

V E R T R A G

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

dem BKK-Landesverband NORDWEST

- handelnd für die Betriebskrankenkassen -

der IKK classic

**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als landwirtschaftliche Krankenkasse**

der KNAPPSCHAFT

den Ersatzkassen

- **Techniker Krankenkasse (TK)**

- **BARMER**

- **DAK-Gesundheit**

- **Kaufmännische Krankenkasse (KKH)**

- **Handelskrankenkasse (hkk)**

- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

über ein

strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP)

nach § 137 f SGB V

zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung
von Versicherten mit Asthma bronchiale bzw. COPD

INHALTSVERZEICHNIS

PRÄAMBEL

ABSCHNITT I – ZIELE, GELTUNGSBEREICH

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

ABSCHNITT II – TEILNAHME DER ÄRZTE UND SONSTIGEN LEISTUNGSERBRINGER

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlich qualifizierten Versorgungssektors
- § 4a Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Verzeichnis der Ärzte und sonstigen Leistungserbringer

ABSCHNITT III – VERSORGUNGSINHALTE

- § 9 Medizinische Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale/COPD

ABSCHNITT IV – QUALITÄTSSICHERUNG

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 11a Förderung der Wirtschaftlichkeit
- § 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzung

ABSCHNITT V – TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DES VERSICHERTEN

- § 13 Teilnahmevoraussetzungen
- § 14 Information und Einschreibung
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 16 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 17 Wechsel des koordinierenden Arztes
- § 18 Teilnehmerverzeichnis

ABSCHNITT VI – SCHULUNGEN

- § 19 Schulungen für Ärzte
- § 20 Schulungen für Versicherte

ABSCHNITT VII – ÜBERMITTLUNG DER DOKUMENTATION AN EINE DATENSTELLE UND DEREN AUFGABEN

- § 21 Datenstelle
- § 22 Erst- und Folgedokumentationen
- § 23 Datenfluss zur Datenstelle
- § 24 Datenzugang
- § 25 Datenaufbewahrung und –löschung

ABSCHNITT VIII – DATENFLUSS AN DIE KRANKENKASSEN, DIE KV NORDRHEIN UND DIE GEMEINSAME EINRICHTUNG

- § 26 Datenfluss
- § 27 Datenzugang
- § 28 Datenaufbewahrung und –löschung

ABSCHNITT IX – ARBEITSGEMEINSCHAFT NACH § 219 ABS. 2 SGB V UND GEMEINSAME EINRICHTUNG

- § 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft
- § 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung
- § 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

ABSCHNITT X - EVALUATION

- § 33 Evaluation

ABSCHNITT XI – VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

- § 34 Vergütung und Abrechnung

ABSCHNITT XII – SONSTIGE BESTIMMUNGEN

- § 35 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 36 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 37 Laufzeit und Kündigung
- § 38 Schriftform
- § 39 Salvatorische Klausel

ÜBERSICHT DER ANLAGEN

- Anlage 1 Strukturqualität koordinierender Arzt
- Anlage 2 Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor
- Anlage 3 nicht belegt
- Anlage 4 Strukturqualität Schulungsarzt
- Anlage 5a Teilnahmeerklärung Ärzte
- Anlage 5b Ergänzungserklärung Ärzte
- Anlage 6a Versorgungsinhalte Asthma bronchiale (Teil 1 Asthma bronchiale i. V. m. Ziffer 1 bis 4 der DMP-RL Teil B II)

- Anlage 6b Versorgungsinhalte COPD (Anlage 11 der DMP-A-RL)
- Anlage 7a Dokumentation nach Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II (Asthma bronchiale) .
- Anlage 7b Dokumentation nach Anlage 2 und Anlage 12 DMP-A-RL- (COPD)
- Anlage 8 Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation Versicherte und Patienteninformation Asthma bronchiale bzw. COPD
- Anlage 9a Qualitätssicherung (Ziele, Indikatoren, Maßnahmen) Asthma bronchiale
- Anlage 9b Qualitätssicherung (Ziele, Indikatoren, Maßnahmen) COPD
- Anlage 10a Ärzte Verzeichnis Asthma bronchiale (ambulanter Sektor)
- Anlage 10b Ärzte Verzeichnis COPD (ambulanter Sektor)
- Anlage 10c -Verzeichnis der Krankenhäuser Asthma bronchiale (stationärer Sektor)
- Anlage 10d Verzeichnis der Krankenhäuser COPD (stationärer Sektor)
- Anlage 11 Patientenschulung
- Anlage 12 Differenzierter Bericht - DMP Einschreibeeinformation

Erläuterungen

- „Angestellte Ärzte“ sind angestellte Ärztinnen und Ärzte
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Vertragsärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt
- Angestellte Ärzte in Vertragsarztpraxen und in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihres Status teil; sie haben die sich aus der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergebenden Pflichten zu beachten, auch wenn sie nicht Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung sind
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i.S.d. §§ 29, 30
- „Datenstelle“ ist eine solche i.S.d. § 21
- „DMP“ steht für Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung
- „DMP-AF-RL“ ist die DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie
- „DMP-RL“ ist die DMP-Richtlinie
- „Dokumentationsdaten“ sind die Daten gemäß Anlagen 2 und 12 der DMP-A-RL bzw. Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II.
- „EBM“ ist der einheitliche Bewertungsmaßstab in der jeweils gültigen Fassung
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i.S.d. §§ 31, 32
- „KGNW“ ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.
- „koordinierender Arzt“ ist ein Arzt i.S.d. § 3
- „Krankenhäuser“ sind Einrichtungen i.S.d. § 4a
- „Krankenkassen“ sind die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände
- „KV Nordrhein“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- „Leistungserbringer“ sind Ärzte i.S.d. §§ 3 und 4, ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
- §§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichen beziehen sich auf diesen Vertrag
- „Patient“ sind weibliche und männliche Patienten
- „RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung
- „VDR“ heißt Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
- „Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte
- „Vertragsärzte“ sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,,

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

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 sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung beruhen, optimiert werden. Daher schließen die nordrheinischen Krankenkassen und die KV Nordrhein folgenden Vertrag zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit Asthma bronchiale bzw. chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD).

Asthma bronchiale ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege, charakteristisch durch bronchiale Hyperreagibilität und variable Atemwegsobstruktion. Bei Kindern ist Asthma bronchiale die häufigste chronische Erkrankung. Von einer Zunahme der Asthma-Häufigkeit wird ausgegangen. Somit ist der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen.

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. Zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale bzw. COPD haben die Verbände der Krankenkassen in Nordrhein und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein einen Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zu o.g. Diagnosen abgeschlossen. Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderungen der DMP-A-RL, die am 19.09.2014, 19.03.2016, 01.07.2016, 01.01.2017 und 18.11.2017 in Kraft getreten sind.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Asthma bronchiale bzw. COPD. Die an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Ärzte und die Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP Asthma bronchiale/COPD in der Region der KV Nordrhein hin.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale/COPD sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-RL, der DMP-A-RL sowie der RSAV¹ vom 03.01.1994 in der jeweils gültigen Fassung:

Programmteil Asthma bronchiale (vgl. Ziffer 1.3 der DMP-Richtlinie Teil B. II.):

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

- Reduktion der Asthma-bedingten Letalität.

¹ Soweit die in den §§ 28d und 28f RSAV geregelten Anforderungen betroffen sind, gelten diese ohne Übergangsregelung - fort, wenn sie auf die vorgenannten Anforderungen verweisen. Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderungen der DMP-A-RL, die am 19.09.2014, 19.03.2016, 01.07.2016 und 01.07.2017 in Kraft getreten sind.

Programmteil COPD (vgl. Anlage 11 der DMP-A-RL Ziffer 1.3):

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

§ 2

Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

1. die an der vertragsärztlichen Versorgung in der Region der KV Nordrhein teilnehmenden Ärzte, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung von der KV Nordrhein erhalten haben,
2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben,
3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch die Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KV Nordrhein darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 34 anerkennen. Die KV Nordrhein informiert hierüber die teilnehmenden Vertragsärzte.

