

**Besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V**  
**Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen**  
**(VorsorgePlus)**

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
(nachfolgend „KVNO“)

und der

**Kaufmännischen Krankenkasse - KKH**  
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover  
(nachfolgend „Krankenkasse“ oder auch „vertragsschließende Krankenkasse“)

und der

**Hanseatische Krankenkasse - HEK**  
Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg  
(nachfolgend „Krankenkasse“ oder auch „vertragsschließende Krankenkasse“)

und der

**Techniker Krankenkasse – TK**  
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg  
(nachfolgend „Krankenkasse“ oder auch „vertragsschließende Krankenkasse“)

## Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Ziele des Vertrags
- § 2 Teilnahme der Ärzte
- § 3 Teilnahme der Versicherten
- § 4 Aufgaben der Ärzte
- § 5 Vergütung
- § 6 Aufgaben der KVNO
- § 7 Aufgaben der Krankenkassen
- § 8 Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVNO
- § 9 Abrechnung zwischen der KVNO und den Krankenkassen
- § 10 Teilnahme der Krankenkassen
- § 11 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung
- § 12 Datenschutz
- § 13 Vertragsänderungen
- § 14 Compliance und Antikorruption
- § 15 Salvatorische Klausel

## Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Vergütungsübersicht
Anlage 2	Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung der Versicherten
Anlage 2.1	Elektronische Einschreibung
Anlage 2.2	Vertragsinformation
Anlage 3	Übergreifende Versorgungsangebote
Anlage 3.1	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge einer Demenz
Anlage 3.2	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von der Begleiterkrankung Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz
Anlage 3.3	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD
Anhang 1 zu Anlage 3.3	Mein COPD Maßnahmenplan
Anlage 3.4	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)
Anhang 1 zu Anlage 3.4	pAVK-Fragebogen und Medikamentenplan
Anlage 3.5	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung einer COPD bei Asthma
Anlage 3.6	Shared Decision Making
Anlage 4	Teilnahmeerklärung Arzt
Anlage 5	Beitrittserklärung Krankenkasse
Anlage 6	Verzeichnis teilnehmende Krankenkassen
Anlage 7	Technische Anlage

Die Vertragspartner behalten sich den Abschluss weiterer Anlagen durch Austausch des Anlagenverzeichnisses vor.

## Präambel

Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung zählen chronische Erkrankungen zu den häufigsten und gesellschaftlich bedeutsamsten Gesundheitsproblemen der Gegenwart. Dazu gehören u.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Erkrankungen oder Gelenkerkrankungen. Sie sind weit verbreitet und beeinflussen Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Sterblichkeit und stellen eine besondere Herausforderung in der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland dar.

Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten haben eine besonders große Relevanz, da sie bei einer Erkennung in einem frühen Stadium besser behandelt werden können. Bei bestehender chronischer Krankheit kann die Progression der Erkrankung verhindert oder verlangsamt werden, indem Begleit- und Folgeerkrankungen rechtzeitig erkannt und die Patienten in dem Umgang mit ihren Krankheiten geschult werden. Hierfür bieten Gesundheits-Apps und Online-Therapien als digitale Unterstützungsangebote eine geeignete Möglichkeit, die Versorgung additiv zu stärken und nach Früherkennung einer Erkrankung eine ganzheitliche Versorgung zu ermöglichen. Durch die Verwendung laiengerechter Sprache, eine gemeinsame Entscheidungsfindung zur Therapie und das Einbinden von Gesundheits-Apps und Online-Therapien wird die individuelle (digitale) Gesundheitskompetenz der Betroffenen gestärkt und dem Auftrag an die GKV nachgekommen ebendiese zu fördern.

## § 1 Ziele des Vertrages

- 1) Die Krankenkasse stellt ihren Versicherten<sup>1 2</sup> ergänzend zur Regelversorgung die in den Versorgungsprogrammen (Anlagen 3) definierten Möglichkeiten der Früherkennung zur Verfügung. Durch die frühere Erkennung von Erkrankungen und die intensive Betreuung durch den Hausarzt im Rahmen der Nachsorge, werden Versicherte zielgerichtet einer umfassenden und personalisierten Versorgung zugeführt. Damit sollen die Früherkennung der Erkrankungen ermöglicht, eine Progression der Erkrankung verhindert bzw. verlangsamt und Komorbiditäten rechtzeitig erkannt werden.
- 2) Das Auftreten bzw. die Feststellung einer chronischen Erkrankung stellt für die Versicherten eine große Belastung dar. Neben weiteren Arztbesuchen und Untersuchungen werden Änderungen im Lebensstil notwendig. In dieser Situation ist eine besonders intensive ärztliche Betreuung sowie die Unterstützung in organisatorischen Fragen nötig. Wird bei den Versicherten durch die Früherkennung eine Neuerkrankung festgestellt, soll ihnen im Rahmen des Vertrages für den Zeitraum der Diagnostik, Aufklärung sowie Therapieentscheidung und -findung eine intensivierete Betreuung zur Verfügung gestellt werden. Schließlich besteht das Ziel darin, die eingeleitete Behandlung zu unterstützen und den positiven Effekt nachhaltig zu sichern. Dadurch sollen vorstationäre Behandlungen und stationäre Einweisungen sowie die Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten reduziert werden. Ebenfalls soll so die Lebensqualität verbessert werden.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Vertrag Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jeweils Personen des weiblichen und männlichen Geschlechts sowie Personen des Geschlechts „divers“ gleichermaßen.

<sup>2</sup> Wird in diesem Vertrag von „Versicherten“ gesprochen, sind die an diesem Vertrag teilnehmenden Versicherten gemeint.

## § 2 Teilnahme der Hausärzte

- 1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Vertrag ist freiwillig.
- 2) Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KVNO nach § 73 Abs. 1a SGB V für die hausärztliche Versorgung zugelassenen, ermächtigten bzw. bei einem Vertragsarzt, einer Berufsausübungsgemeinschaft oder in einem MVZ angestellten Ärzte sowie Ärzte, die aufgrund einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Zweigpraxisermächtigung oder genehmigten Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft berechtigt sind, im Bezirk der KV Nordrhein hausärztliche Leistungen zu erbringen und abzurechnen.
- 3) Die Teilnahme ist schriftlich oder elektronisch bei der KVNO über die Teilnahmeerklärung (Anlage 4) zu beantragen. Durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der Arzt, folgende Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen:
  - a. Regelmäßige (mindestens jährliche) Teilnahme an von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildungen oder an anerkannten Qualitätszirkeln. Die Fortbildungen bzw. die Qualitätszirkel müssen dabei krankheitsspezifischen Bezug auf die in den Anlagen 3 zu versorgenden Krankheitsbilder haben. Durch regelmäßige Fortbildungen macht der Arzt sich mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages derart vertraut, dass er diese stets nach dem aktuellen medizinischen Stand einsetzen kann. Die besonderen Untersuchungstechniken umfassen dabei die Durchführung der Früherkennung gem. den Anlagen 3. Die Teilnahme an den krankheitsspezifischen zertifizierten Fortbildungen bzw. Qualitätszirkeln ist der KVNO alle fünf Jahre, beginnend mit Ablauf des Jahres, in dem der Arzt die Teilnahme an dem Vertrag erklärt hat, nachzuweisen.
  - b. Vorhalten der zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötigen apparativen Ausstattung.
  - c. Durchführung einer leitliniengerechten Untersuchung bzw. Behandlung.
  - d. Erfüllung der Vertragsinhalte zur Wahrnehmung der in diesem Vertrag beschriebenen Aufgaben.
- 4) Der Arzt beauftragt die KVNO mit der Durchführung dieses Vertrages, insbesondere mit der Abrechnung der Vergütungen nach diesem Vertrag.
- 5) Die KV Nordrhein überprüft die Teilnahmevoraussetzungen; bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzung erteilt die KV Nordrhein dem Arzt die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag. Die Teilnahme am Vertrag beginnt mit dem Datum des Genehmigungsbescheides.
- 6) Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, Änderungen im Hinblick auf seinen Teilnahmezustand, die Einhaltung der rechtlichen Voraussetzungen seiner Vertragsarztzulassung sowie seiner gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten unaufgefordert und unverzüglich der KVNO mitzuteilen.
- 7) Die Teilnahme eines Arztes endet:
  - a. Mit Ende oder Wegfall seiner Zulassung, Anstellungsgenehmigung, Ermächtigung oder Approbation.
  - b. Durch schriftliche Kündigung des teilnehmenden Arztes gegenüber der KVNO. Die Kündigung hat mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende zu erfolgen.

- c. Wenn die Fortbildungen/Qualitätszirkel (nach Abs. 3a) nicht bis zum 15.02. nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums nachgewiesen wurden.
- d. Wenn die Zusammenarbeit zwischen den Vertragsparteien beendet wird, d.h. die Versorgung nicht mehr angeboten wird. Die teilnehmenden Ärzte erhalten hierüber rechtzeitig eine Information seitens der KVNO.

Eine Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt und ist zu jedem Zeitpunkt möglich.

In den Fällen des lit. a), b) und c) kann die Krankenkasse die hiervon betroffenen Versicherten auf andere an dieser Vereinbarung teilnehmende Ärzte aufmerksam machen.

- 8) Die KVNO ist berechtigt, die Teilnahme des Arztes an dem Vertrag aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung zu kündigen. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn der Arzt Leistungen abrechnet, die er nach diesem Vertrag nicht hätte erbringen dürfen, es sei denn, es handelt sich um einfache Fahrlässigkeit oder einen Einzelfall.
- 9) Die teilnehmenden Ärzte stimmen der Übermittlung ihrer Kontaktdaten (Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer, LANR und BSNR) in einem Teilnehmerverzeichnis durch die KVNO an die Krankenkassen sowie der Veröffentlichung dieses Verzeichnisses auf der Homepage der Krankenkassen und der KVNO zum Zwecke der Versicherteninformation zu.

### § 3

#### Teilnahme der Versicherten

- 1) Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen unabhängig von deren Wohnort, welche die in den Anlagen 3 zum jeweiligen Versorgungsprogramm definierten medizinischen Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.
- 2) Eine Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn folgende Ausschlussgründe vorliegen:
  - a. Ungeklärtes oder fehlendes Versicherungsverhältnis bei der Krankenkasse;
  - b. Fehlende Angaben auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (z.B. Fehlende Unterschrift des Versicherten);
  - c. Kein Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkasse;
  - d. Bestehende Teilnahme an weiteren Verträgen der Krankenkasse zur besonderen oder hausarztzentrierten Versorgung mit jeweils identischen oder überwiegend deckungsgleichen Leistungen.

Der Versicherte bestätigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass keiner der vorgenannten Ausschlussgründe vorliegt.
- 3) Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung ist freiwillig. Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung durch eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung in ihrer jeweils geltenden Fassung.
- 4) Die Teilnahmeerklärung und das Einverständnis zur Datenverarbeitung regeln zusammen mit der Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung (Anlage 2) und der Vertragsinformation (Anlage 2.2) das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahme, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten; soweit die Abrechnung nicht direkt über den Leistungserbringer

erfolgt, die Angabe der Abrechnungsdienstleister sowie ggf. eine Information über den beabsichtigten Austausch von Teilnehmerlisten für Abrechnungszwecke zwischen der Krankenkassen und dem Leistungserbringer bzw. dem Abrechnungsdienstleister.

- 5) Für die Abgabe einer Teilnahmeerklärung in elektronischer Form gelten die besonderen Bestimmungen gemäß Anlage 2.1. Redaktionelle Anpassungen der Teilnahmeformulare (Anlagen 2-2.2) können durch Austausch der Anlagen zwischen den Vertragspartnern vorgenommen werden, ohne dass es hierzu einer Änderungsvereinbarung oder Protokollnotiz bedarf.
- 6) Die Versorgung nach diesem Vertrag beginnt mit Unterzeichnung und Übergabe der Teilnahmeerklärung des Versicherten an den teilnehmenden Arzt. Der Versicherte erhält eine Ausfertigung der Teilnahmeerklärung.
- 7) Über die Inhalte der Versorgung informiert die Krankenkasse auf der Basis der Teilnahmeerklärung gem. Anlage 2 dieses Vertrages, die dem Versicherten vom Arzt ausgehändigt wird. Hierbei steht der Arzt dem Versicherten als erster Ansprechpartner für weitere medizinische Informationen zur Verfügung.
- 8) Versicherte haben das Recht, ihre Teilnahme am Vertrag ohne Angabe von Gründen jederzeit innerhalb von zwei Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung zu widerrufen. Der Widerruf ist schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse zu erklären. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Krankenkasse informiert den teilnehmenden Arzt unverzüglich schriftlich über den Widerruf der Teilnahme.
- 9) Die Teilnahme eines Versicherten endet:
  - a. Bei Widerruf der Teilnahme
  - b. Mit Kündigung der Teilnahme gegenüber der Krankenkasse. Die Kündigung kann frühestens nach Ablauf von 12 Monaten erfolgen und hat mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende zu erfolgen.
  - c. Mit Kündigung aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung. Ein wichtiger Grund kann z.B. in einem Wohnortwechsel des Versicherten bestehen, wenn dadurch die Inanspruchnahme eines an der Versorgung beteiligten Leistungserbringers aufgrund der räumlichen Entfernung nicht mehr zumutbar ist.
  - d. Mit Vertragsende.
  - e. Mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses bei der Krankenkasse oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V.

