlage 7a

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

Leistungserbringer-Verzeichnis Asthma bronchiale (ambulanter Sektor)

Versorgungsebenen (nur Einfachnennung möglich)

- 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 § 116b 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 § 116b 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)

Schulungsberechtigung (Mehrfachnennungen möglich)

1 = **Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und**

Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.

2 = **NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene**

Asthmatiker (eine Fortentwicklung bzw. Variation von **AFAS = Die Ambulante Fürther Asthmaschulung**)

LANR.	BSNR	angeste- lter Arzt/Ver- tragsarz t ¹	Anrede	Name	Vor- name	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon-Nr.	Koord. Arzt	Ver- sorg.- ebene	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Schulungs- berechtigung	

Hinweise

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

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

¹ Vertragsarzt/angestellter Arzt; in diese Spalte ist pro Arzt entweder die Ziffer 1 oder 2 einzutragen (1=Vertragsarzt/2=angestellter Arzt)

Anlage 7b

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

Leistungserbringer-Verzeichnis COPD (ambulanter Sektor)

Versorgungsebenen (nur Einfachnennung möglich)

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 § 116b 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. Versorgungsebene zugelassen oder ermächtigt sind oder die nach § 116b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen

Schulungsberechtigung (Mehrfachnennungen möglich)

1 = **Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Lungenemphysem – Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten (COBRA)**, eine Umbenennung von das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE)

Anlage 8 indikationsübergreifende Dokumentation gemäß Anlage 2 RSAV

Anlage 2:
(zu §§ 28b bis 28g)

indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name des Versicherten	Familiename, Vorname
3	Geburtsdatum des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträger	Name der Krankenkasse
5	Krankenkassen-Nummer	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 / Schlaganfall / Chronische Herzinsuffizienz / Asthma bronchiale / COPD / Keine der genannten Erkrankungen
18	Serum-Kreatinin ⁴	mg/dl / µmol/l / nicht bestimmt
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote	Tabakverzicht / Ernährungsberatung / Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
21	Nächste Dokumentationserstellung geplant am (optionales Feld)	TT.MM.JJJJ

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

⁴ Bei KHK, Asthma bronchiale und COPD nur optional auszufüllen

Anlage 9a Dokumentation Asthma bronchiale

Anlage 10:

(zu §§ 28b bis 28g)

Asthma bronchiale		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Häufigkeit von Asthma-Symptomen ¹	Täglich / Wöchentlich / Seltener als wöchentlich / Keine
2	Aktueller Peak-Flow-Wert	Wert / Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
Medikamente		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein / Systemische Glukokortikosteroide / 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 / Nicht durchführbar
12	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein

¹ Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

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

Anlage 9b Dokumentation COPD

Anlage 12:

(zu §§ 28b bis 28g)

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate)	X,XX Liter / Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
2	Häufigkeit von Exazerbationen ¹ seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
Medikamente		
4	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Lang wirksame Anticholinergika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
8	Sonstige diagnosespezifische Medikation	Nein / Theophyllin / Inhalative Glukokortikosteroide / Systemische Glukokortikosteroide / Andere
Schulung		
9	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
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

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

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Asthma

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma

050AH

Krankenhaus-IK

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 der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV 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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Asthma

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma

050AH

Krankenhaus-**IK**

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 der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV 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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Asthma

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma

050AH

Krankenhaus-IK

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 der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV 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.

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
- bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität

2. Reduktion der asthmabedingten Sterblichkeit.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) 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 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:

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)

Medikamente der Bedarfstherapie:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)
- und in begründeten Fällen:
- kurz wirksame Anticholinergika
 - Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)
 - systemische Glukokortikosteroide (maximal 1 – 2 Wochen)

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). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

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 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 auch Sie 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
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für COPD

OB0AH

Krankenhaus-IK

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 der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV 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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für COPD

OBDAH

Krankenhaus-IK

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 der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV 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.

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 Beeinträchtigungen (z. B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen)
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag und
- einem raschen Vorschreiten der Erkrankung

bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie

2. Reduktion der COPD-bedingten Sterblichkeit

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) 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 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.

Bei COPD gehören zu den vorrangig zu verwendenden Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffen:

Medikamente zur Dauertherapie:

- lang wirksame Anticholinergika
- lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika

und in begründeten Einzelfällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- inhalative Glukokortikosteroide (bei mittelschwerer und schwerer COPD)
- systemische Glukokortikosteroide

Medikamente der Bedarfstherapie:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika
- kurz wirksame Anticholinergika
- Kombination von kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

und in begründeten Fällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher 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.

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 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). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

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 auch Sie 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

zu dem Vertrag nach § 73a SGB V über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme Asthma zwischen den Krankenkassen und ihrer Verbände 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-Corzillus 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) Suppl 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 § 137 f SGB V – Asthma sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen und ihrer Verbände 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, Münks-Lederer C, Worth, H: „Evaluation des ambulanten Fürther Schulungsprogramms für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis Lungenemphysem (AFBE)“