- (2) Die Vergütungen im Falle des Abs. 1, Nr. 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (3) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.
- (4) Grundlage dieses Vertrages ist die DMP-RL, die DMP-A-RL sowie die RSAV vom 03.01.1994 in der jeweils geltenden Fassung. Näheres hierzu regelt § 37 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich Ziffer 1-5 der DMP-RL Teil B II (Programmteil Asthma bronchiale) bzw. Anlage 11 DMP-A-RL und Anlage 2 i.V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL (Programmteil COPD).
- (5) Die Versorgung der hier eingeschriebenen Versicherten hat sich an den Vorgaben der Richtlinien der RSAV vorrangig gegenüber anderen Versorgungsverträgen zu orientieren.
- (6) Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Krankenkasse nimmt nach dem Gesetz nicht am Risikostrukturausgleich teil (§ 1 Abs. 3 RSAV).

Abschnitt II

Teilnahme der Ärzte und sonstigen Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor in den beiden Programmteilen Asthma bronchiale und COPD sind Vertragsärzte, die nach § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und persönlich oder durch angestellte Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität nach *Anlage 1* erfüllen. Eine Teilnahme ist getrennt oder für beide Programmteile möglich.

- (3) Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 21 Jahren ist im DMP Asthma bronchiale ein besonderer Schwerpunkt gewidmet. Aus diesem Grunde sind auch Pädiater für das DMP Asthma bronchiale teilnahmeberechtigt, die die Anforderungen an die Strukturqualität persönlich oder durch angestellte Ärzte nach *Anlage 1* erfüllen.
- (4) In Ausnahmefällen können an beiden Programmteilen auch zugelassene qualifizierte Fachärzte als koordinierende Ärzte teilnehmen, die die Anforderungen an die Strukturqualität persönlich oder durch angestellte Ärzte nach *Anlage 1* erfüllen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft – mindestens 12 Monate - betreut worden oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Bei Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung des qualifizierten Facharztes befinden, soll dieser bei einer Stabilisierung des Zustandes prüfen, ob eine Rücküberweisung an den Hausarzt (Arztwechsel) möglich ist.
- (5) 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 § 5 bestätigt der anstellende Vertragsarzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (6) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Leistungserbringung des angestellten Arztes im Rahmen dieses Vertrages wird der KV Nordrhein vom anstellenden Vertragsarzt unverzüglich mit Hilfe des in der *Anlage 5b* beigefügten Formulars (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) mitgeteilt.
- (7) Die Strukturqualität muss der Vertragsarzt zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung erfolgt entsprechend § 6.
- (8) Zu den Aufgaben der koordinierenden Vertragsärzte gehören insbesondere:
1. die Koordination der Behandlung der Versicherten im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, insbesondere der vertraglich eingebundenen, unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.6 der *Anlage 6a/b* „*Versorgungsinhalte*“,

2. die Koordination der Behandlung von Versicherten, insbesondere von jenen, die an mehreren DMP teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen sowie die Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen diagnosespezifischen Dokumentationszeiträume,
3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die vollständige Erstellung der Dokumentationsdaten und Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach den Abschnitten VII und VIII dieses Vertrages,
4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
5. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, wenn die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Nordrhein nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,
6. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der *Anlage 6a/b* „*Versorgungsinhalte*“ genannten Indikatoren eine Überweisung an vertraglich eingebundene Vertragsärzte entsprechend der *Anlage 2* „*Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor*“ oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer vorzunehmen. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung. Der koordinierende Vertragsarzt vermerkt auf dem Überweisungsschein, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist. Die Grundversorgung des Versicherten erfolgt weiterhin ausschließlich durch den überweisenden Vertragsarzt,
7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der *Anlage 6a/b* „*Versorgungsinhalte*“ genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am Vertrag teilnehmende Krankenhaus entsprechend der *Anlagen 10c* bzw. *10d* „*Verzeichnis der Krankenhäuser Asthma bronchiale bzw. COPD*“ unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und dabei auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte im DMP Asthma bronchiale/COPD eingeschrieben ist. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
8. bei Überweisung/Einweisung therapierrelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,

9. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.
10. Sofern der qualifizierte Facharzt die Funktion eines koordinierenden Arztes übernimmt, erfüllt er auch sämtliche Aufgaben eines koordinierenden Arztes, dies schließt notwendige Hausbesuche mit ein.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-10 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlich qualifizierten Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die Asthma bronchiale/COPD-bedingte fachärztliche Versorgung sind Vertragsärzte, die persönlich oder durch angestellte Ärzte folgende Voraussetzungen erfüllen:
 1. Programmteile Asthma bronchiale und COPD für Erwachsene und in Einzelfällen für Kinder und Jugendliche:

Facharzt für Innere Medizin

 - mit der Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“ oder
 - mit der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“ oder
 - mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung.
 2. Teilnahmeberechtigt für die Asthma bronchiale-bedingte Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind Vertragsärzte, die persönlich oder durch angestellte Ärzte folgende Voraussetzungen erfüllen:

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

- mit der Zusatzweiterbildung ‚Pneumologie‘ oder
- mit der Zusatzweiterbildung ‚Allergologie‘ oder
- mit der Schulungsberechtigung für ein akkreditiertes Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale oder
- mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in Kinder-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte.

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 § 5 bestätigt der anstellende Vertragsarzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Sollen die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach.

Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Leistungserbringung des angestellten Arztes im Rahmen dieses Vertrages wird der KV Nordrhein vom anstellenden Vertragsarzt mit Hilfe des in der *Anlage 5b* beigefügten Formulars (Ergänzungserklärung Arzt) unverzüglich mitgeteilt. Die Strukturqualität muss der Vertragsarzt zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt nach § 6.

(3) Zu den Aufgaben der fachärztlich qualifizierten Vertragsärzte gehören insbesondere

1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Nordrhein entsprechend nachgewiesen ist,
4. die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß Ziffer 1.6 der *Anlage 6a/b* „*Versorgungsinhalte*“ - im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
5. die Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 spätestens mit Ablauf des der Überweisung folgenden Quartals,

6. sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und/oder Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt nach § 3 je Behandlungsfall therapierelevante Informationen je Quartal zu übermitteln,
7. bei Rücküberweisungen des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln,
8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der *Anlage 6a/b „Versorgungsinhalte“* genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am Vertrag teilnehmende Krankenhaus entsprechend der *Anlagen 10c bzw. 10d „Leistungserbringer-Verzeichnis Asthma bronchiale bzw COPD (stationärer Sektor)“* unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen, den koordinierenden Arzt hiervon zu unterrichten und dabei auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte im DMP Asthma bronchiale/COPD eingeschrieben ist. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
9. bei Überweisung an andere Leistungserbringer therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-9 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

§ 4a

Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose Asthma bronchiale bzw. COPD vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser werden verpflichtet, bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen und bei der Behandlung der Patienten u.a. die medizinischen Vorgaben nach Ziffer 1-5 der DMP-RL Teil B II (Asthma bronchiale) und Anlage 11 der DMP-A-RL (COPD) zu beachten. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig.
- (2) Die Krankenkassen binden mindestens eine Rehabilitationseinrichtung für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten vertraglich ein. Die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen werden verpflichtet, die medizinischen Grundlagen nach Ziffer 1 -5 der DMP-RL Teil B II und Anlage 11 der DMP-A-RL zu beachten und die fach-

liche Qualifikation für die Rehabilitation von Patienten mit der Diagnose Asthma bronchiale bzw. COPD sowie die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren (des VDR bzw. der GKV) nachzuweisen. Die Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig. Die Besonderheiten, die bei der Behandlung von Versicherten erfolgen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind zu beachten.

§ 5

Teilnahmeerklärung

- (1) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 und/oder als Facharzt nach § 4 gegenüber der KV Nordrhein schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der *Anlage 5a „Teilnahmeerklärung Ärzte“* zur Teilnahme am DMP bereit. Wird die Teilnahme des Vertragsarztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Vertragsarztes neben den administrativen Daten des anstellenden Vertragsarztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der *Anlage 5b* beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Ärzte) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KV Nordrhein 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 Vertragsarzt genehmigt er mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den von der Arbeitsgemeinschaft ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der koordinierende Vertragsarzt die Arbeitsgemeinschaft, 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.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen wird von der KV Nordrhein entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den *Anlagen 1 und 2* und der Schulungsberechtigung (*Anlage 4*) entsprechend der Anforderungen an die Schulungsprogramme geprüft. Auf der Grundlage des Prüfungsergebnisses entscheidet die KV Nordrhein über die Teilnahme des Vertragsarztes und die Berechtigung zur Abrechnung von Schulungen.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß der *Anlage 5a „Teilnahmeerklärung Ärzte“*, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KV Nordrhein bestätigt.
- (2) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Nordrhein zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines Vertragsarztes an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 bzw. § 4 oder durch Beschluss nach § 12, so ist dieser Arzt von diesem Vertrag durch die KV Nordrhein auszuschließen.
- (4) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Arztes, können die Krankenkassen den hiervon betroffenen Versicherten das Ärzteverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen, um gegebenenfalls einen Wechsel des koordinierenden Arztes gemäß § 17 vorzunehmen.
- (5) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Enden bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV Nordrhein.
- (6) Hat der Vertragsarzt seine Teilnahme für Asthma bronchiale und COPD erklärt, gelten die Absätze 2-4 gesondert.
- (7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer 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 für die besondere Leistungserbringung, z.B. Patientenschulungen, 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 5b* beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Ärzte).