Die Krankenkasse informiert den behandelnden Arzt über den Widerruf eines Versicherten nach Buchstabe a, einer Kündigung nach den Buchstaben b und c sowie der Beendigung des Leistungsanspruchs nach Buchstabe e.

- 10) Der Versicherte kann im Rahmen dieses Vertrages nur einen betreuenden Arzt wählen. Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter für verschiedene betreuende Ärzte entschieden hat, erfolgt eine Aufforderung der Krankenkasse an den Versicherten, sich für einen betreuenden Arzt im Rahmen dieses Vertrages zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen. Die Krankenkasse unterrichtet die betroffenen Ärzte schriftlich. Die Vergütung der Ärzte wird seitens der Krankenkasse so lange sichergestellt, bis der Arzt von der Krankenkasse über die Mehrfacheinschreibung unterrichtet wurde.

## **§ 4 Aufgaben der Ärzte**

- 1) Der Arzt prüft die spezifischen Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der Versorgungsprogramme gem. den Anlagen 3.
- 2) Er übermittelt die Teilnahmeerklärungen der Versicherten gem. Anlage 2 im Original an die KVNO. Die Teilnahmeerklärungen müssen spätestens bei der Abrechnung vorliegen. Wird die Teilnahme elektronisch erklärt, ist keine Übermittlung notwendig.
- 3) Die Entscheidung, welche Versorgung der Versicherte erhält, trifft der behandelnde Arzt gemeinsam mit dem Versicherten im Sinne des Shared Decision Making. Die Entscheidung richtet sich nach der medizinisch erforderlichen Behandlung.
- 4) Der Arzt führt die Versorgungsprogramme entsprechend seiner fachlichen Qualifikation durch und übernimmt die anschließende intensive Betreuung und Versorgung des Versicherten bei Feststellung einer Neuerkrankung.
- 5) Die weiteren Aufgaben des Arztes und die durchzuführenden Leistungen sind jeweils an dem speziellen Betreuungsbedarf der chronisch erkrankten Versicherten ausgerichtet und in den Versorgungsprogrammen der Krankenkassen gem. den Anlagen 3 geregelt.
- 6) Sofern durch die Früherkennung gem. den Anlagen 3 bei einem Versicherten eine Erkrankung festgestellt wurde, verpflichtet sich der teilnehmende Arzt in allen Versorgungsprogrammen die Beratungsintensität über die nach den allgemeinen Regeln vergüteten Leistungen hinaus zu erhöhen. Dazu gehören:
  - a. Zeitnahe Vergabe von Behandlungsterminen, möglichst innerhalb von 14 Tagen.
  - b. Koordinierung von Terminen bei Fachärzten und Heilmittelerbringern in medizinisch erforderlichen Fällen auf Wunsch des Versicherten direkt durch die Arztpraxis.
  - c. Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation,
  - d. Intensive Motivation und krankheitsspezifische Aufklärung des Versicherten zur Erhöhung der Therapieadhärenz z.B. mittels gemeinsam definierter Therapieziele.
  - e. Zur Vermeidung von nicht notwendigen Krankenhausaufenthalten verpflichten sich die teilnehmenden Ärzte zu einer engen Zusammenarbeit mit anderen Ärzten, um die Möglichkeit der ambulanten Behandlung auszuschöpfen.
  - f. Erlangen der Kenntnisse über die jeweils genutzte Gesundheits-App, um diese gem. der Beschreibung des jeweiligen Versorgungsprogramms (gem. Anlagen 3) einsetzen zu können.
  - g. Die Verpflichtung zur Fortbildung nach §2 Abs. 3a.

## **§ 5 Vergütung**

- 1) Die Leistungen nach den Anlagen 3 werden nach Maßgabe der Anlage 1 vergütet. Weiteres zur Vergütung ist in der Anlage 1 geregelt. Die Vergütung von Leistungen nach diesem Vertrag ist ausgeschlossen, soweit dieselben Leistungen bereits im Rahmen eines anderen Selektivvertrages abgerechnet wurden.
- 2) Die Krankenkassen vergüten die Leistungen nach diesem Vertrag außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.



- 3) Eine Bereinigung der Gesamtvergütung findet somit nicht statt, da durch diesen Vertrag insbesondere strukturelle Angebote gefördert werden, die eine Mehrleistung gegenüber der Regelversorgung darstellen. Die neben dem Vertrag notwendigen ärztlichen Leistungen der Regelversorgung können weiterhin vollständig nach dem EBM abgerechnet werden und bleiben hiervon unberührt.

## **§ 6 Aufgaben der KVNO**

- 1) Die KVNO informiert die Ärzte in angemessener Form über die Inhalte dieses Vertrages.
- 2) Die KVNO erhält die Teilnahmeerklärungen der Ärzte, prüft die Teilnahmeberechtigung nach § 3, erteilt bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag und führt hierzu ein Arztverzeichnis („Arztstamm“). Dieses Verzeichnis stellt die KVNO der Krankenkasse quartalsweise auf elektronischem Wege zur Verfügung.
- 3) Die KVNO erstellt über die teilnehmenden Versicherten ein Verzeichnis und stellt dieses der Krankenkasse bis zum Ende des Folgequartals entsprechend der technischen Anlage (Anlage 7) zur Verfügung. Die KVNO versichert, dass das jeweilige Teilnehmerverzeichnis vollständig und ordnungsgemäß ist und alle papiergebundenen vorliegenden Versichertenteilnahmeerklärungen enthält. Die Archivierung der Teilnahmeerklärungen obliegt dabei der KVNO. Bei Bedarf übersendet die KVNO der Krankenkasse entsprechend der Anlage 7 sämtliche Versichertenteilnahmeerklärungen. Darüber hinaus kann die Krankenkasse jederzeit die vorliegenden Versichertenteilnahmeerklärungen einsehen bzw. deren Übermittlung veranlassen.
- 4) Die KVNO informiert die teilnehmenden Ärzte über die teilnehmenden Krankenkassen durch Veröffentlichung des von den vertragsschließenden Krankenkassen bereitgestellten Verzeichnisses (Anlage 6).

## **§ 7 Aufgaben der Krankenkassen**

- 1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in angemessener Form umfassend über Inhalt und Ziel des Vertrags zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen.
- 2) Die Krankenkasse prüft die Teilnahmeberechtigung der Versicherten nach § 3.
- 3) Die vertragsschließenden Krankenkassen erstellen nach § 10 Abs. 1 ein Verzeichnis über die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen und halten das Verzeichnis stets auf dem aktuellen Stand (Anlage 6). Dieses wird der KVNO in der aktuellsten Version bereitgestellt.

## **§ 8**

### **Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVNO**

- 1) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
- 2) Der Arzt rechnet seine Leistungen nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach der jeweils relevanten Anlage 3 für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Symbolnummern (SNR) gem. Anlage 1 über die KVNO ab. Insoweit gelten die dafür einschlägigen Bestimmungen (z.B. § 295 SGB V) und insbesondere die ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KVNO in der jeweils gültigen Fassung.
- 3) Die KVNO stellt arztseitig eine vertragskonforme Abwicklung und Auszahlung gem. den vorstehenden Absätzen sicher. Die KVNO ist berechtigt, den Verwaltungskostenbeitrag nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung sowie weitere satzungsgemäße Abzüge bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.
- 4) Der Arzt erhält einen gesonderten Ausweis der vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag.
- 5) Im Falle der Beendigung der Teilnahme (z.B. durch Widerruf oder Kündigung) eines Versicherten besteht ein Vergütungsanspruch des behandelnden Arztes für die im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen bis zum Zeitpunkt des Zugangs eines Schreibens nach § 3 Abs. 8 oder Abs. 9.
- 6) Im Übrigen gelten die Regelungen des Gesamtvertrages zwischen dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und der KVNO in ihrer jeweils gültigen Fassung, soweit sich aus diesem Rahmenvertrag keine Abweichungen ergeben.

## **§ 9**

### **Abrechnung zwischen der KVNO und den Krankenkassen**

- 1) Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der Abrechnung ärztlicher Leistungen nach § 295 SGB V.
- 2) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen sowie des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen (Formblatt 3 bis in Ebene 6) gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Gesamtvertrages zwischen dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und der KVNO entsprechend.
- 3) Abrechenbar und vergütungsfähig sind die in Anlage 1 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten SNR, Abrechnungszeiträumen und Vergütungshöhen.
- 4) Die KVNO prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung unter Einschluss der Prüfung der Angabe einer relevanten Diagnose gem. Anlage 1. Die Abrechnungsprüfungs-Vereinbarung gem. § 106d Abs. 5 SGB V i.V.m. der Abrechnungsprüfungs-Richtlinie gem. § 106d Abs. 6 SGB V gilt entsprechend.
- 5) Leistungen nach dieser Vereinbarung für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort außerhalb des KV-Bereiches Nordrhein, werden über den Fremdkassenzahlungsausgleich von der KVNO angefordert. Die Krankenkassen erklären ausdrücklich, dass sie berechnigte Forderungen anderer Kassenärztlichen Vereinigungen bedienen werden,

die über den Fremdkassenzahlungsausgleich von der KVNO für Leistungen nach dieser Vereinbarung bei den Versicherten der Krankenkassen mit Wohnort außerhalb von Nordrhein angefordert werden.

## **§ 10 Teilnahme der Krankenkassen**

- 1) Ein Verzeichnis über die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen wird nach § 7 Abs. 3 von den vertragsschließenden Krankenkassen erstellt (Anlage 6). Tritt eine weitere Krankenkasse dem Vertrag bei, erklärt diese gegenüber den vertragsschließenden Krankenkassen über die Beitrittserklärung (Anlage 5) ihren Beitritt. Das Verzeichnis wird in diesem Fall entsprechend angepasst.
- 2) Die KVNO ist nicht berechtigt, den vorliegenden Vertrag eigenständig anderen Krankenkassen anzubieten und/oder mit anderen Krankenkassen zu schließen. Die Möglichkeit des Beitritts zu diesem Vertrag wird über die vertragsschließenden Krankenkassen koordiniert.

## **§ 11 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung**

- 1) Der Vertrag tritt zum 01.04.2023 in Kraft. Er ist auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- 2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderquartals gekündigt werden. Soweit diese Kündigung nicht von der KVNO ausgeht, besteht der Vertrag zwischen den übrigen Vertragsparteien unverändert fort.
- 3) Der Vertrag kann aus wichtigem Grund von jedem Vertragspartner ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn
  - a. die Voraussetzungen dieser besonderen Versorgung aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlichen medizinisch-wissenschaftlichen oder tatsächlichen Gründen entfallen,
  - b. die Leistungen, die Gegenstand dieser besonderen Versorgung sind, in erheblichem Umfang mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden und hierdurch der Vorhabenzweck vereitelt, gefährdet oder beeinträchtigt wird oder
  - c. die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertrag beanstandet
- 4) Wird ein Versorgungsprogramm (gem. Anlagen 3) gekündigt, bleibt die allgemeine Gültigkeit des Rahmenvertrages erhalten. Die Kündigung erstreckt sich lediglich auf das spezifische Versorgungsprogramm. Die vertragsschließenden Krankenkassen informieren hierüber die KVNO, welche die Information an die Ärzte weitergibt. Die Zustimmung zu der Änderung gilt mit Bekanntgabe als erteilt.
- 5) Wird der Vertrag von einer der vertragsschließenden Krankenkassen gekündigt, bleiben die Rechte und Pflichten bei den verbleibenden vertragsschließenden Krankenkassen unverändert und der Vertrag kann fortgeführt werden.