- (8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der *Anlage 1* „*Strukturqualität koordinierender Arzt*“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt.

§ 8

Verzeichnis der Ärzte und sonstigen Leistungserbringer

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KV Nordrhein ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Sie stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen, der Gemeinsamen Einrichtung nach § 31 und der KGNW in elektronischer Form, z.B. als Excel-Datei, entsprechend der *Anlagen 10a* bzw. *10b* „*Ärzte-Verzeichnis Asthma bronchiale* bzw. *COPD*“ wöchentlich zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis der nach § 4a teilnehmenden Krankenhäuser (*Anlagen 10c* und *10d*). Dieses Verzeichnis stellen sie den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten über die KV Nordrhein und der Gemeinsamen Einrichtung und der KGNW mit jeder Änderung zur Verfügung. Die Verantwortung für das Führen dieses Verzeichnisses obliegt der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen.
- (3) Die Verzeichnisse nach Absätzen 1 und 2 stellen die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt (BVA) beim Antrag auf Zulassung, alle fünf Jahre und auf Anforderung zur Verfügung.
- (4) Weiterhin werden die Verzeichnisse folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:

1. den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten durch die KV Nordrhein und den teilnehmenden Krankenhäusern durch die KGNW,
2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, insbesondere bei Neueinschreibung und
3. der Datenstelle nach § 21 durch die KV Nordrhein.

(5) Diese Verzeichnisse können mit Zustimmung der Ärzte und sonstigen Leistungserbringer veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung erteilt.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale/COPD

Die medizinischen Anforderungen sind in der *Anlage 6a/b „Versorgungsinhalte“* definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte der Vertragsanlage entsprechen den Anforderungen an die Behandlung nach Teil B II der DMP-RL und Anlage 11 der DMP-A-RL. Die Ärzte und sonstigen Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten.

Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 insbesondere, diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Diagnostik und Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein. Die Vertragspartner stimmen überein, dass die teilnehmenden Vertragsärzte an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen für Asthma bronchiale und COPD teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten behandeln und beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Asthma bronchiale und COPD aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in den *Anlagen 9a/b* „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137 f Abs. 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen,
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationsdaten und
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

(1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP, Ziele, Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt (siehe *Anlagen 9a/b* „Qualitätssicherung“).

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
2. strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann darüber hinaus ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte und weitere Leistungserbringer sein,
3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,

4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung der in Anlage 9a und 9b (QS-Anlage) fixierten Indikatoren sind die Dokumentationsdaten nach § 137 f Abs. 2, Satz 2 Nr. 5 SGB V einzubeziehen.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach den Anlagen 9a und 9b Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 11 a

Förderung der Wirtschaftlichkeit

- (1) Mit diesem Vertrag soll neben der Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale/COPD durch die Intensivierung der interdisziplinären Kooperation von Vertragsärzten auch Einfluss genommen werden auf ihre wirtschaftliche Versorgung mit Medikamenten.
- (2) Die Vertragspartner entwickeln gemeinsam, unter Beachtung der medizinischen Inhalte der *Anlage 6a/b*, eine Versorgungskonzeption, die für die teilnehmenden Vertragsärzte bindend ist. Bei Nichtbeachten entscheiden die Vertragspartner nach Anhörung des Arztes gemeinsam über geeignete Maßnahmen unter Berücksichtigung von § 12 dieses Vertrages.
- (3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich, ihre Patienten auf wirtschaftliche Versorgungsmöglichkeiten sowie auf die nach *Anlage 6a/b* vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe bei Asthma bronchiale/COPD hinzuweisen und dabei eng mit der KV Nordrhein und den Krankenkassen zusammenzuarbeiten.

§ 12

Maßnahmen bei Vertragsverletzung

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms greifen Maßnahmen, wenn die mit der Durchführung beauftragten Vertragsärzte gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.

- (2) Verstößt der teilnehmende Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Sanktionen durch die KV Nordrhein ergriffen:
1. keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für unvollständige/unplausible/verspätete Dokumentationen,
 2. schriftliche Aufforderung durch die KV Nordrhein, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z.B. nicht fristgerecht bzw. keine Übersendung der Dokumentationen),
 3. auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KV Nordrhein nach Anhörung der Krankenkassen. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z.B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte),
 4. hält der Vertragsarzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KV Nordrhein im Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen (z.B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, bei fehlendem Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).
- (3) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie Schadenersatzansprüche bleiben unberührt.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Ziffer 3 der DMP-RL Teil B. II. und Anlage 11 der DMP-A-RL erfüllt sind:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Ziffer 1.2 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL
 2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres abgegeben durch den gesetzlichen Vertreter, und

3. die schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

(2) Darüber hinaus hat der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen, die in den *Anlagen 6a/b „Versorgungsinhalte“* geregelt sind.

- Programmteil Asthma bronchiale (vgl. Ziffer 3.2 der DMP-Richtlinie Teil B II.) Kinder können erst ab Vollendung des fünften Lebensjahres am DMP Asthma bronchiale teilnehmen. Ferner sind die Kriterien der speziellen Teilnahmevoraussetzungen für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 17 Jahren zu unterscheiden.
- Programmteil COPD (vgl. Ziffer 3.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL) Versicherte unter 18 Jahren können nicht in das DMP COPD eingeschrieben werden.

(3) Wenn der Versicherte an mehreren Erkrankungen leidet, kann er an den verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Die gleichzeitige Einschreibung in die Programmteile Asthma bronchiale und COPD ist nicht möglich.

(4) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

§ 14

Information und Einschreibung

(1) Die beteiligten Krankenkassen werden zur Unterstützung der koordinierenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere entsprechend der *Anlage 8*, über das Behandlungsprogramm informieren. Sie informieren auch darüber, dass auf Verlangen Verzeichnisse über die am Programm teilnehmenden Leistungserbringer zur Verfügung gestellt werden. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.

(2) Der koordinierende Arzt informiert entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV seine nach § 13 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnah-

me- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Arzt einschreiben.

- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das strukturierte Behandlungsprogramm sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
 1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 DMP-A-RL. des koordinierenden Arztes,
 2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung, dass für den vorgeannten Versicherten die Diagnose gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und eine Verbesserung der Lebensqualität und ggf. Lebenserwartung durch die intensivierete Betreuung zu erwarten ist.
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Arzt an dem Vertrag teilnimmt und die Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 an die Datenstelle entsprechend § 23 weiterleitet.
- (5) Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sollten sich für nur einen koordinierenden Arzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherstellen zu können. Die koordinierenden Ärzte und die Krankenkassen wirken darauf hin. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.
- (6) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse in das Behandlungsprogramm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden koordinierenden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und weitergeleitet werden.
- (7) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 der Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.

- (8) Wechselt ein am DMP teilnehmender Versicherter die Krankenkasse und möchte weiterhin am Programm teilnehmen, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nun zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der *Anlage 8* zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt so einmalig schriftlich in die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten ein. Dies gilt auch, wenn der Versicherte bereits an einem anderen DMP teilnimmt.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am strukturierten Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 7 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen oder seine Einwilligung widerrufen.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet insbesondere mit dem Tag
1. der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V
 2. des Zugangs der Kündigung bei seiner Krankenkasse, sofern er in dieser keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt,
 3. des Zugangs des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei seiner Krankenkasse,
 4. des Kassenwechsels.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm endet weiterhin mit dem Tag der letzten Dokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. Anlage 2 i. V.

- m. Anlage 12 DMP-A-RL, wenn die Krankenkasse die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV beendet, weil
- a) der Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
 - b) er innerhalb von zwölf Monaten zwei der nach den Richtlinien des G-BA nach § 137f des SGB V veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder
 - c) zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach den Richtlinien des G-BA nach § 137f des SGB V nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a genannten Frist übermittelt worden sind
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.
- (6) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.
- (7) Im Programmteil Asthma bronchiale soll der koordinierende Arzt nach 12-monatiger Symptomfreiheit ohne asthmaspezifische Therapie prüfen, ob der Patient in Hinblick auf die in den *Anlagen 6a/b* „Versorgungsinhalte“ genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

§ 17

Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend § 14 und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes. Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 18

Versicherten-Teilnehmerverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KV Nordrhein (bei Bedarf) eine Liste für die gemäß § 14 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken. Nähere Details zu Art, Umfang und Verwendungszweck werden in einer separaten Vereinbarung von den Vertragspartnern geregelt.

Abschnitt VI

Schulungen

§ 19

Schulungen für Ärzte und sonstige Leistungserbringer

- (1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer über Ziele und Inhalte des DMP. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf ihrer Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Ärzte nach den §§ 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 Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung (z.B. Qualitätszirkel) teilnahmeberechtigter Leistungserbringer.
- (3) Die in den *Anlagen 1 bis 2* (Strukturqualität) geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie nach § 9, einzubeziehen.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 20

Schulungen für Versicherte

- (1) Die Krankenkasse informiert entsprechend der *Anlage 8* ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten. Daneben werden die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte hat Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Der koordinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen profitieren kann. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen.
- (3) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die entsprechend *Anlage 4 „Strukturqualität Schulungsarzt“* hierzu befähigt sind und eine Genehmigung zur Schulung von der KV Nordrhein erhalten haben.
- (4) In die jeweiligen Schulungsprogramme gemäß *Anlage 11 „Patientenschulung“* sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß *Anlage 6a/b „Versorgungsinhalte“* einzubeziehen. Auf Inhalte, die der DMP-RL bzw. der DMP-A-RL widersprechen, muss verzichtet werden.
- (5) Die Krankenkassen haben die Ärzte und sonstige Leistungsbringer der ärztlichen Versorgung über die zur Verfügung stehenden Tabakentwöhnungsprogramm und die entsprechenden ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungsanbieter zu informieren.

Abschnitt VII

Übermittlung der Dokumentation an eine Datenstelle und deren Aufgaben

§ 21

Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine Datenstelle mit den in den nachfolgenden Absätzen genannten Aufgaben.
- (2) Zur Erfüllung der in Abs. 6 genannten Aufgaben genehmigt der koordinierende Vertragsarzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung den für ihn - in Vertretung/ohne Vollmacht - zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle nach Abs. 1 geschlossenen Vertrag und beauftragt die Datenstelle mit diesen Aufgaben.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Annahme/Erfassung der Dokumentationsdaten 2. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten.,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten, mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KV Nordrhein.
- (4) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse.,
 2. Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten
 3. Überprüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten, (Erst- und Folgedokumentation) unmittelbar an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen,
- (5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X, die Bestandteil dieses Vertrages sind. Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner den teilnehmenden koordinierenden Vertragsärzten gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

- (6) Die Teilnahmeerklärung (*Anlage 5a*) des koordinierenden Vertragsarztes nach § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten, an die Arbeitsgemeinschaft,
 3. Weiterleitung dieser Daten an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.

§ 22

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Vertragsärzte und die Evaluation unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelung des § 6 der DMP-A-RL genutzt.
- (2) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL unter Berücksichtigung der Ausprägung des Erkrankungsbildes das Dokumentationsintervall (3 oder 6 Monate) für den jeweiligen Versicherten fest. Im Programmteil Asthma bronchiale sollten Dokumentationen jedes 2. Quartal bei Patienten älter als 18 Jahre und ohne Begleit- und Folgeerkrankungen erfolgen, im Programmteil COPD bei Patienten, die keine Begleit- und Folgeerkrankungen aufweisen. Ansonsten wird eine Frequenz von jedem Quartal empfohlen. Bei einem Dokumentationszeitraum von 3 Monaten ist die Dokumentation einmal je Quartal zu erstellen. Bei einem Dokumentationszeitraum von 6 Monaten ist die Dokumentation jedes 2. Quartal zu erstellen.

§ 23

Datenfluss zur Datenstelle

(1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Vertragsarzt,

1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. Anlage 2 i. V. m. Anlage der 12 der DMP-A-RL und
2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. Anlage 2 i. V. m. Anlage der 12 der DMP-A-RL.

am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Tagen nach Erstellung auf elektronischem Weg an die Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose binnen 10 Tagen nach Befunderhebung an die Datenstelle zu übermitteln. Der koordinierende Arzt vergibt für jeden Versicherten eine DMP-Fallnummer seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“-„9“) bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.

(2) Der teilnehmende Vertragsarzt kann versicherten- und leistungserbringerbezogene Daten entsprechend der DMP-A-RL nur an die beauftragte Datenstelle auf elektronischem Wege übermitteln, wenn er gegenüber der KV Nordrhein nachweist, dass die eingesetzte Software zur Erfassung und Plausibilisierung der Daten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifiziert ist

(3) Die Übermittlung der versicherten- und leistungserbringerbezogenen Daten entsprechend der DMP-RL bzw. der DMP-A-RL an die beauftragte Datenstelle ist nur möglich, sofern die eingesetzte Software von der Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziert worden ist und diese der KV Nordrhein angezeigt ist.

(4) Im Rahmen seiner Dokumentationspflicht hat der koordinierende Arzt bei elektronischer Übermittlung der versicherten- und leistungserbringerbezogenen Daten eine Sicherungskopie zu erstellen und aufzubewahren.

(5) Der koordinierende Arzt sendet mindestens alle 10 Tage Datensätze an die Datenstelle. Die Datensätze sind vor dem Versand zu verschlüsseln. Die Datensätze können per Datenträger (ausgenommen Diskette), Datenfernübertragung oder per Email bei der Datenstelle eingereicht werden. Beschädigte Datenträger und unvollständige Dateien können

nicht verarbeitet werden. Die Datenstelle fordert in diesem Fall den Arzt zur Neulieferung der entsprechenden Daten auf.

- (6) Der Versicherte willigt einmalig mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme-/Einwilligungserklärung in die Datenübermittlung ein. Der Versicherte wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Er erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 24

Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 21 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 25

Datenaufbewahrung und –löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle gelöscht. Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.

Abschnitt VIII

Datenfluss an die Krankenkassen, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung

§ 26

Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten der Erstdokumentation und Folgedokumentationen unmittelbar an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.

- (2) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und an die KV Nordrhein.

§ 27

Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KV Nordrhein und an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

§ 28

Datenaufbewahrung und –löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkasse, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.

Abschnitt IX

Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 29

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner erweitern die Aufgaben der bestehenden Nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft DMP GbR nach § 219 Abs. 2 SGB V um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.

§ 30

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 Nr. 1 RSAV die Aufgaben, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten zu pseudonymisieren und sie an die KV Nordrhein und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß *Anlagen 9a/b* weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 31

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft erweitern die Aufgaben der Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung DMP GbR im Sinne des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.

§ 32

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß *Anlage 9a/9b* durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
1. die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß Ziffer 2 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. Anlage 11 Ziffer 2 der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten,

3. die Erstellung der Feedbackberichte anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten und
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 6 der DMP-A-RL.
 5. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt X - Evaluation

§ 33

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den DMP-Datenzentren der Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.
- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KV Nordrhein gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB V, die Leistungsdaten der Krankenkassen.
- (4) Dieser Abschnitt gilt nicht für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Krankenkasse.

Abschnitt XI - Vergütung und Abrechnung

§ 34

Vergütung und Abrechnung

Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

Abschnitt XII

Sonstige Bestimmungen

§ 35

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die Vertragsärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Ärzten und Patienten bei ihrer Tätigkeit, die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 36

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KV Nordrhein 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 Krankenkassen. 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.