## **§ 12 Datenschutz**

- 1) Die Vertragspartner verpflichten sich, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten alle geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften – insbesondere die der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), der Sozialgesetzbücher (SGB) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) – einzuhalten und nur die personenbezogenen Daten zu verarbeiten, deren Verarbeitung zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erforderlich ist.
- 2) Der jeweilige Vertragspartner ist für die sich im Rahmen seiner vertraglichen Aufgaben ergebende Datenverarbeitung verantwortlich. Die Mitarbeiter der Vertragspartner sind auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten. Erforderliche technische und organisatorische Maßnahmen zur Einhaltung des Datenschutzes sind zu treffen und nachzuhalten.
- 3) Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung ist dieser vor Abgabe seiner Einwilligungserklärung umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenverarbeitung aufzuklären. Die Transparenzverpflichtungen nach der EU-DSGVO gegenüber dem Versicherten sind von den Vertragspartnern zu erfüllen.
- 4) Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahmeerklärung durch einen Versicherten werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt. Medizinische Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.
- 5) Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse des jeweils anderen Vertragspartners sind streng vertraulich zu behandeln und gegen Einsichtnahme Dritter zu schützen. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und zur Wahrung der Vertraulichkeit bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.

## **§ 13 Vertragsänderungen**

- 1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die KVNO sind gemeinsam berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für alle Teilnehmer mit angemessener Vorlauffrist nach Maßgabe des folgenden Abs. 2 zu ändern, insbesondere die Versorgung nach diesem Vertrag durch weitere Versorgungsprogramme zu ergänzen. Die beigetretenen Krankenkassen können den Änderungen widersprechen, wodurch eine weitere Teilnahme an dem Vertrag nicht möglich ist.
- 2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für den etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.
- 3) Die KVNO gibt den Ärzten Änderungen schriftlich bekannt. Ist der Arzt mit der Anpassung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme an dem Vertrag nach § 3 des Vertrages zu kündigen.

## **§ 14 Compliance und Antikorruption**

- 1) Die Vertragspartner sind verpflichtet, zusätzlich zu den bereits in diesem Vertrag aufgeführten Bestimmungen die jeweils für sie maßgeblichen und im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis stehenden gesetzlichen Regelungen einzuhalten. Dies betrifft insbesondere Anti-Korruptions- und Geldwäschegesetze, kartell-, wettbewerbsrechtliche und strafrechtliche Vorschriften (insbesondere Betrug, Untreue und Insolvenzstraf-taten) sowie arbeits- und sozialrechtliche Vorschriften.
- 2) Bei einem Verstoß gegen vorstehenden Absatz kann dieser Vertrag nach den gesetz-lichen Bestimmungen ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist außerordentlich gekün-digt werden. Die Krankenkassen sind insbesondere zur außerordentlichen Kündigung berechtigt,
  - a. wenn sich die Vertragspartner im Zuge der Begründung oder Durchführung des Schuldverhältnisses an unzulässigen Wettbewerbsbeschränkungen im Sinne des Strafgesetzbuches (StGB) oder des Gesetzes gegen Wettbewerbsbe-schränkungen (GWB) beteiligt haben. Dies umfasst insbesondere Vereinbarun-gen mit Dritten über die Abgabe oder Nichtabgabe von Angeboten, über zu for-dernde Preise, über die Entrichtung einer Ausfallentschädigung (Gewinnbetei-ligung oder sonstige Angaben) sowie über die Festlegung der Empfehlung von Preisen oder
  - b. wenn die Vertragspartner nachweislich eine ihre Zuverlässigkeit in Frage stel-lende schwere Verfehlung begangen haben, die nach den maßgeblichen vergaberechtlichen Bestimmungen ihren Ausschluss vom Wettbewerb rechtfertigen. Eine schwere Verfehlung ist insbesondere die Gewährung von Vor-teilen im Sinne der §§ 333, 334 StGB.

## **§ 15 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrags ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestim-mungen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke soll eine dem Willen der Vertragspartner sowie dem Sinn und Zweck dieses Vertrags entsprechende Regelung treten. Die Vertragspartner regeln dies ein-vernehmlich.

Düsseldorf, Hannover, Hamburg den 27.03.2023

.....

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender

Vorstandsvorsitzender

.....

Dr. med. Carsten König M. San.

Stellv. Vorstandsvorsitzender

.....

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Abteilungsleiter

.....

Hanseatische Krankenkasse – HEK

Maik Luttermann, Geschäftsbereichsleiter

.....

Techniker Krankenkasse – TK

Daniel Cardinal, Geschäftsbereichsleiter

## Anlage 1 Vergütungsübersicht

Für die Leistungen gem. den Anlagen 3 dieses Vertrages erhält der Arzt nachfolgende Vergütungen:

<b>Anlage 3.1: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge einer Demenz</b>				
<b>GNR</b>	<b>Leistung</b>	<b>Vergütung</b>	<b>Frequenz</b>	<b>Abrechnungsvoraussetzungen</b>
91540	Durchführung Früherkennung	20 €	Einmal im Krankheitsfall	<p>Die Teilnahme erfolgt nach Wunsch bei Versicherten ab 75 Jahren, bei welchen keine Demenz bekannt* ist und bei denen mindestens eine der folgenden Diagnosen vorliegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KHK (I25.-)</li> <li>• Diabetes Mellitus (E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.-)</li> <li>• Niereninsuffizienz (N18.-/ N19)</li> <li>• Herzinsuffizienz (I50.-, I11.0-, I13.0-, I13.2-)</li> <li>• COPD (J44.-)</li> <li>• Parkinson (G20.-, G21.-)</li> <li>• Leichte kognitive Störung (F06.7)</li> <li>• Senilität (R54)</li> <li>• Verwirrheitszustand (R41.0)</li> <li>• Organische psychische Störung ohne nähere Angabe (F06.9)</li> <li>• Depressive Episode nicht näher bezeichnet (F32.9)</li> <li>• Hypothyreose (E03.-)</li> <li>• Exsikkose (E86)</li> <li>• Zerebrale Atherosklerose (I67.2)</li> <li>• Folgen eines Hirninfarkts (I69.3)</li> <li>• Folgen eines Schlaganfalls (I69.4)</li> </ul> <p>*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Demenz (F00.-, F01.-, F02.- oder F03).</p>
91541	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall	<p>Versicherte, bei welchen im Rahmen der Früherkennung eine Demenz (F00.-, F01.-, F02.-, F03) diagnostiziert wurde.</p> <p>Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.</p>

**Anlage 3.2:  
Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz**

GNR	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
91544	Durchführung Früherkennung	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Teilnehmen können Versicherte, bei denen eine Herzinsuffizienz bekannt* ist und keine Diagnose eines Eisenmangels (E61.1) in den letzten 6 Monaten vorliegt.  *Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Herzinsuffizienz (I50.-, I13.0-, I13.2-, I11.0-).
91545	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall.	Versicherte mit gesicherter Herzinsuffizienz (I50.-, I13.0-, I13.2-, I11.0-), bei welchen im Rahmen der Früherkennung ein Eisenmangel (E61.1) diagnostiziert wurde.  Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

**Anlage 3.3:  
Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD**

GNR	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
91546	Durchführung Früherkennung	20€	Einmal im Krankheitsfall	Teilnehmen können Versicherte, bei welchen keine chronisch respiratorische Insuffizienz bekannt* ist und bei denen mindestens eine der folgenden Diagnosen vorliegt:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• gesicherte COPD Diagnose Grad III oder IV (J44.00, J44.01, J44.10, J44.11, J44.80, J44.81, J44.90, J44.91)</li> </ul> *Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer chronisch respiratorischen Insuffizienz (J96.1-)
91547	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall.	Versicherte, bei welchen im Rahmen der Früherkennung eine chronisch respiratorischen Insuffizienz (J96.1-) diagnostiziert wurde.  Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.



**Anlage 3.4:  
Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)**

<b>GNR</b>	<b>Leistung</b>	<b>Vergütung</b>	<b>Frequenz</b>	<b>Abrechnungsvoraussetzungen</b>
91542	Durchführung Früherkennung	20 €	Einmal im Krankheitsfall	<p>Teilnehmen können Versicherte, bei welchen keine pAVK bekannt* ist und bei denen mindestens eine der folgenden Diagnosen vorliegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnose einer I73.9, I70.0, I70.1, I70.8, I70.9.</li> <li>• Oder Diagnose einer I25.0, I25.1-, I25.3, I25.4, I25.6, I25.8, I25.9, E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.- oder I10.-, die zum Zeitpunkt des Screenings das 50 Lebensjahr vollendet haben</li> <li>• männliche Raucher ab dem 60. Lebensjahr.</li> </ul> <p>*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer stadienspezifische pAVK (I70.2-).</p>
91543	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall.	<p>Versicherte, bei welchen im Rahmen der Früherkennung eine stadienspezifische pAVK (I70.20, I70.21, I70.22, I70.23, I70.24, I70.25, I70.26) diagnostiziert wurde.</p> <p>Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.</p>

**Anlage 3.5:  
Versorgungsprogramm zur Früherkennung und spezifischen Behandlung von  
COPD bei vorbestehendem Asthma bronchiale**

GNR	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
91548	Durchführung Früherkennung	20 €	Einmal im Krankheitsfall	<p>Teilnehmen können Versicherte ab dem 40. Lebensjahr, bei denen folgende Voraussetzungen erfüllt sind und bei denen noch keine behandelte COPD bekannt ist*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnose Asthma bronchiale (J45.-)</li> </ul> <p>*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer COPD (J44.-).</p>
91549	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall.	<p>Diagnose einer COPD (J44.-) im Rahmen der Früherkennung des Versorgungsprogramms.</p> <p>Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.</p>

## Information zur Teilnahmeerklärung in elektronischer Form

Die elektronische Teilnahmeerklärung ist eine gesetzlich vorgesehene Option für Versicherte.

### Prozessablauf

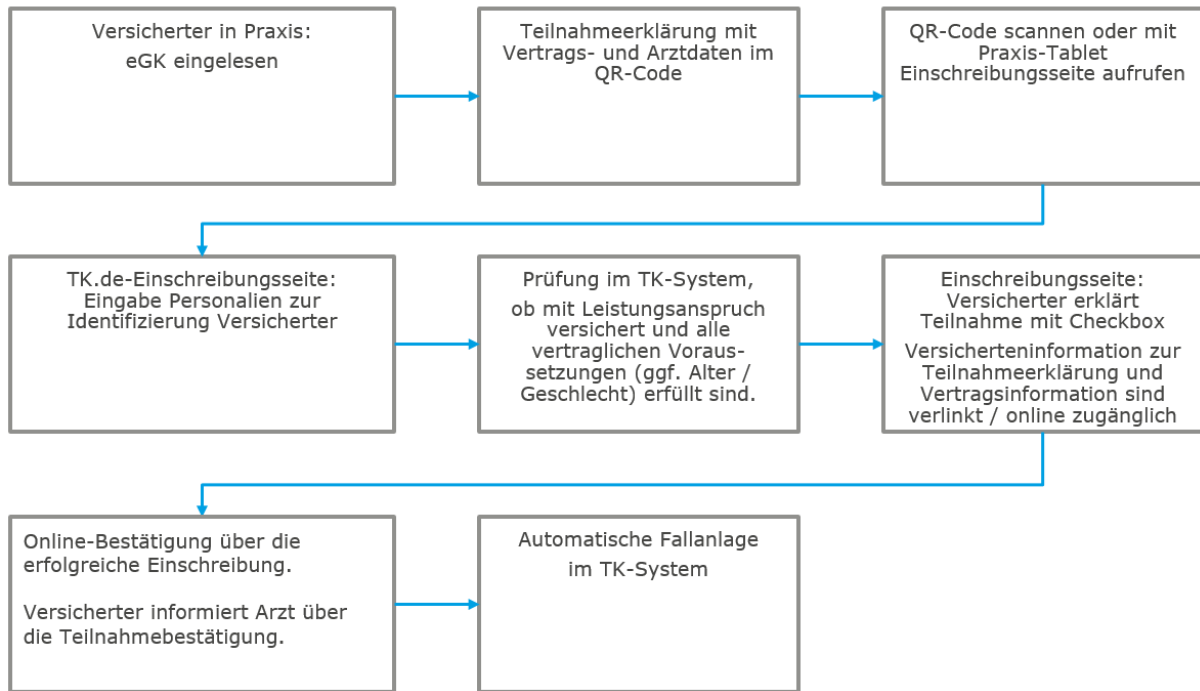
1. Die von der TK bereitzustellende papierne Teilnahmeerklärung, mit der der einschreibenden Leistungserbringer parallel weiterhin auszustatten ist, enthält einen vertragsbezogenen QR-Code.
2. Der Vertragspartner stellt dem Versicherten den QR-Code so bereit, dass der Code mit seinem Smartphone gescannt werden kann. Der Versicherte gelangt dadurch zu einem von der TK online hinterlegten Einschreibungsformular. Alternativ kann der Versicherte die Einschreibungsseite direkt über ein Tablet der einschreibenden Praxis öffnen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Praxis ein Tablet bereitstellt und die vertragsbezogene Adresse der TK-Einschreibungsseite dort hinterlegt hat.
3. Nach Eingabe seiner Personalien und der Versicherungsnummer klickt der Versicherte auf "Weiter", wodurch im TK-System geprüft wird, ob eine Versicherung mit Leistungsanspruch nach § 140a SGB V besteht und ob die vertragspezifischen Voraussetzungen (ggf. Alter oder Geschlecht) erfüllt sind.
4. Falls die Voraussetzungen für eine Teilnahme nicht erfüllt sind, wird dem Versicherten von der TK angezeigt, dass der "Service aktuell nicht genutzt werden kann"; aus Datenschutzgründen werden in der Meldung keine Details, dafür aber die Tel.-Service-Nummer der TK angegeben. Sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, öffnet sich automatisch eine Seite mit einem Zustimmungskästchen für die online-Teilnahme-Erklärung. Die allgemeine Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung und die Vertragsinformation sind im Zustimmungsfomular verlinkt und damit online zugänglich.
5. Nachdem der Versicherte den Zustimmungshaken gesetzt und mit "Fertig" bestätigt hat, erhält er online von der TK die Teilnahmebestätigung und kann sich das Zusammenfassungs-Dokument als PDF herunterladen. Der Versicherte informiert den Arzt über die Teilnahmebestätigung.
6. Im TK-System wird automatisch ein Fall angelegt.

### Voraussetzungen

- Der jeweils einschreibende Leistungserbringer des Vertrags ist mit Teilnahmeerklärungen mit QR-Code ausgestattet. Falls die Praxis ein Tablet einsetzt, mit dem ein entsprechender Zugang zur online-Einschreibungsseite erfolgen soll, ist TK-seitig die Adresse der vertragsbezogenen Einschreibungsseite auf TK.de mitzuteilen.

Prozessübersicht

### Elektronische Einschreibung in Versorgungsverträge





## Vorsorge Plus: Besser leben mit chronischer Erkrankung in Nordrhein

Unser Behandlungsangebot VorsorgePlus bietet Menschen mit chronischen Krankheiten gezielte Untersuchungen auf mögliche Begleiterkrankungen und Folge-Erscheinungen. Ein frühzeitiges Gegensteuern hilft Ihnen, Ihre Erkrankung besser im Griff zu haben.

### Das Wichtigste in Kürze

- Erkrankungsbereich: Herzinsuffizienz, COPD, pAVK, Asthma und Demenz
- Therapien: Erhebung des aktuellen Gesundheitszustandes und Früherkennung von Begleit- und Folge-Erkrankungen. Bei positivem Befund werden Sie kontinuierlich weiterbetreut.
- Behandlungsregion: Nordrhein
- Zugangsmöglichkeit: bundesweit

Bitte beachten Sie, dass für die Übernahme der Fahrkosten die gesetzliche Regelung gilt.

### Details zur Behandlung

Werden Begleiterkrankungen und Folge-Erscheinungen frühzeitig erkannt und behandelt, kann das Fortschreiten einer chronischen Erkrankung häufig verhindert oder verlangsamt werden.

In unserem Angebot Vorsorge Plus macht sich Ihr Arzt oder Ihre Ärztin ein Bild über Ihren aktuellen Gesundheitszustand und eventuelle behandlungsbedürftige Befunde. Um eine auf Sie zugeschnittene Therapie zu planen, tauschen Sie sich mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin über die verschiedenen Behandlungsoptionen und Ihre Lebenssituation aus. So können, gemeinsam mit Ihnen, die an den besten geeigneten Maßnahmen festgelegt werden, die Ihnen das Leben mit Ihrer Erkrankung erleichtern. Wenn möglich, werden dazu auch digitale Helfer wie Trainings- oder Tagebuch Apps eingesetzt.

Über einen Zeitraum von zwei Jahren ist in jedem Quartal eine Untersuchung vorgesehen. Bei Bedarf wird die Therapie angepasst.

### Ihre Vorteile auf einen Blick

- Begleiterkrankungen werden frühzeitig erkannt.
- Sie erfahren, wie Sie Folge-Erkrankungen vorbeugen können.
- Sie entscheiden gemeinsam mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin über die nächsten Behandlungsschritte.
- Sie werden über einen Zeitraum von zwei Jahren medizinisch weiterbetreut.
- Bei Bedarf können digitale Therapiebegleiter wie etwas Tagebuch- oder Trainingsapps die Behandlung unterstützen.

### So nehmen Sie teil

Ihre Teilnahme ist freiwillig.

Nach dem Erstgespräch in der am Vertrag Praxis unterschreiben Sie eine "Teilnahme-Erklärung zur Besonderen Versorgung". Diese geben Sie dort zurück. Wenn Sie bei der TK versichert sind, besteht die Möglichkeit, dass Sie sich alternativ in der Praxis über Ihr Smartphone oder ein Tablet durch Scannen eines QR-Codes auf der Teilnahme-Erklärung elektronisch in den Vertrag einschreiben.

### **Bindungsfrist**

Während der Behandlung sind Sie an die am Vertrag teilnehmenden Praxen gebunden. Ihre Behandlung und die Bindungsfrist enden mit Abschluss der letzten Nachuntersuchung.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Auch haben Sie das vertragliche Recht auf eine Kündigung.

### **So nehmen Sie Kontakt auf**

#### **TK-ServiceTeam**

0800 - 285 85 85 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands)

#### **Fragen zum Behandlungsangebot**

Unser Team vom TK-PatientenService berät Sie gern:

Tel. 040 - 46 06 62 01 70

Mo. - Do. 8 - 18 Uhr

Fr. 8 - 16 Uhr

#### **HEK Service-Team**

Sie haben Fragen zum Produkt? Dann berät Sie unser Service-Team gern unter unserer kostenlosen 24h-Service-Hotline, per Mail oder per Live-Chat:

Tel. 0800 – 021 32 13 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands)

#### **KKH-Service-Hotline**

Weitere Informationen zu dem Angebot erhalten Sie auch bei Ihrer KKH Servicestelle. Unser Team berät Sie gern vor Ort, per Mail oder am Telefon.

Tel. 0800 – 544 864 0554

## **Anlage 3 Übergreifende Versorgungsangebote**

Seit Jahren ist zu beobachten, dass die Bedürfnisse, Wünsche und Gedanken der Versicherten immer häufiger in den Versorgungsalltag miteinfließen. Sich ändernde Lebensumstände und leichterem Zugang zu Informationen führen dazu, dass sich die Rolle des Versicherten im Kontext der Versorgung stark gewandelt hat. Um diesem Trend gerecht zu werden und gleichermaßen die (digitale) Gesundheitskompetenz der Versicherten zu stärken implementiert dieser Vertrag mit dem Shared Decision Making (SDM) und der gezielten Anwendung digitaler Angebote zwei innovative Versorgungsinstrumente.

### **Shared Decision Making**

Shared Decision Making (SDM) oder partizipative Entscheidungsfindung ist ein Modell der Entscheidungsfindung im klinischen Kontext, gemäß welchem Arzt und Patient evtl. unter Einbezug des sozialen Umfelds aktiv Informationen austauschen, verschiedene Behandlungsoptionen abwägen und partnerschaftlich Entscheidungen fällen. Der behandelnde Arzt bleibt weiterhin der Experte und unterstützt den Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung und bezieht dabei die Wünsche, Lebenssituation und Werte des Patienten mit ein. Shared Decision Making (SDM) erhöht das Wissen der Patienten über die Erkrankung, fördert deren aktiven Einbezug und hilft ihnen, Präferenzen zu reflektieren.

Zur Umsetzungen des SDM stellen die teilnehmenden Kassen einen strukturierten Leitfaden für die Praxen zur Verfügung (Anlage 3.6). Dieser ist für die Ärzte auf dem Internetauftritt der KVNO abrufbar und bietet Vorschläge zur Vorbereitung des Patientengesprächs und einen Leitfaden für ein Patientengespräch im Sinne des SDM.

### **Gesundheits-Apps und Webanwendungen**

Das Thema der Digitalisierung gewinnt immer mehr an Bedeutung im deutschen Gesundheitssystem. Apps und Webanwendungen finden vermehrt Anwendung in der Therapiebegleitung bei chronischen Erkrankungen. Neben Funktionen wie der Medikamentendokumentation und Informationen zu bestimmten Erkrankungsbildern werden gezielt Übungen für die jeweilige Erkrankung zur Verfügung gestellt, die Einfluss auf den Therapieverlauf und die Alltagsbewältigung der Patienten haben. Da das Angebot an Apps und Webanwendungen mit aktuell über 100 000 verfügbaren Anwendungen sehr groß ist, bieten die Kassen in diesem Vertrag einen Überblick über die für die enthaltenen Versorgungsprogramme geeigneten Angebote an. Diese werden nach bestimmten Kriterien ausgewählt und turnusmäßig durch Mediziner und Experten für Digitalisierung sondiert und angepasst. Die Ergebnisse werden in einem Katalog auf Seite der KVNO dargestellt und stehen dort für die Ärzte zur Verfügung.

Grundsätzlich gilt dabei, dass benannte Apps als Therapiebegleitung zu verstehen sind und der Katalog keinen Anspruch auf Vollständigkeit hat. Ärzten steht frei, den Patienten auch Apps zur Therapiebegleitung anzubieten, die nicht in dem Katalog aufgeführt sind.

## **Anlage 3.1 Versorgungsprogramm Demenz (VorsorgePlus)**

### **I. Präambel**

Demenzerkrankungen (nachfolgend als Demenz bezeichnet) gehören zu den häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter und gehen mit erheblichen Belastungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen einher. Schätzungsweise leiden in Deutschland über 1,6 Millionen Menschen an einer Demenz. Ab dem 75. Lebensjahr liegt die Prävalenz der Demenz bereits über 8%.

Erkrankte verlieren im Verlauf der Demenz ihre Merkfähigkeit, Gedächtnisleistungen und die während des Lebens erlernten Fertigkeiten und Fähigkeiten, sodass Sie zuletzt nicht mehr zur eigenständigen Lebensführung fähig sind. Dies führt zu einer erheblichen Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

In Deutschland erfolgt die Behandlung von Demenzerkrankten zu über 90% durch ihren Hausarzt. Insbesondere die langjährige Kenntnis der Patienten und ihres Umfeldes erlaubt es dem Hausarzt, eine gute Einschätzung etwaiger kognitiver Verschlechterungen vorzunehmen. Dennoch führen der schleichende Erkrankungsbeginn, die fälschliche Zuordnung der Demenzsymptome zu Begleiterkrankungen oder dem Patientenalter, das selten eigenständige Ansprechen beginnender kognitiver Einschränkungen durch die Patienten, sowie Unsicherheit hinsichtlich der Demenzdiagnostik von Seiten des Hausarztes dazu, dass Demenzerkrankungen in der hausärztlichen Regelversorgung häufig unterversorgt oder unerkannt bleiben.

Ziel dieses Versorgungsprogramms ist es daher, die notwendigen Bedingungen für die Frühwahrnehmung und die Nachsorge hinsichtlich einer Demenz in der hausärztlichen Versorgung zu gewährleisten und gleichzeitig die dafür notwendige hausärztliche diagnostische und therapeutische Kompetenz durch die Nutzung von Weiterbildungsmöglichkeiten zu sichern.

Dies bietet den Patienten zahlreiche Vorteile. So lindert ein offener und verständnisvoller Umgang mit den demenzbedingten Symptomen sowie deren Auswirkungen auf den Alltag den Leidensdruck der Patienten. Auch der Erkrankungsverlauf der Demenz kann durch frühzeitige medikamentöse und nicht-medikamentöse Interventionen günstig beeinflusst werden.