§ 37

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2018 in Kraft und löst den ab 01.07.2013 gültigen Vertrag ab.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Vertragsänderungen oder Anpassungen der hiermit geregelten DMP, die infolge einer Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen werden.
- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und der Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und der Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- (5) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP bzw. bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung eines Programms durch das BVA, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- (6) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis IX) im Rahmen des DMP zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale/COPD sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

§ 38

Schriftform

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

§ 39

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die, soweit rechtlich möglich, dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Unterschriftenblatt zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale und COPD ab 01.01.2018

Düsseldorf, Essen, Bochum, Münster, Dresden, den 14.12.2017

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Carsten König M. san
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

BKK-Landesverband NORDWEST

Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

Ralf Heinser
Geschäftsbereichsleitung

IKK classic

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Andreas Woggon
Leiter Landesvertragspolitik
Nordrhein

Knappschaft

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dirk Ruiss
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen

Anlage 1 - Strukturqualität koordinierender Arzt
 (1. Versorgungsebene)
- Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V –

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V
 Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
 und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor in den beiden Programmteilen Asthma bronchiale und COPD nach § 3 dieser Vereinbarung sind Ärzte, die – persönlich oder durch angestellte Ärzte - gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, im Falle von Asthma bei Kindern und Jugendlichen auch Kinder- und Jugendärzte.

In Ausnahmefällen kann ein Patient einen qualifizierten, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder eine qualifizierte Einrichtung, der/die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen ist, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination - persönlich oder durch angestellte Ärzte - im DMP wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt/dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist (mindestens 12 Monate) oder diese Betreuung medizinisch erforderlich ist.

Der koordinierende Arzt muss nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität 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.

Voraussetzung	Merkmale
Fachliche Voraussetzungen, ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen	<ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztlich tätiger Internist <p>Programmteil Asthma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die Koordinierung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren: hausärztlich tätiger Arzt für Kinder- und Jugendmedizin <p>In Ausnahmefällen, folgende an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt/ärztin für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, Nachweis von 100 selbständig durchgeführten Spirometrien innerhalb eines Jahres oder • Fachärzte, die an der 2. Versorgungsebene teilnehmen und damit die Strukturvoraussetzungen laut Anlage 2 „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ erfüllen
Teilnahme an Arztinformationsveranstaltung oder Information durch die Arzt-Informationsmedien	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme

Teilnahme an Asthma/COPD-spezifischen, durch die Ärztekammer oder einer Fachgesellschaft zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen oder Teilnahme an Asthma/COPD-spezifischen Qualitätszirkeln	Jährlich mindestens 4 Asthma-/COPD-spezifische Fortbildungspunkte Mindestens einmal jährlich
---	---

Der koordinierende Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen **eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung** und/oder zur erweiterten Diagnostik von Patienten **zum jeweils qualifizierten** Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:

Im Programmteil Asthma bronchiale

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

Im Programmteil COPD

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

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

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

Der koordinierende Arzt hat weiterhin zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine **Einweisung in ein Krankenhaus** erfolgen soll:

Im Programmteil Asthma bronchiale

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, 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 Programmteil COPD

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.

Anlage 2 - Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor (2. Versorgungsebene)

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V
Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Teilnahmeberechtigt für die pneumologische Versorgung des fachärztlichen/qualifizierten Versorgungssektors nach § 4 dieser Vereinbarung sind Ärzte, die nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Merkmale
Fachliche Voraussetzungen, ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen	<p>Für Erwachsene und in Einzelfällen für Kinder und Jugendliche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Innere Medizin <ul style="list-style-type: none"> ○ mit der Schwerpunktbezeichnung ‚Pneumologie‘ oder ○ mit der Teilgebietsbezeichnung ‚Lungen- und Bronchialheilkunde‘ oder ○ mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung <p>Für Kinder oder Jugendliche mit Asthma bronchiale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin <ul style="list-style-type: none"> ○ mit der Zusatzweiterbildung ‚Pneumologie‘ oder ○ mit der Zusatzweiterbildung ‚Allergologie‘ oder ○ mit der Schulungsberechtigung für das Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.
Teilnahme an Arztinformativveranstaltung oder Information durch die Arzt- Informationsmedien (Praxis-Manual)	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme
Teilnahme an Asthma/COPD-spezifischen, durch die Ärztekammer oder einer Fachgesellschaft zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen oder Teilnahme an Asthma bronchiale/COPD-spezifischen Qualitätszirkeln	<p>Jährlich mindestens 4 Asthma-/COPD-spezifische Fortbildungspunkte</p> <p>Mindestens einmal jährlich</p>

Voraussetzung	Merkmale
Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte	<p>Für Erwachsene:</p> <p>Möglichkeit zur Durchführung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spirometrie (mit einem CE-geprüften Gerät) • Ganzkörper-Plethysmographie (mit einem CE-geprüften Gerät) • Bestimmung der kapillären Blutgase • Röntgenaufnahme Thorax, ggf. als Auftragsleistung • (bei Asthma) allergologischer Diagnostik, ggf. als Auftragsleistung. <p>Für Kinder:</p> <p>Möglichkeit zur Durchführung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spirometrie (mit einem CE-geprüften Gerät) • Bestimmung der kapillären Blutgase, ggf. als Auftragsleistung • Röntgenaufnahme Thorax, ggf. als Auftragsleistung • allergologischer Diagnostik, ggf. als Auftragsleistung.

Der qualifizierte Facharzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Einweisung in ein Krankenhaus erfolgen soll:

Im Programmteil Asthma bronchiale

Indikationen zur sofortigen stationären Behandlung bestehen insbesondere für 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, 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 Programmteil COPD

Indikationen zur sofortigen 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.

Anlage 4 – Strukturvoraussetzung Schulungsarzt

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V
Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Leistungserbringer, die den Patienten im Rahmen des DMP Schulungen anbieten dürfen, müssen persönlich oder durch angestellte Ärzte folgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen:

1. Ärztliche Qualifikation

Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen.

2. Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals

Das nicht-ärztliche Personal, das die Patientenschulungen in Zusammenarbeit mit dem Schulungsarzt durchführt, hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen.

3. Räumliche, sachliche Ausstattung

- Räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen.
- Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein.

Die festgelegten Qualitätsanforderungen gelten auch bei Schulungsgemeinschaften.

Anlage 5a - Teilnahmeerklärung Ärzte

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V
Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Teilnahmeerklärung des Arztes zu den Behandlungsprogrammen Asthma bronchiale/COPD

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle

.....
.....

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

.....
.....

Teilnahmeerklärung zu den Programmen Asthma bronchiale/COPD

Ich bin über die Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme für Versicherte mit Asthma bronchiale/COPD informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationsmedien habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten im Rahmen 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 (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),

- den in der Anlage 5b (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 allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte
 erfüllen.
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 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 Anschrift im „Leistungserbringer-Verzeichnis“,
- der Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses“ 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.

Die in der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringer-Verzeichnis“,
- die Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die 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

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung einer vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
3. teilnehmende Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Ich erkläre meine Teilnahme an folgenden Programmteilen:

- Asthma bronchiale COPD
- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")
- Ich möchte als **koordinierender Arzt der 1. Versorgungsebene gemäß § 3 und Anlage 1 des Vertrages** teilnehmen;

Fachliche Voraussetzungen:

- Facharzt Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt oder hausärztlich tätiger Internist
- Pädiater (nur Asthma bronchiale)
- (in Ausnahmefällen) Facharzt Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung mit Nachweis von 100 selbstständig durchgeführten Spirometrien innerhalb eines Jahres
- (in Ausnahmefällen) Facharzt der 2. Versorgungsebene gemäß § 4 und Anlage 2

- Ich möchte an der **qualifizierten fachärztlichen Versorgung gemäß § 4 und Anlage 2** teilnehmen (2. Versorgungsebene);

Fachliche Voraussetzungen:

- Facharzt Innere Medizin Schwerpunktbezeichnung ‚Pneumologie‘
- Facharzt Innere Medizin Teilgebietsbezeichnung ‚Lungen- u Bronchialheilkunde‘
- Facharzt Innere Medizin 12-monatige Zusatzweiterbildung pneumolog. Abtlg.
- Pädiater Zusatzweiterbildung ‚Pneumologie‘ (nur Asthma bronchiale)
- Pädiater Zusatzweiterbildung ‚Allergologie‘ (nur Asthma bronchiale)
- Pädiater Schulungsberechtigung (AG Asthaschulung) (nur Asthma bronchiale)
- Pädiater 12-monatige Zusatzweiterbildung ‚Kinder-Pneumologie‘ (nur Asthma bronchiale)

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

Asthma bronchiale

COPD

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

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

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 21 des DMP-Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.