Demenzranke mit chronischen Begleiterkrankungen sind durch die Demenz und deren Auswirkungen auf Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnisleistung besonders gefährdet. Durch die intensivierete hausärztliche Betreuung soll den negativen demenzbedingten Auswirkungen auf bestehende chronische Erkrankungen entgegengewirkt werden. Sofern es möglich ist, sollen gemeinsam Therapieschritte im Sinne des Shared Decision Making mit den Patienten und/oder deren Angehörigen festgelegt werden. Die Nutzung von Gesundheits-Apps/Online-Therapien von Patienten sowie deren Angehöriger in frühen Phasen der Erkrankung soll zur Verbesserung der Therapieadhärenz beitragen und eine möglichst lange Selbständigkeit der Patienten ermöglichen.

### **II. Früherkennung**

#### **a) Teilnahmevoraussetzungen**

Die Teilnahme erfolgt nach Wunsch bei Versicherten ab 75 Jahren, bei welchen keine Demenz bekannt\* ist und bei denen mindestens eine der folgenden Diagnosen vorliegt:

- KHK I25.-
- Diabetes Mellitus E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.-
- Niereninsuffizienz N18.- / N19



- Herzinsuffizienz I50.-, I11.0-, I13.0-, I13.2-
- COPD J44.-
- Parkinson G20.-, G21.-
- Leichte kognitive Störung F06.7
- Senilität R54
- Verwirrheitszustand R41.0
- Organische psychische Störung ohne nähere Angabe F06.9
- Depressive Episode nicht näher bezeichnet F32.9
- Hypothyreose E03.-
- Exsikkose E86
- Zerebrale Atherosklerose I67.2
- Folgen eines Hirninfarkts I69.3
- Folgen eines Schlaganfalls I69.4

\*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Demenz (F00.-, F01.-, F02.- oder F03).

## **b) Umsetzungsinhalte**

- Um eine hohe Diagnosesicherheit zu gewährleisten, hat sich der behandelnde Hausarzt hinsichtlich der Demenzerkrankung und ihrer Diagnostik weiterzubilden. Hierfür sollen Informationsangebote der führenden Selbsthilfeorganisationen (z.B. Deutsche Alzheimer Gesellschaft o.Ä.) sowie durch Fachgesellschaften angebotene Weiterbildungsveranstaltungen genutzt werden. § 3 Abs. 3 Buchstabe a des Rahmenvertrages bleibt hiervon unberührt.
- Die Früherkennung der Demenz soll nach den Vorgaben der S3-Leitlinie „Demenzen“ in der aktuellsten Fassung erfolgen. Der Arzt soll bei der Anamnese hierbei besonders vorsichtig und einfühlsam das Vorliegen einer Demenz erörtern.
- Bei Verdacht auf eine Demenz im Rahmen der Anamnese soll zur Objektivierung der kognitiven Leistungsfähigkeit ein valider, von der Leitlinie empfohlener Fragebogen bzw. Tests zur Anwendung kommen (z.B. MMST, DemTect, TFDD, MoCA).
- Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.

## **III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten**

### **a) Teilnahmevoraussetzungen**

- Versicherte, bei welchen im Rahmen der Früherkennung eine Demenz (F00.-, F01.-, F02.-, F03) diagnostiziert wurde.
- Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

## b) Umsetzungsinhalte

- Der Arzt soll einen positiven Einfluss auf bestehende Risikofaktoren zur Verschlechterung der Demenz nehmen. Körperliche Aktivität soll als protektiver Faktor für den Erkrankungsverlauf thematisiert und aktivitätsfördernde Maßnahmen nahegelegt werden. Eine ausgewogene und gesunde Ernährung wie z.B. eine mediterrane Diät soll dem Versicherten erläutert und aufgrund ihrer positiven Wirkung empfohlen werden. Ein gegebenenfalls bestehender Nikotinabusus soll aufgrund des negativen Einflusses auf die Erkrankungsprogression thematisiert und von einem weiteren Konsum abgeraten werden.
- Es ist sinnvoll Angehörige oder vertraute Personen in die Therapieentscheidung frühzeitig einzubeziehen, wenn der Versicherte zuvor den Hausarzt gegenüber dem Angehörigen oder der vertrauten Person schriftlich von seiner Schweigepflicht entbunden hat. Einen Vordruck für eine Schweigepflichtentbindung liegt diesem Vertrag als Muster bei.
- Dieser frühzeitige Einbezug von Angehörigen oder vertrauten Personen soll regelhaft mit dem Versicherten kommuniziert werden. Hierzu soll ein ausführliches Gespräch durch den Arzt geführt werden.
- Um ein besseres Erkrankungsverständnis und eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden und sich dadurch eine ausreichende Zeit für die Beratung nehmen:
  - Es werden verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen aufgezeigt. Dabei achtet der Arzt darauf, dass die verschiedenen Optionen vollständig gezeigt, laienverständlich und nachvollziehbar vermittelt werden.
  - Dadurch soll ausreichendes Wissen über die Krankheit erlangt werden, sodass die präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt erfolgen kann.
- Im Rahmen der intensivierten Beratung des Betroffenen und ggf. der Angehörigen kann zielgruppengerecht und laienverständlich die Möglichkeiten der Unterstützung durch Gesundheits-Apps erörtert werden (siehe auch folgenden Abschnitt „IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien“). In den Nachsorgeterminen können die Erfolge und Ausbaumöglichkeiten der digital gestützten Betreuung des Versicherten durch die Angehörigen erörtert werden. Insbesondere besteht dadurch die Möglichkeit auf die mit der Erkrankung einhergehenden Schwierigkeiten des Verhältnisses der Angehörigen zu den Versicherten einzugehen. Dies hat das Ziel, bestehende Probleme zu identifizieren und zu lösen, damit die Angehörigen weiterhin eine wichtige Stütze für die Versicherten sein können.
- Der Hausarzt übernimmt die leitliniengetreue Therapie der Demenzerkrankungen. Hierbei soll eine ganzheitliche Sicht auf die Erkrankungssituation des Versicherten unter Einbeziehung der begleitenden Erkrankungen und deren wechselseitige Beeinflussung genommen werden. Da die Demenzerkrankung eine Vernachlässigung der Medikation und Therapie der Begleiterkrankungen bedingt und die Versicherten daher Gefahr laufen eine Krankheitsprogression zu erleiden, sollen Maßnahmen zur Verbesserung der Adhärenz zu den Medikamenten insbesondere in Hinblick auf die Begleitkrankheiten eingeleitet werden. Ggf. soll der Arzt das Einholen von Hilfsmaßnahmen (z.B. durch Pflegedienste etc.) fördern. Durch diese intensivierte Verlaufskontrolle soll eine Begleiterkrankungsprogredienz frühzeitig erkannt werden.
- Es soll eine regelmäßige Verlaufskontrolle der Demenz mit validen, von der Leitlinie empfohlenen Fragebögen bzw. Tests (z.B. MMST, DemTect, TFDD, MoCA) erfolgen, damit auf eine Verschlechterung der Demenz rechtzeitig reagiert werden kann.

- Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität im Rahmen der Nachsorge kann durch den Einsatz von Fragebögen ermöglicht werden. Eine Anwendung finden dabei -nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey 12 (SF-12) o.ä..
- Der Arzt soll frühzeitig im Erkrankungsverlauf die Notwendigkeit fremder Hilfe thematisieren, um dem Versicherten, solange er dies noch kann, eine bewusste Entscheidung hinsichtlich mit der Erkrankung einhergehenden Fragestellungen (z.B. gesetzliche Betreuer, Patientenverfügungen o.Ä.) in späteren Erkrankungsphasen zu ermöglichen. Der Arzt soll den Versicherten über lokale und aktuell verfügbare Anlaufstellen und Unterstützungsmöglichkeiten für Demenzerkrankte informieren (Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen regionaler Alzheimer-Gesellschaften o.Ä.).

#### **IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien**

- Falls der Arzt es als angemessen betrachtet, soll dem Versicherten in frühen Phasen der Erkrankung die Möglichkeit der Nutzung von Gesundheits-Apps zur Erleichterung der Therapieadhärenz bezüglich chronischer Begleiterkrankungen geboten werden. Hierbei soll auf Gesundheits-Apps verwiesen werden, welche eine Medikations-Erinnerungsfunktion besitzen und auch die Dokumentation der Medikationseinnahme ermöglichen (z.B. App „MyTherapy“ o.Ä.). Hierdurch soll das frühzeitige Erkennen einer Medikationsvernachlässigung und somit potenziell negative Verlaufsbeeinflussung der Begleiterkrankungen ermöglicht werden, während dem Versicherten so lange wie möglich eine Eigenständigkeit ermöglicht wird. Im Verlauf der Nachsorge setzt sich der Arzt mit dem durch die Gesundheits-App erstellten Verlaufsreport auseinander, um die Qualität der Medikationsadhärenz zu überprüfen.
- Mit dem Ziel ein detaillierteres Verständnis der Erkrankung auf Seiten der Angehörigen zu erreichen und ihnen den Umgang mit dem Versicherten zu erleichtern, soll der Arzt in diesem Rahmen auf verschiedene Gesundheits-Apps zur Erleichterung der Betreuung des Versicherten durch die Angehörigen hinweisen und die Nutzung dieser Möglichkeiten laienverständlich ausführen.
- Die vorgeschlagenen Gesundheits-Apps sollten zum einen eine ausreichend detaillierte Informationsplattform mit praktischen Tipps für die Angehörigen darstellen (z.B. App „Alzheimer & You“, Online-Pflegekurse der Krankenkasse o.Ä.), zum anderen sollten diese spielerisches Hirnleistungstraining beinhalten (z.B. App „Auguste“), welche die Angehörigen mit den Versicherten durchführen können, um deren kognitive Restfunktion zu stärken. Die Gesundheits-App kann der Arzt beruhend auf seiner persönlichen Erfahrung und Präferenz wählen.
- Darüber hinaus verweist der Arzt auf mögliche digitale unterstützende Kommunikationsforen für Betroffene und Angehörige (z.B. das von Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend angebotene Forum „WegweiserDemenz“).

## **Anlage 3.2 Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von der Begleiterkrankung Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz (VorsorgePlus)**

### **I. Präambel**

In Deutschland leiden 1-2% der Menschen an einer Herzinsuffizienz, bei den über 60-Jährigen sind es über 10%. Aufgrund der demographischen Entwicklung sowie verbesserten Überlebenschancen bei kardialen Erkrankungen, ist die Prävalenz der Herzinsuffizienz aktuell weiterhin steigend. Die chronisch-progredient verlaufende Herzinsuffizienz weist eine ungünstige Prognose sowie die Notwendigkeit häufiger Krankenhauseinweisungen auf, sodass die Patienten in ihrer Lebenserwartung und -qualität stark eingeschränkt sind. Rund 50% aller Herzinsuffizienzpatienten leiden an mehreren Komorbiditäten, welche den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen, die Mortalität steigern und die Lebensqualität der Patienten weiter reduzieren können. Jedoch stehen im hausärztlichen Praxisalltag im Durchschnitt lediglich 6-7 Minuten pro Patienten zur Verfügung, wodurch vielen dieser Komorbiditäten in der hausärztlichen Regelversorgung keine ausreichende Aufmerksamkeit zur Verfügung steht.

Zu der häufigsten Komorbidität von Herzinsuffizienz zählt mit 30 bis 50% der Eisenmangel, der trotz der hohen Prävalenz nicht oder zu spät erkannt wird.

Der Eisenmangel kann die Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität durch Symptomverschlechterung negativ beeinflussen. Er begünstigt den Krankheitsverlauf negativ und lässt die Hospitalisierungsrate für betroffene Herzinsuffizienz-Patienten ansteigen. Ein Eisenmangel kann auch in eine Eisenmangelanämie übergehen.

Ziel dieses Versorgungsprogramms ist es, Herzinsuffizienz-Patienten in der hausärztlichen Versorgung auf einen bisher noch nicht erkannten begleitenden Eisenmangel zu untersuchen und eine adäquate Nachsorge hinsichtlich der genannten Komorbidität zu ermöglichen um eine bessere Lebensqualität, eine gesteigerte Leistungsfähigkeit und eine Verbesserung der Symptome sowie eine Verlangsamung der Progredienz der Herzinsuffizienz zu erreichen. Der Vertrag bietet dabei die Möglichkeit einer intensivierten hausärztlichen Betreuung, in deren Rahmen die notwendige Diagnostik und Nachsorge des Patienten stattfinden kann. Die Patienten sollen über ihre Erkrankung laienverständlich aufgeklärt werden. Zudem sollen Therapie-schritte im Sinne des Shared Decision Making gemeinsam mit den Patienten festgelegt werden. Die Nutzung von Gesundheits-Apps/Online-Therapien von Patienten soll zur Verbesserung der Therapieadhärenz beitragen.