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

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

Ort, Datum



Unterschrift und Vertragsarztstempel

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

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 Vertragsarztstempel

Erklärung des angestellten Arztes

Hiermit bestätige ich, dass mich der oben genannten Vertragsarzt über die Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme für Versicherte mit Asthma bronchiale/COPD sowie über die Verpflichtungen, die mit der Leistungserbringung im Rahmen dieser Programme einhergehen, informiert hat.

Das DMP-Praxis-Manual habe ich gelesen und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten Arztes

Anlage 6a - Versorgungsinhalte

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V
Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

(entspricht wörtlich Teil B II. Ziffer 1 – 4 und 6 der DMP-Richtlinie)

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

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

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

1.1 Definition des Asthma bronchiale

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

1.2 Diagnostik

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

1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

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.

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

Bei Erwachsenen:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 70 % und Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden,
- circadiane PEF-Variabilität größer 20 % über 3 bis 14 Tage,
- Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Im Alter von 5 bis 17 Jahren:

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

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 II 3. 6. Die Ärztin oder der Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer II 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik

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

Ziel der Therapie ist eine optimale Symptomkontrolle. Die Therapie dient insbesondere 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) und Komorbiditäten (z. B. Rhinitis/Sinusitis) zu berücksichtigen. Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer II 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. 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

nicht in Kraft aufgrund der Beanstandung des BMG vom 27.04.2012: ¹

„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 „Aufgrund der Beanstandung gilt nach § 321 SGB V die Ziffer 1.5.1 der Anlage 9 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung:
„1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt soll die Patientin oder den Patienten insbesondere hinweisen auf:
- relevante Allergene und deren Vermeidung (soweit möglich),
- sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen, emotionale Belastung) und deren Vermeidung,
- Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des Asthma bronchiale führen können.“

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

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

1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

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 II 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.

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.

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 II 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 II 4).

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

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

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

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

1.5.6.1 Dauertherapie bei Erwachsenen

Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

1. Basistherapie inhalative Glukokortikosteroide,
2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen in Betracht:
 - inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika
 - in begründeten Fällen
 - systemische Glukokortikosteroide

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

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

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

1.5.6.2 Dauertherapie bei 5-17 Jährigen

Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

1. Basistherapie

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

2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen in Betracht:

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

3. Im Ausnahmefall, bei sonst nichtkontrollierbaren Verläufen

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

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

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

1.5.6.3 Bedarfstherapie/Anfallstherapie

Eine Bedarfsmedikation kann beispielsweise bei körperlicher Belastung, Dyspnoe, pulmonalen Infekten oder Obstruktionen unterschiedlichen Schweregrades notwendig sein. Vorrangig sollten bei der Bedarfstherapie/Anfallstherapie folgende Wirkstoffgruppen Anwendung finden:

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

Bei unzureichendem Ansprechen kommen in Betracht:

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

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

1.5.6.4 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung

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

1.5.6.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft

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

1.5.6.6 Schutzimpfungen

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

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

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 SGB V beschriebenen Aufgaben.

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

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

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

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.

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 SGB V)

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

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

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

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

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

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

Maßnahmen im Verhältnis zu den Leistungserbringern sind entsprechend zu vereinbaren. Im Rahmen der Programme sind außerdem strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten durch die Krankenkassen oder von ihnen beauftragten Dritten vorzusehen, deren Verlaufsdocumentation Hinweise auf mangelnde Unterstützung des strukturierten Behandlungsprozesses durch die Versicherten enthält.

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

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

Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind regelmäßig öffentlich darzulegen.

Ziel ist es, eine gemeinsame Qualitätssicherung im Rahmen strukturierter 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.

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

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

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Voraussetzung für die Einschreibung Versicherter ist

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt gemäß Ziffer II 1.2,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten und
- die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 RSAV die Daten zur

Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

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

Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie im Einzelnen

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

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

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

Eine/Ein aktuell unter Regelmedikation stehende/r Patientin/Patient mit Asthma bronchiale kann eingeschrieben werden, wenn die Diagnose vor Therapiebeginn wie unter Ziffer II 1.2.2 gestellt wurde und eine 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 II 1.3 genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

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

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

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

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 der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach § 137f Abs. 2 Nr. 1 SGB V 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 II 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. Dokumentation einschließlich der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V)

Die Dokumentation im Rahmen der Strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale erfolgt nach Anlage 2 DMP-Anforderungen-Richtlinie in Verbindung mit den folgenden Vorgaben:

Asthma bronchiale - Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese Befunddaten		
1	Häufigkeit von Asthma Symptomen ²	Häufiger als 2mal wöchentlich / bis zu 2mal wöchentlich / Keine
2	Aktueller Peak-Flow-Wert	Wert/Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation ³	Anzahl
Medikamente		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2- Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Kurz wirksame inhalative Beta-2- Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6a	Systemische Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein / Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten / Andere
8	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
Schulung		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplan		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja / Nein
12	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein

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

Es gelten die in § 6 der DMP-Anforderungen-Richtlinie normierten Anforderungen an die Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation).

²Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

Anlage 6b - Versorgungsinhalte

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V
Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

**(entspricht wortgleich der Anlage 11 der DMP-A-Richtlinie i. d. F. der
9. Änderung der DMP-A-RL)**

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

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

1.1 Definition der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung

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, gegebenenfalls dem Vorliegen charakteristischer Symptome und dem Nachweis einer Atemwegsobstruktion mit fehlender oder geringer Reversibilität.

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

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

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

1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- täglich Husten, meist mit täglichem Auswurf, mindestens über ein Jahr,
- Atemnot bei körperlicher Belastung, bei schweren Formen auch in Ruhe,
- Dauer und Umfang des Inhalationsrauchens,
- Berufsanamnese,
- Exazerbationen (z. B. durch Infekte),
- differentialdiagnostisch relevante Erkrankungen, insbesondere Asthma bronchiale und Herzerkrankungen,
- Komorbiditäten (u.a. kardiovaskuläre Erkrankungen, Osteoporose, Depression, Muskelatrophie, Diabetes mellitus, Lungenkarzinom).

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 Expirium deutlich verlängert.

1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

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

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

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

1.3 Therapieziele

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:

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

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. Die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.

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 der Raucherstatus, die Lungenfunktion (FEV₁, alle sechs bis zwölf Monate), Häufigkeit und Schwere von Exazerbationen, körperliche Aktivität, der Ernährungszustand und die Komorbiditäten prognostisch relevant.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Maßnahmen

1.5.1.1 Allgemeine nicht-medikamentöse Maßnahmen

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

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

1.5.1.2 Tabakentwöhnung

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

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

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

- Nicht entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher sollen zum Rauchverzicht motiviert werden.

1.5.1.3 Körperliches Training

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

Daher soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig auf die Bedeutung von körperlichen Aktivitäten hinweisen und zur Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen motivieren (z. B. im Rahmen ambulanter Rehabilitations- und Funktionssportgruppen, wie z. B. „Lungensportgruppen“). 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 in Nummer 4.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien. Bei jeder Vorstellung des Patienten und der Patientin soll im Falle einer noch nicht erfolgten Schulung eine Schulung empfohlen werden.

1.5.1.5 Allgemeine Krankengymnastik (Atemphysiotherapie)

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

1.5.2 Langzeit-Sauerstoff-Therapie

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

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

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

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

1.5.3 Häusliche Beatmung

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

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

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 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.

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

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

1.5.5 Operative Verfahren

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

1.5.6 Psychosoziale Betreuung und Komorbiditäten

1.5.6.1 Psychosoziale Betreuung

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

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

1.5.6.2 Psychische Komorbiditäten

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

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

1.5.6.3 Somatische Komorbiditäten

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

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

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

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

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

1.5.8 Medikamentöse Maßnahmen

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

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Präferenzen der Patientinnen und Patienten Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. 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, ist gegebenenfalls 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 bezüglich der in Nummer 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 z. B. bei Atemnot eingenommen werden) und Dauertherapeutika (Medikamente, die als Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) unterschieden.