### **II. Früherkennung**

#### **a) Teilnahmevoraussetzungen**

Teilnehmen können Versicherte, bei denen eine Herzinsuffizienz bekannt\* ist und keine Diagnose eines Eisenmangels (E61.1) in den letzten 6 Monaten vorliegt.

\*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Herzinsuffizienz (I.50.-, I13.0-, I13.2-, I11.0-).

#### **b) Umsetzungsinhalte**

Zur Diagnostik eines Eisenmangels erfolgt bei jedem Versicherten entsprechend der ESC-Leitlinie die Bestimmung des Ferritinwertes und der Transferrin-Sättigung. Ein Eisenman-

gel liegt bei einem Ferritinwert unter 100 µg/l beziehungsweise bei einem Ferritinwert zwischen 100 µg/l und 299 µg/l bei einer gleichzeitigen Transferrin-Sättigung unter 20 Prozent vor. Zum Ausschluss oder Bestätigung einer Anämie erfolgt zudem die Bestimmung des Hämoglobinwertes.

Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.

### **III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten**

Herzinsuffizienz-Versicherte haben bei bestehendem Eisenmangel ein erhöhtes Risiko für einen ungünstigen Verlauf der Erkrankung und benötigen daher eine besondere Aufmerksamkeit, um die beschleunigte Progredienz der Herzinsuffizienz zu verhindern bzw. zu verlangsamen.

#### **a) Teilnahmevoraussetzungen**

- Versicherte mit gesicherter Herzinsuffizienz (I50.-) bei welchen im Rahmen des Vorsorgeprogramms ein Eisenmangel (E61.1) diagnostiziert wurde.
- Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

#### **b) Umsetzungsinhalte**

- Die Grundlage des Nachsorgeprogramms stellt ein intensives Behandlungsgespräch dar. Hierbei werden insbesondere die körperliche Belastbarkeit, Symptome der Herzinsuffizienz und die aktuellen Alltagseinschränkungen evaluiert, welche sich durch einen bestehenden Eisenmangel verschlechtern können. Gleichzeitig wird evaluiert, ob eine vorliegende Symptomverschlechterung auf eine Verschlechterung der kardialen Funktion zurückzuführen ist.
  - Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität im Rahmen der Nachsorge kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Eine Anwendung finden dabei -nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey 12 (SF-12) o.ä..
  - Es erfolgt zudem eine erneute Evaluation des Schweregrades der Herzinsuffizienz nach NYHA.
- Es erfolgt eine ärztliche Ernährungsberatung hinsichtlich einer Umstellung auf eine eisenhaltigere Ernährung einschließlich einer Auflistung besonders eisenhaltiger Lebensmittel.
- Dem Versicherten wird die Möglichkeit einer oralen Eisensupplementation gemäß der S1 Eisenmangelanämie-Leitlinie in der aktuellsten Fassung erläutert, dabei wird von ärztlicher Seite intensiv auf das Nebenwirkungsprofil eingegangen.

- Versicherte mit gesicherter Herzinsuffizienz NYHA-Stadium III (I50.04, I50.13), bei welchen im Rahmen des Vorsorgeprogramms ein Eisenmangel festgestellt wurde und welche aufgrund der Symptomatik, in ihren Alltagstätigkeiten eingeschränkt sind, erhalten die Möglichkeit einer intravenösen Eisensubstitution gemäß der S1 Eisenmangelanämie-Leitlinie in der aktuellsten Fassung. Hierbei sind aufgrund der Möglichkeit eines anaphylaktischen Schocks besondere Vorsichtsmaßnahmen zu treffen.
- Es erfolgt eine Evaluation der Therapien etwaig weiterhin zugrundeliegender Grunderkrankungen (beispielsweise hinsichtlich einer NSAR-Therapie), welche einen Eisenmangel weiterhin begünstigen können. Gegebenenfalls kann eine mit dem Versicherten eine gemeinsame Entscheidungsfindung hinsichtlich Gabe von Blutungsprophylaktischen Medikamente (z.B. PPI bei gastroduodenaler Ulkuskrankheit) erwogen werden.
  - Alle einzunehmenden Medikamente (für die Herzinsuffizienz, den Eisenmangel und etwaige weitere Erkrankungen) werden besprochen und ein Therapieplan wird nach dem Shared Decision Making Prinzip erstellt.
- Shared Decision Making und laiengerechte Sprache
  - Der Arzt soll ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch führen. Um eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden:
  - Der Arzt zeigt dem Versicherten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Versicherten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Versicherten nachvollziehbar vermittelt.
  - Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Versicherte ein ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.

#### **IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien**

Nach Einschätzung des Arztes kann zusätzlich auf Gesundheits-Apps verwiesen werden, welche eine Medikations-Erinnerungsfunktion besitzen und auch die Dokumentation der Medikationseinnahme ermöglichen (z.B. „MyTherapy“ App o.Ä.). Hierdurch soll das frühzeitige Erkennen einer Medikationsvernachlässigung und ein somit potenziell negativer Krankheitsverlauf verhindert werden. Im Verlauf der Nachsorge setzt sich der Arzt mit dem durch die Gesundheits-App erstellten Verlaufsreport auseinander, um die Qualität der Medikationsadhärenz zu überprüfen.

## **Anlage 3.3: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD (VorsorgePlus)**

### **I. Präambel**

Weltweit ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) bezüglich Morbidität und Mortalität eine der häufigsten Erkrankungen. In Deutschland betrifft diese Erkrankung ca. 10% der Erwachsenen über 40 Jahren. Dabei kommt es zu nicht voll reversiblen obstruktiven Ventilationsstörungen. Bisher ist diese Erkrankung nicht heilbar. Rauchen ist bezüglich des Auftretens und des Verlaufs der COPD der bedeutendste Risikofaktor.

Therapieziele sind v. a. den Krankheitsverlauf zu verlangsamen, beeinflussbare Risikofaktoren und Folgeschäden zu minimieren, Exazerbationen zu vermeiden und die Lebensqualität der Betroffenen soweit möglich wiederherzustellen bzw. zu bewahren.

Bei einem schweren Verlauf bzw. einem schweren Krankheitsstadium der COPD nach GOLD-Einteilung kommt es häufig zu einer respiratorischen Insuffizienz mit subjektiv als sehr belastend empfundener Atemnot. Aufgrund des verminderten Sauerstoffgehaltes im Blut kann es des Weiteren zu kognitiven Defiziten, Benommenheit, und Herzfunktionsstörungen (durch Störung des Säure-Basen-Haushaltes) kommen.

Eine möglichst frühzeitige Diagnosestellung einer respiratorischen Insuffizienz gefolgt von der Einleitung geeigneter therapeutischer Maßnahmen, flankiert von Lebensstiländerungen kann helfen, den Krankheitsprogress zu verlangsamen, potentiell lebensbedrohliche Exazerbationen zu vermeiden und die Lebensqualität der Patienten zu bewahren. Durch eine entsprechend eingeleitete Therapie kann sich das Langzeitüberleben der Betroffenen deutlich verbessern.

Dieses Versorgungsprogramm bietet die Möglichkeit, Risikopatienten mit bestehender COPD und bislang unentdeckter respiratorischer Insuffizienz zu identifizieren, die von einer möglichst frühzeitigen gezielten Therapie und intensivierten Nachsorge profitieren können.

Neben der möglichst gut angepassten und frühzeitigen Diagnostik und Therapie, ist ein weiteres Ziel dieses Versorgungsprogrammes durch Verwendung von laiengerechter Sprache im ärztlichen Beratungs- und Aufklärungsgespräch sowie bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung, Gesundheitskompetenz, Compliance und Therapieadhärenz des Betroffenen zu stärken. Auch wird im Sinne eines umfassenden Behandlungskonzeptes ein Fokus auf Lebensqualität und falls erforderlich, Maßnahmen zur Lebensstiländerung gelegt.

### **II. Früherkennung**

#### **a) Teilnahmevoraussetzungen**

Teilnehmen können Versicherte, bei welchen noch keine respiratorische Insuffizienz bekannt\* ist und bei denen mindestens eine der folgenden ICD-Diagnosen vorliegt:

- gesicherte COPD Diagnose Grad III oder IV (J44.00, J44.01, J44.10, J44.11, J44.80, J44.81, J44.90 oder J44.91)

\*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer respiratorischen Insuffizienz (J96.1-).

#### **b) Umsetzungsinhalte**

- Der Arzt führt die Früherkennung und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz gemäß der „S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch

obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)“ der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. und der Deutschen Atemwegsliga e.V. in der aktuellen Fassung durch.

- Dabei wird besonderes Augenmerk auf die Expositionsanamnese sowie Risikofaktoren gelegt und in einem Gesamtzusammenhang mit dem Lebensstil sowie der Lebenssituation des Versicherten gebracht.
- Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.

### **III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten**

#### **a) Teilnahmevoraussetzungen**

- Versicherte, bei denen im Rahmen der Früherkennung eine gesicherte Diagnose einer respiratorischen Insuffizienz (J96.1-) diagnostiziert wurde.
- Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

#### **b) Umsetzungsinhalte**

- Der Arzt führt mit den Versicherten, bei denen durch die Früherkennung eine gesicherte respiratorische Insuffizienz diagnostiziert wurde, eine besonders ausführliche Nachsorge durch. Diese hat das Ziel die individuelle Situation des Versicherten zu erfahren und bei einer ggf. erforderlichen Anpassung der Therapie ausreichend zu berücksichtigen. Die Nachsorge findet insbesondere zu folgenden Aspekten statt:
- Sicherung der Compliance und Therapieadhärenz. Um eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden:
  - Der Arzt zeigt dem Versicherten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Versicherten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Versicherten nachvollziehbar vermittelt.
  - Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Versicherte ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.
- Der Arzt erörtert mit dem Versicherten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung.
- Der Arzt motiviert den Versicherten intensiv zu(r) erforderlichen Lebensstiländerung(en), insbesondere Nikotinabstinenz und Therapietreue, vereinbart gemeinsam mit dem Versicherten Ziele und überprüft die Einhaltung dieser.
- Der Arzt berät und prüft umfassend die in Frage kommenden Therapieoptionen. Dabei verschafft er sich ein umfassendes Bild über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen der therapeutischen Optionen, indem er durch gezieltes Erfragen spezifischer Nebenwirkungen die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Verordnung(en) prüft. Bei



seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte sowie evtl. Selbstmedikationen des Versicherten.

- Um die Betroffenen hinsichtlich einer Verschlechterung der COPD und möglicher Notsituationen zusätzlich zu sensibilisieren, bietet der Vertrag mit dem anhängigen COPD-Maßnahmenplan (Anhang 1) eine Möglichkeit die Therapieoptionen strukturiert zu besprechen und umzusetzen.(„Mein COPD-Maßnahmenplan“ der Krankenkasse, Anhang 1).
- Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität im Rahmen der Nachsorge kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Eine Anwendung finden dabei –nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey S12 (SF-12) o.ä.
- Um das Selbstmanagement der Versicherten zu verbessern und eine Verlaufsdokumentation der Symptomatik zu erhalten, werden die Versicherten zur Selbstbeobachtung und Nutzung von Assessments beraten und ermutigt:
  - COPD-Assessment-Test (CAT) zur Dokumentation der Symptome der COPD (s. [www.CATestonline.de](http://www.CATestonline.de))
  - modified Medical Research Council (mMRC-) Dyspnoeskala zur Erfassung und Beurteilung der Atemnot im Zeitraum zwischen den ärztlichen Untersuchungsterminen

#### **IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien**

- Falls der Arzt es als angemessen betrachtet, soll dem Versicherten in frühen Phasen der Erkrankung die Möglichkeit der Nutzung von Gesundheits-Apps zur Erleichterung der Therapieadhärenz bezüglich chronischer Begleiterkrankungen geboten werden. Hierbei soll auf Gesundheits-Apps verwiesen werden, welche eine Medikations-Erinnerungsfunktion besitzen und auch die Dokumentation der Medikationseinnahme ermöglichen (z.B. App „MyTherapy“ o.Ä.). Hierdurch soll das frühzeitige Erkennen einer Medikationsvernachlässigung und somit potenziell negative Verlaufsbeeinflussung der Begleiterkrankungen ermöglicht werden, während dem Versicherten so lange wie möglich eine Eigenständigkeit ermöglicht wird. Im Verlauf der Nachsorge setzt sich der Arzt mit dem durch die Gesundheits-App erstellten Verlaufsreport auseinander, um die Qualität der Medikationsadhärenz zu überprüfen.
- Als Ergänzung zur o. g. Gesundheits-App werden die Versicherten noch über ergänzende webbasierte Angebote informiert. Als Beispiel seien genannt (Quelle: <https://www.atemwegsliga.de/pneumo-digital-apps.html>):
  - „COPD aktuell“ ([www.copd-aktuell.de](http://www.copd-aktuell.de)) ist ein Onlineportal für Versicherte und Angehörige mit umfangreichen Informationen über die Erkrankungen und Möglichkeiten der Selbsthilfe.
  - „TheraKey“ ([www.therakey.de](http://www.therakey.de)) ist ein Onlineportal für Versicherte, Ärzte und Angehörige mit umfangreichen Informationen zur Erkrankung und u. a. zu nichtmedikamentösen Behandlungsmöglichkeiten.

#### Anhang 1: Mein COPD-Maßnahmenplan

## **Anlage 3.4 Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) (VorsorgePlus)**

### **I. Präambel**

Die periphere arterielle Verschlusskrankung (nachfolgend als pAVK bezeichnet) ist eine der häufigsten Gefäßerkrankungen in Klinik und Praxis.

Die Prävalenz der pAVK steigt mit höherem Lebensalter an. Zahlreiche epidemiologische Studien zeigen eine Gesamtprävalenz der pAVK von 3-10%. Ab einem Alter von 70 Jahren steigt die Prävalenz auf 15-20% an.

In etwa 95% der chronischen pAVK-Fälle ist eine Atherosklerose ursächlich, welche alle arteriellen Gefäßregionen des Körpers betreffen kann und deren wichtigste Risikofaktoren Rauchen, Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie sind.

Verschiedene regionale und überregionale Kampagnen zur pAVK durchgeführt durch die zuständigen Fachgesellschaften zeigen ein mangelndes Wissen und Informationsdefizite sowie fehlende Aufmerksamkeit für das Problem der pAVK. Darüber hinaus wird die Diagnose häufig erst gestellt, wenn es zu Beschwerden bzw. zu einer Claudicatio intermittens gekommen ist. pAVK ist eine fortschreitende Erkrankung, welche ernsthafte Komplikationen insbesondere in späteren Stadien wie Nekrosen, schlecht heilende Wunden sowie Amputationen herbeiführen kann. Darüber hinaus ist eine manifeste pAVK mit einem erhöhten Risiko für einen Myokardinfarkt und einen Schlaganfall verbunden.

Das Versorgungsprogramm zielt darauf ab, die pAVK frühzeitig zu erkennen und eine adäquate ärztliche Versorgung bzw. eine optimale leitlinienentsprechende Behandlung zu gewährleisten. Mittels Shared Decision Making werden die Therapieschritte gemeinsam festgelegt. Eine Schließung der Wissenslücken bzgl. der Krankheit und deren Therapieoptionen soll dadurch erlangt werden. Die Nutzung von Gesundheits-Apps/Online-Therapien durch die Patienten soll zur Verbesserung der Therapieadhärenz beitragen.

### **II. Früherkennung**

#### **a) Teilnahmevoraussetzungen**

Versicherte, bei denen folgende Voraussetzungen erfüllt sind und bei denen noch keine pAVK\* bekannt ist:

- Gesicherte Diagnose einer peripheren arteriellen Gefäßkrankheit n.n.b.(I73.9 Periphere Gefäßkrankheit, n.n.bez.) oder Gesicherte Diagnose einer Atherosklerose (I70.0, I70.1, I70.8 oder I70.9)
- oder Versicherte mit einer gesicherten Diagnose einer KHK (I25.0, I25.1-, I25.3, I25.4, I25.6, I25.8 oder I25.9), eines Diabetes Mellitus (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-) einer Hypertonie (I10.-) die zum Zeitpunkt der Früherkennung das 50 Lebensjahr vollendet haben.
- männliche Raucher ab dem 60. Lebensjahr.

\*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer pAVK (I70.2-).

## **b) Umsetzungsinhalte**

- Der Arzt führt die Früherkennung einer pAVK gemäß der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren Arteriellenverschlusskrankheit“ der Deutschen Gesellschaft für Angiologie/Gesellschaft für Gefäßmedizin in der jeweils geltenden Fassung durch.
- Dabei soll der Versicherte den im Anhang 1 beigefügten Fragebogen ausfüllen, dieser soll dann durch den Arzt ausgewertet werden.
- Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.

## **III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten**

### **a) Teilnahmevoraussetzungen**

Teilnehmen dürfen Versicherte mit folgenden Voraussetzungen:

Diagnose einer stadienspezifischen pAVK im Rahmen der Früherkennung (I70.20, I70.21, I70.22, I70.23, I70.24, I70.25 oder I70.26).

- Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

### **b) Umsetzungsinhalte**

Der Arzt führt mit dem Versicherten, bei welchem im Vorsorgeprogramm eine stadienspezifische pAVK diagnostiziert wurde, ein besonders ausführliches Gespräch. Dies hat das Ziel, die individuelle Situation des Versicherten zu erfahren und bei einer ggf. erforderlichen Anpassung der Therapie ausreichend zu berücksichtigen. Das Gespräch findet insbesondere zu folgenden Aspekten statt:

- Der Arzt soll ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch führen. Um eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden:
  - Der Arzt zeigt dem Versicherten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Versicherten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Versicherten nachvollziehbar vermittelt.
  - Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Versicherte ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.
- Der Arzt erörtert mit dem Versicherten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung.

- Der Arzt motiviert den Versicherten intensiv zu(r) erforderlichen Lebensstiländerung(en) und klärt über präventive Maßnahmen auf.
- Um eine Verschlechterung der Erkrankung zu verhindern, animiert er den Versicherten ein regelmäßiges Gehtraining durchzuführen.
- Der Arzt berät und prüft umfassend die Arzneimitteltherapie(n). Dabei verschafft er sich ein umfassendes Bild über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimitteltherapie(n), indem er durch gezieltes Erfragen spezifischer Nebenwirkungen die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Verordnung(en) prüft. Bei seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte sowie evtl. Selbstmedikationen des Versicherten. Zur Umsetzung stellt der Vertrag einen Medikamentenplan zur Verfügung (pAVK-Fragebogen und Medikamentenplan, Anhang 1 zu dieser Anlage).
- Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität im Rahmen der Nachsorge kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Eine Anwendung finden dabei -nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey 12 (SF-12) o.ä..

Der Arzt leitet notwendige Maßnahmen nach der S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie/Gesellschaft für Gefäßmedizin ein und koordiniert die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen ggf. durch Überweisung.

#### **IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien**

Nach Ermessen des Arztes kann zusätzlich auf Gesundheits-Apps verwiesen werden, welche eine Medikations-Erinnerungsfunktion besitzen und auch die Dokumentation der Medikationseinnahme ermöglichen (z.B. „MyTherapy“ App o.Ä.). Hierdurch soll das frühzeitige Erkennen einer Medikationsvernachlässigung und ein somit potenziell negativer Krankheitsverlauf verhindert werden. Im Verlauf der Nachsorge setzt sich der Arzt mit dem durch die Gesundheits-App erstellten Verlaufsreport auseinander, um die Qualität der Medikationsadhärenz zu überprüfen.

Anhang 1: pAVK-Fragebogen und Medikamentenplan

## **Anlage 3.5 Versorgungsprogramm zur Früherkennung und spezifischen Behandlung von COPD bei vorbestehendem Asthma bronchiale (VorsorgePlus)**

### **I. Präambel**

Etwa 5% der Erwachsenen in Deutschland leiden unter Asthma bronchiale (nachfolgend als Asthma bezeichnet). Bei einer angemessenen Therapie ist die Lebenserwartung eines Asthmatikers vergleichbar mit der einer gesunden Person. Oft werden die Behandlungsanweisungen des behandelnden Arztes von den Patienten jedoch nicht befolgt, da der Schweregrad der Erkrankung unterschätzt wird. Unter fehlender oder unzureichender Therapie kommt es durch eine Einschränkung der Lungenfunktion zu einer Verschlechterung der Prognose, denn durch eine unzureichende antiinflammatorische Therapie kommt es im Krankheitsverlauf zu einer Abnahme der Reversibilität bis hin zu einer Fixierung der Atemwegsobstruktion.

Bis zu 60% der betroffenen Patienten leiden gleichzeitig unter einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (nachfolgend als COPD bezeichnet), welche hinsichtlich der Morbidität und Mortalität eine der führenden Erkrankungen darstellt. Das gleichzeitige Vorliegen beider Erkrankungen erhöht die Symptomlast der betroffenen Patienten und führt zu vermehrten Exazerbationen und Hospitalisierungen sowie einer erhöhten Mortalität.

Aufgrund der Ähnlichkeit der Symptome kann das gleichzeitige Vorliegen beider Erkrankungen leicht übersehen werden. Da die Atemwegsverengung, welche bei diesen Patienten vorliegt, durch die Asthmamedikamente allein nicht vollständig umkehrbar ist, muss die Medikation bei gleichzeitigem Vorliegen beider Erkrankungen angepasst werden. Eine korrekte Diagnose einer begleitenden COPD bei Asthmatikern ist somit unerlässlich, um eine angemessene medizinische Betreuung zu gewährleisten, akute Episoden im Krankheitsverlauf zu minimieren und die Prognose zu verbessern.

Ziel dieses Versorgungsprogramms ist es, erwachsenen Asthmatikern in der hausärztlichen Versorgung eine gesonderte Aufmerksamkeit zukommen zu lassen, um eine begleitende COPD rechtzeitig zu erkennen. Aufgrund des erhöhten Risikos für einen unvorteilhaften Erkrankungsverlauf aufgrund des Vorliegens beider Erkrankungen, erhalten die Patienten mit gleichzeitiger COPD eine intensiviertere und digital unterstützte Nachsorge.

### **II. Früherkennung**

#### **a) Teilnahmevoraussetzungen**

Teilnehmen können Versicherte ab dem 40. Lebensjahr, bei denen folgende Voraussetzungen erfüllt sind und bei denen noch keine behandelte COPD bekannt ist\*:

- Diagnose von Asthma bronchiale (J45.-)

\*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer COPD (J44.-).

#### **b) Umsetzungsinhalte**

Der Arzt führt eine umfassende Diagnostik und Evaluierung einer möglicherweise vorhandenen COPD, genauer Asthma COPD Overlap, durch. Dabei geht er nach den Empfehlungen der aktuellen Version der „S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von

Versicherten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)“ vor und orientiert sich an den folgenden Schritten:

- Um die Vortestwahrscheinlichkeit vor einer Lungenfunktionsüberprüfung deutlich zu erhöhen, führt der Arzt eine ausführliche Anamnese sowie eine gezielte körperliche Untersuchung durch. Dabei stellt er Fragen insbesondere zu:
  - Raucherstatus
  - Atemnot unter Belastung
  - Husten / Auswurf (nicht nur während eines Asthmaanfalls oder Infekts)
- Besteht nach diesen ersten beiden Schritten weiterhin ein konkreter Verdacht auf COPD, soll die Durchführung einer Lungenfunktionsdiagnostik inkl. Schweregradbestimmung zur späteren Therapieentscheidung, erfolgen.

Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.

### **III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten**

#### **a) Teilnahmevoraussetzungen**

Teilnehmen dürfen Versicherte mit folgenden Voraussetzungen:

Diagnose einer COPD (J44.-) im Rahmen der Früherkennung des Versorgungsprogramms.

- Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

#### **b) Umsetzung**

- Der Arzt soll ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch führen. Um eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden:
  - Der Arzt zeigt dem Versicherten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Versicherten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Versicherten nachvollziehbar vermittelt.
  - Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Versicherte ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.
- Der Arzt zeigt dem Versicherten im Erstgespräch gezielte Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf, insbesondere medikamentöse Optionen und psychosoziale Interventionen (körperliche und soziale Aktivität, etc.). Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Versicherten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und nachvollziehbar vermittelt.
- Aufgrund des hohen Infektions-Risikos für Versicherte mit COPD und deren Korrelation mit Krankenhausaufenthalten und Mortalität soll der Arzt im Erstgespräch zudem über relevante Impfungen aufklären und diese im Falle des Einverständnisses des

Versicherten durchführen (z.B. Influenza, Pneumokokken). Die Kontrolltermine können hier für etwaige Auffrischungen genutzt werden.