Vorrangig sollten folgende Wirkstoffgruppen verwendet werden:

1. Bedarfstherapie:

1.1. kurz wirksames Beta-2-Sympathomimetikum,

1.2. kurz wirksames Anticholinergikum,

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

1.4. In begründeten Fällen:

1.4.1 Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung),

1.4.2 bei Schleimretention können erwogen werden:

1.4.1.1. Inhalation von Salzlösungen,

1.4.1.2. mukoaktive Substanzen.

2. Dauertherapie:

2.1. lang wirksames Anticholinergikum,

2.2. lang wirksames Beta-2-Sympathomimetikum,

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

2.4. In begründeten Einzelfällen:

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

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

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

Bei gehäuft auftretenden Exazerbationen können mukoaktive Substanzen erwogen werden. Ein routinemäßiger Einsatz kann nicht empfohlen werden.

In der Inhalationstherapie ist insbesondere die im Bronchialsystem deponierte Medikamentenmenge wirksam. Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege, dem Atemmuster, der Partikelgröße und dem Applikationssystem. Es sollte daher das Applikationssystem und die Schulung individuell an die Bedürfnisse und

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

1.5.8.1 Schutzimpfungen

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

1.5.8.2 Exazerbationen/Atemwegsinfekte

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

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

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

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

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

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

1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

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

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

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 zwölf Monate sein.

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC < 70 % nach Bronchodilatation,

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

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

Für Versicherte, die auf Basis der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

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

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

4.1. Schulungen der Leistungserbringer

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

4.2. Schulungen der Versicherten

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

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

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

- Tod
- Einsekundenkapazität (FEV1-Wert)
- Exazerbationen
- Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD
- Raucherquote allgemein
- Raucherquote im Kollektiv
- Medikation
- Schulungen
- Tabakverzicht (Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogrammen)

Anlage 7a - Dokumentation Asthma bronchiale

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V
Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. i. V. m. Anlage 2 (Stand: 20.04.2017):

Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Familiename, Vorname
3	Geburtsdatum der/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.

Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. (Stand: 20.04.2017):

Asthma bronchiale - Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Häufigkeit von Asthma-Symptomen ¹	Häufiger als 2mal wöchentlich / bis zu 2mal 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 inhalative Beta-2- Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine /
6a	Systemische Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein / Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten / Andere
8	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
Schulung		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja / Nein
12	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein

¹) Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt.

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

Anlage 7b - Dokumentation COPD

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V
Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

entspricht wortgleich der „Anlage 12“ der DMP-A-RL

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Dokumentation

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 8a

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V
Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Formular in der jeweils gültigen Fassung

Teilnahme-/Einwilligungserklärung Asthma bronchiale

Datenschutzinformation

Patienteninformation

Die Vertragspartner verständigen sich darüber, dass die Abstimmung über den Einsatz aktualisierter Formularversionen im Schriftwechsel und Seitenaustausch erfolgt.

Anlage 8b

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V
Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Formular in der jeweils gültigen Fassung

Teilnahme-/Einwilligungserklärung COPD

Datenschutzinformation

Patienteninformation

Die Vertragspartner verständigen sich darüber, dass die Abstimmung über den Einsatz aktualisierter Formularversionen im Schriftwechsel und Seitenaustausch erfolgt.

Anlage Qualitätssicherung

V 4.1- Stand 19.10.2012

QUALITÄTSSICHERUNG Asthma bronchiale Auf Grundlage der Datensätze nach Teil B Ziffer II Nr. 5 der DMP-Richtlinie

Teil 1

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

Teil 2

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

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Teil B Ziffer II Nr 5. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

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

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

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
V. Sicherstellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation	Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen <u>Zielwert:</u> ≥ 95%	<u>Zähler:</u> Anzahl der bei Ersteingang vollständigen und plausiblen Dokumentationen <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum	Wenn nicht alle erforderlichen Daten-Felder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind	LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung
VI. Erhöhung des Anteils von Patientinnen und Patienten mit schriftlichem Selbstmanagementplan	Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen schriftlichen Selbstmanagementplan einsetzen <u>Zielwert:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 (Schriftlicher Selbstmanagementplan) (ISD) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens einer vorliegenden Folgedokumentation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VII. Erhöhung des Anteils geschulter Patientinnen und Patienten	Anteil der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, die an einer empfohlenen Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, denen eine Schulung empfohlen wurde <u>Zielwert:</u> ≥70% <i>fakultativ zusätzlich:</i> <i>Anteil der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, die an einer Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen</i>	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit: Feld 10 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Patienten mit Feld 9 ISD (Asthma-Schulung empfohlen) = „Ja“ vier Quartale vor dem aktuellen Berichtszeitraum <u>Zähler:</u> <i>Anzahl der Patienten mit: Feld 10 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“</i>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	und Patienten kein Zielwert	<u>Nenner:</u> Alle Patienten		

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich	Aufklärung/ Information des Versicherten über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr

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

Anlage Qualitätssicherung

V 4 Stand 01.03.2017

QUALITÄTSSICHERUNG COPD

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

Teil 1

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

Teil 2

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

Anm.:

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

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

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

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
noch nicht an einem solchen teilgenommen haben	m nie im Rahmen des DMP an einem solchen Programm teilgenommen haben, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ UND in einer Vordokumentation Feld 13 (ISD) (Empfehlung zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogramm ausgesprochen) = „ja“ UND NICHT Feld 14 (ISD) (An einem Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen) = „war aktuell nicht möglich“		
V. Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	a) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer b) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei Einschreibung geraucht haben	<u>a) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>b) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ in der Erstdokumentation, bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VI. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 7 (ISD) (Inhalationstechnik überprüft) = „ja“ <u>Nenner:</u>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	Zielwert: ≥ 90 %	Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer		
VII. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit nicht indiziertem Einsatz an inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS)	Niedriger Anteil an aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit FEV1 ≥ 50% ohne Komorbidität Asthma, die mit ICS behandelt werden, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 (ISD) (aktueller FEV ₁ -Wert) >= 50 <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 8 (ISD) (Sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Inhalative Glukokortikosteroide“ UND NICHT Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Asthma bronchiale“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VIII. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einmal jährlich erfolgter klinischer Einschätzung des Osteoporose-Risikos	Anteil der aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer dokumentierten Osteoporose-Risikoeinschätzung in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 1a (ISD) (Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt) während der letzten 12 Monate >= 1 <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Reduktion von Exazerbationen	Entfällt	entfällt	Wenn Feld 2 (ISD) (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) > 1	Information des Versicherten über COPD z. B. über eine Versichertenbroschüre, maximal einmal pro Jahr
II. Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 3 (ISD) (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation) > 0	Information des Versicherten über COPD z. B. über eine Versichertenbroschüre, maximal einmal pro Jahr
III. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
IV. Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (AD) (Vom Patienten gewünschte Informationsangebote) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung
V. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	Aufklärung/ Information über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr

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

Abkürzungen

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

Anlage 10a – Ärzte-Verzeichnis Asthma bronchiale (ambulanter Sektor)

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V Asthma bronchiale/COPD
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Versorgungsebenen (nur Einfachnennung möglich)

A 1 = Koordinierender Hausarzt gemäß den Anforderungen an die Strukturqualität

A 2 = Koordinierender Facharzt (pneumologisch qualifiziert)

A_K = Koordinierender Pädiater

B 1 = Facharzt (pneumologisch qualifiziert) ohne koordinierende Funktion

B_K = pneumologisch qualifizierter Pädiater (ENTFÄLLT)

Schulungsberechtigung (Mehrfachnennungen möglich)

1 = Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG

Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.

2 = Die ambulante Fürther Asthmaschulung (AFAS), eine Fortentwicklung bzw. Variation von

NASA = Nationales ambulantes Schulungsprogramm für Erwachsene)

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Tel.-Nr.	Koordinierender Arzt	Versorgungs- ebene	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Schulungs- berechtigung

Hinweise

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

Das Verzeichnis ist zunächst nach koordinierenden Ärzten/nicht koordinierenden Ärzten, sodann nach Beginn der Teilnahme zu sortieren.