- Um eine fokussierte Therapieentscheidung treffen zu können, erörtert der Arzt gemeinsam mit dem Versicherten die Zuteilung in die vier Schweregrad-Gruppen der COPD. Gemäß der aktuellen Leitlinie hat dies entlang dem vorgeschlagenen Schema nach den patientenzentrierten Endpunkten Symptomatik und Exazerbationsrisiko zu erfolgen. Unter anderem aus diesen beiden Kriterien ergibt sich die Therapieempfehlung (Basistherapie und Bedarfsmedikation).
- Der Arzt evaluiert umfassend mögliche Arzneimitteltherapie(n). Dabei sollte die Therapie auf die Lebensqualität und Symptomatik des Versicherten ausgerichtet werden. Ziel sollte stets eine adäquate und individuell angepasste Medikation sein, die dazu geeignet ist, das Leiden des Versicherten dauerhaft zu reduzieren. In allen weiteren Kontrollterminen wird der Medikationsplan regelmäßig reevaluiert und der Arzt verschafft sich ein umfassendes Bild über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimitteltherapie(n), indem er durch gezieltes Erfragen spezifischer Nebenwirkungen die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Verordnung(en) prüft. Bei seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte sowie Selbstmedikationen des Versicherten. Ziel ist ein verständlicher und koordinierter Medikationsplan für den Versicherten.
- Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität im Rahmen der Nachsorge kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Eine Anwendung finden dabei –nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey S12 (SF-12) o.ä..
- Im Fall von Nikotinabusus liegt die oberste Priorität in der Raucherentwöhnung, um den Vorteil der Früherkennung für eine Prognoseverbesserung zu nutzen. Auf diesem Aspekt soll bereits im Erstgespräch ein Fokus liegen und bei Bedarf eine entsprechende Unterstützung im Rahmen der Regelversorgung angeboten werden.
- Der Arzt erörtert mit dem Versicherten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung und motiviert diesen intensiv zur weiteren Behandlung und klärt über präventive Maßnahmen auf.
- Der Arzt leitet notwendige Maßnahmen nach den aktuellen Leitlinien zur Therapie und Nachsorge der COPD ein und koordiniert die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen bei Bedarf durch Überweisung.
- Es erfolgt eine strukturierte Patientenführung seitens des Arztes mit regelmäßigen Wiedereinbestellungen und engmaschiger Evaluation und Reevaluation.
- Das Einbeziehen fachärztlicher Expertise erfolgt nach Ermessen des Hausarztes.

## IV. Gesundheits-App/Online-Therapien

Während bei Versicherten mit Asthma COPD Overlap die Raucherentwöhnung an erster Stelle steht, sollte gleichzeitig eine Kontrolle beider Erkrankungen erfolgen. Um die medikamentöse Behandlung einerseits unterstützend zu begleiten, andererseits aber auch zu ergänzen, bieten sich mitunter Gesundheits-Apps an. Abhängig vom Erfahrungsstand und den Präferenzen des behandelnden Arztes sollte eine solche Lösung umfassend besprochen und gegebenenfalls angeboten werden.

### a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen dürfen Versicherte, die unter Absatz III. eingeschlossen wurden und zusätzlich folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Versicherte, welche
  - nach Ermessen des behandelnden Arztes von einer therapiebegleitenden Nutzung einer Gesundheits-App profitieren würden sowie
  - körperlich und kognitiv in der Lage sind, eine Gesundheits-App sachgemäß zu nutzen.

### b) Umsetzungsinhalte

- Nach Ermessen des Arztes kann gemeinsam mit dem Versicherten der Nutzen einer digitalen Begleitung der Krankheit und Therapie in Form einer Gesundheits-App exploriert werden.
- Die Gesundheits-App muss einer kritischen fachlichen Begutachtung standhalten und hat die folgenden Mindestkriterien zu erfüllen:
  - Klar benanntes und eingegrenztes Einsatzgebiet
  - Genaue Programmbeschreibung inkl. Hinweis auf das Therapiekonzept
  - Kostenfreie Nutzung
  - Anonyme Nutzung und/oder datenschutzkonforme Nutzung möglich.

Als Beispiellösung sei hier die Gesundheits-App „Therakey“ genannt. Es werden umfangreiche Informationen zur Vorbeugung und Behandlung der COPD gegeben. Die verschiedenen Optionen der Therapien insbesondere auch die nichtmedikamentösen Behandlungsmöglichkeiten wie Bewegung, Ernährung und Schulung werden dargestellt. Ein eingebundenes Fitness-Programm zum Mitmachen („Fitmacher COPD“) bietet ein strukturiertes, gestaffeltes Trainingsprogramm über mehrere Wochen. Hinweise, wie im Notfall zu reagieren ist, werden gegeben und es wird die Möglichkeit geboten, gemeinsam mit den Ärzten einen Notfallpass zu erstellen. Bei der Wahl der Gesundheits-App kann der behandelnde Arzt jedoch entsprechend seiner individuellen Erfahrung frei wählen, wenn die Anwendung als gleichwertig im Sinne der genannten Mindestkriterien angesehen wird.

- Der Arzt achtet darauf, dass er dem Versicherten die Nutzung vollständig und laienverständlich vermittelt und vereinbart eine engmaschige ärztliche Begleitung
- Die weitere Verwendung der Gesundheits-App soll zumindest zweimal pro Jahr gemeinsam mit dem Versicherten evaluiert werden

Es sollte ergänzend auf Gesundheits-Apps, die den o.g. Mindestkriterien entsprechen, verwiesen werden, welche eine Medikations-Erinnerungsfunktion besitzen und auch die Dokumentation der Medikationseinnahme ermöglichen (z.B. „MyTherapy“ App o.Ä.). Hierdurch soll das frühzeitige Erkennen einer Medikationsvernachlässigung und ein somit potenziell negativer Krankheitsverlauf verhindert werden. Im Verlauf der Nachsorge setzt sich der Arzt mit dem durch die Gesundheits-App erstellten Verlaufsreport auseinander, um die Qualität der Medikationsadhärenz zu überprüfen.



## Anlage 3.6 Shared Decision Making (VorsorgePlus)

### I. Prozess & Phasen des Shared Decision Making

#### 1. Einführung:

Erklärung des **Ablaufs** der Entscheidungsfindung und welche Rolle beide haben.  
Vermittlung, dass die Entscheidung **gemeinsam** getroffen wird, so dass der Patient sich mit der schwierigen Entscheidung nicht allein gelassen fühlt.

#### 2. Informationsaustausch:

Laienverständliche Information über die Erkrankung, **die Behandlungsoptionen**, die dazugehörigen **Risiken und Nutzen** in Bezug auf die Gesundheit, das physische und psychische Wohlbefinden und die sozialen Lebensumstände der Patienten.

- Miteinbringung der **medizinischen Evidenz** und gleichzeitige Überprüfung, ob der Patient alles richtig verstanden hat.
- Miteinbeziehung von **Befürchtungen** und subjektiven Krankheitstheorien der Patienten sowie etwaigen **Vorschlägen** für weitere Optionen.
- Einbringung des Patienten-Wissens zu ihrer Person wie beispielsweise ihre Krankengeschichte, Lebenssituation und Werte.
- (optional) Unterstützung mittels Entscheidungshilfen (Decision Aids) z.B. Broschüren, Videos, geeigneter Webseiten bzw. webbasierter Programme, um sich selbst Wissen anzueignen und Präferenzen herauszufinden.

#### 3. Abwägungsprozess:

Der verschiedenen **Vor- und Nachteile** der zur Wahl stehenden Behandlungsoptionen:

- Erfragung der **Erwartungen, Werte, Sorgen und Ideen der Patienten** und Unterstützung der Patienten, die eigenen Präferenzen zu gewichten.
- Schaffung einer **Atmosphäre**, in welcher sich der Patient sicher fühlt und frei äußern kann.
- Der Arzt legt ebenfalls die eigene Sichtweise zu den verschiedenen Optionen dar und kann Empfehlungen geben.
- Beeinflusst wird die Entscheidung für eine Behandlungsoption auch von der Wahrscheinlichkeit der verschiedenen **Behandlungsauswirkungen** und der **Selbstwirksamkeitserwartung** der Patienten.
- Viele Patienten wollen die Meinung ihres **sozialen Umfeldes** in den Entscheidungsprozess miteinbeziehen.

#### 4. Behandlungsentscheidung:

Gemeinsames Treffen einer Behandlungsentscheidung.

- Es kann vorkommen, dass sich die Beteiligten trotz gemeinsamer Diskussion nicht einig werden.
- Der Patient hat jederzeit das Recht, eine bestimmte Behandlungsoption abzulehnen oder die Meinung von weiteren beteiligten Ärzten zu hören.

## II. Vorbereitung des Patientengesprächs

- Prüfen der Indikation für SDM: insbesondere bei anstehenden Entscheidungen mit mehreren evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten
- Wählen Sie je nach Anlass den geeigneten Raum und Zeitpunkt – für ernste Diagnosemitteilung sollten Sie mehr Zeit einplanen und möglichst ungestört sein
- Sollten Angehörige des Patienten anwesend sein?
- Wird ein Übersetzer benötigt?
- Bereiten Sie notwendige Unterlagen vor, z. B. Fragebögen, Informationsmaterial

Beispiele für Entscheidungshilfen für SDM:

- Eine allgemeine Entscheidungshilfe für Patienten im PDF-Format für Patienten zum Selbstauffüllen:  
<https://www.gesundheitsinformation.de/zum-ausfuellen-eine-entscheidungshilfe.html>
- „Patientenblätter“ des ÄZQ:  
<https://www.patienten-information.de/patientenblaetter/>

### III. Leitfaden für ein Patientengespräch

#### Grundsätzliches:

- Stellen Sie während des Patientengesprächs durch aktives Zuhören das Verständnis sicher  
Beispiel: *„Ich habe Sie so verstanden, dass Sie sich eher grundsätzlich gegen ein Medikament entscheiden würden?“*
- Patienten wenn möglich ausreden lassen
- Blickkontakt herstellen und Körpersprache beachten
- Vermeidung von Fachtermini – möglichst laiengerechte Sprache verwenden
- Patienten zu Fragen ermutigen

#### Gesprächsaufbau:

1. Gesprächseröffnung - Gesprächsziel definieren  
Beispiel: *„Heute soll in unserem Gespräch über das weitere Vorgehen entschieden werden. Jede Möglichkeit hat Vor- und Nachteile, die wir gemeinsam besprechen werden. Wenn Ihnen etwas unklar ist, können Sie gerne Rückfragen stellen.“*
2. Patientenbeteiligung begründen  
Beispiel: *„Für den Erfolg der Behandlung ist es wichtig, dass Sie verstehen, was und warum gemacht wird.“*
3. Vor- und Nachteile jeder therapeutischen Option in laiengerechter Sprache erklären  
Beispiel: *„Es gibt in Ihrem Fall folgende Möglichkeiten der Behandlung: A, B und C. Folgend werde ich Ihnen kurz die Vor- und Nachteile jeder Möglichkeit erklären und dies mit Ihnen zusammen gewichten.“*
4. Erwartungen, Bedenken, Werte und Situation des Patienten erfragen  
Beispiel: *„Gibt es noch weitere Ihnen wichtige Punkte, die wir bisher noch nicht besprochen haben? Gibt es noch andere Faktoren, die Ihre Entscheidung für oder gegen eine der o. g. Behandlungsmöglichkeiten beeinflussen?“*
5. Gemeinsam Entscheidung treffen  
Beispiel: *„Haben Sie schon eine bevorzugte Behandlungsmöglichkeit? Oder brauchen Sie noch etwas, um gemeinsam eine Entscheidung treffen zu können?“*
6. Umsetzung der Entscheidung planen und Gesprächsabschluss  
Beispiel: *„Sie beginnen, wie besprochen, zunächst mit einer halben Tablette morgens. In 14 Tagen sprechen wir uns kurz wieder, ob Sie das neue Medikament gut vertragen.“*

## Meine COPD-Medikamente:

Dauermedikamente (Name, Wirkstoff, Dosierung):

---

---

Bedarfsmedikamente (Name, Wirkstoff, Dosierung):

---

---

Langzeitsauerstofftherapie:

Ja \_\_\_\_\_ l/min \_\_\_\_\_ Std./Tag  
 Nein

Heimbeatmung:

Ja  Nein

Besteht ein Lungenemphysem?

Ja  Nein

Besteht eine Rechtsherzinsuffizienz bzw. Herz-  
erkrankung