Anlage 10b – Ärzte-Verzeichnis COPD (ambulanter Sektor)

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V Asthma bronchiale/COPD
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Versorgungsebenen (nur Einfachnennung möglich)

- A 1 = Koordinierender Hausarzt gemäß den Anforderungen an die Strukturqualität
- A 2 = Koordinierender Facharzt (pneumologisch qualifiziert)
- B 1 = Facharzt (pneumologisch qualifiziert) ohne koordinierende Funktion

Schulungsberechtigung

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

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Tel.-Nr.	Koordinierender Arzt	Versorgungs- ebene	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Schulungs- berechtigung

Hinweise

Im Verzeichnis sind die koordinierenden Ärzte durch Ankreuzen in der Spalte „koordinierende Ärzte“ zu markieren.
Das Verzeichnis ist zunächst nach koordinierenden Ärzten/nicht koordinierenden Ärzten, sodann nach Beginn der Teilnahme zu sortieren.

Anlage 10c – Leistungserbringer-Verzeichnis Asthma bronchiale (stationärer Sektor)

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Versorgungsoptionen (Mehrfachnennungen möglich)

A = pneumologisch qualifizierte Krankenhäuser

B = Pädiatrische Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen

Nummer der stat. Einrichtung	Name der stationären Einrichtung	Ggf. Träger der stationären Einrichtung	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort	Kreis	Telefon-Nr.	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsoptionen

Anlage 10d – Krankenhaus-Verzeichnis COPD (stationärer Sektor)

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V Asthma bronchiale/COPD
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Versorgungsoptionen

A = pneumologisch qualifizierte Krankenhäuser

Nummer der stat. Einrichtung	Name der stationären Einrichtung	Ggf. Träger der stationären Einrichtung	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort	Kreis	Telefon-Nr.	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungs- optionen

Anlage 11 - Patientenschulung

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V
Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

1. Schulungen

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages sind nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch durchzuführen. **Sie sind ausschließlich in der vom Bundesversicherungsamt (BVA) als verwendungsfähig erklärten Auflage zu verwenden.**

:

1.1 Kinder mit Asthma

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

Kontakt: Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung e.V. (<http://www.asthmaschulung.de>)

1.2 Erwachsene mit Asthma

NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (Variation von AFAS = Die Ambulante Fürther Asthmaschulung)

Kontakt: Deutsche Atemwegsliga e.V. (<http://www.atemwegsliga.de>)

1.3 Erwachsene mit COPD

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

Kontakt: Deutsche Atemwegsliga e.V. (<http://www.atemwegsliga.de>)

Näheres ergibt sich aus den jeweils angebotenen Schulungsprogrammen.

2. Patientenvoraussetzungen

Schulungen werden für Patienten durchgeführt, die entsprechend Ihren kognitiven Fähigkeiten die mit der Schulung verbundenen Ziele erreichen und denen die Inhalte vermittelt werden können. Die hierfür notwendige Bereitschaft einer aktiven Mitwirkung an der Schulung muss gegeben sein.

Anlage 11 - Patientenschulung

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V
Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

1. Schulungen

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages sind nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch durchzuführen. **Sie sind ausschließlich in der vom Bundesversicherungsamt (BVA) als verwendungsfähig erklärten Auflage zu verwenden.**

1.1 Kinder mit Asthma

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

Kontakt: Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung e.V. (<http://www.asthmaschulung.de>)

1.2 Erwachsene mit Asthma

NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (Variation von AFAS = Die Ambulante Fürther Asthmaschulung)

Kontakt: Deutsche Atemwegsliga e.V. (<http://www.atemwegsliga.de>)

1.3 Erwachsene mit COPD

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

Kontakt: Deutsche Atemwegsliga e.V. (<http://www.atemwegsliga.de>)

Näheres ergibt sich aus den jeweils angebotenen Schulungsprogrammen.

2. Patientenvoraussetzungen

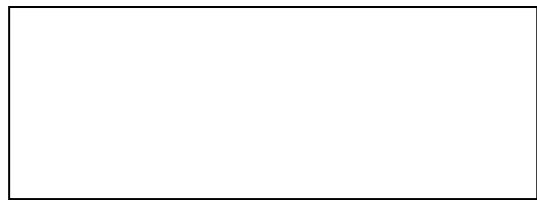
Schulungen werden für Patienten durchgeführt, die entsprechend Ihren kognitiven Fähigkeiten die mit der Schulung verbundenen Ziele erreichen und denen die Inhalte vermittelt werden können. Die hierfür notwendige Bereitschaft einer aktiven Mitwirkung an der Schulung muss gegeben sein.

Anlage 12

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V
Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Differenzierter Bericht – strukturierte DMP-Einschreibe-Information

- Befundbogen Asthma bronchiale
- Befundbogen COPD



Arztstempel

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für die Überweisung Ihres Patienten _____ [Name].

Die hier durchgeführten Untersuchungen haben ergeben, dass eine Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale möglich wäre unter folgenden Aufnahmekriterien:

Die Messwerte der Lungenfunktion entnehmen Sie bitte dem beigefügten Original-Befund!

Einschreibung			
Für die Einschreibung muss eine asthmatypische Anamnese (längstens 12 Monate zurückliegend) <u>und</u> mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.			
Erwachsene (≥ 18 Jahre)		Kinder (5 – 17 Jahre):	
Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:	<input type="checkbox"/> $FEV_1/VC \leq 70\%$ und Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$ und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml	Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:	<input type="checkbox"/> $FEV_1/VC \leq 75\%$ und Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$
Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):	<input type="checkbox"/> Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$ und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml	Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):	<input type="checkbox"/> Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$
Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität $> 20\%$	Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität $> 20\%$
Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität	Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität
Diagnosespezifische Regelmedikation			
(asthmatypische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß vorstehender Diagnoseverfahren erfüllt) <input type="checkbox"/> ja			

Die von uns empfohlene Therapie lässt sich wie folgt klassifizieren:

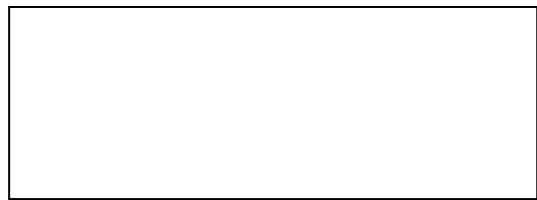
Aktuelle Medikation			
Kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Inhalative Glukokortikosteroide	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Systemische Glukokortikosteroide	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Sonstige (z.B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist)	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine

Zusätzlich von uns bereits veranlasste Maßnahmen:

Schulungen			
Asthma-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Inhalationstechnik überprüft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele			
Empfehlung zum Tabakverzicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schriftlicher Selbstmanagement-Plan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar		

Für weitere Fragen zur Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Arztstempel

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für die Überweisung Ihres Patienten _____ [Name].

Die durchgeführten Untersuchungen haben ergeben, dass Ihr Patient die Diagnosekriterien für die Einschreibung in das DMP COPD erfüllt.

Die ausführlichen Messwerte der Lungenfunktion entnehmen Sie bitte dem beigefügten Original-Befund!

FEV₁ = _____ | = < 80% des Sollwertes vom _____ [Datum].

Einschreibung	Für die Einschreibung muss eine COPD-typische Anamnese und eine Reduktion der FEV ₁ unter 80% des Sollwertes vorliegen <u>und mindestens</u> eines der drei folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.		
Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika oder Anticholinergika	<input type="checkbox"/>	FEV ₁ /VC < 70% und Zunahme der FEV ₁ < 15 % und/oder < 200 ml	
Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage) in einer stabilen Krankheitsphase	<input type="checkbox"/>	FEV ₁ /VC ≥ 70% und Zunahme der FEV ₁ < 15 % und/oder < 200 ml	
Falls FEV ₁ /VC >70% und radiologischer Ausschluss anderer Diagnose gesichert durch:	<input type="checkbox"/>	Atemwegswiderstandserhöhung	<input type="checkbox"/> Lungenblähung <input type="checkbox"/> Gasaustauschstörung

Die von uns empfohlene Therapie lässt sich wie folgt klassifizieren:

Aktuelle Medikation			
Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Langwirksame Anticholinergika	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Theophyllin	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Systemische Glukokortikosteroide	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Inhalative Glukokortikosteroide	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine

Zusätzlich von uns bereits veranlasste Maßnahmen:

Sonstige Behandlung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Langzeitsauerstofftherapie	<input type="checkbox"/> häusliche Beatmung	<input type="checkbox"/> operative Verfahren
Schulungen	COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen		COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Inhalationstechnik überprüft		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele				
Empfehlung zum Tabakverzicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Empfehlung zum körperlichen Training	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Für weitere Fragen zur Einschreibung in das DMP COPD stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen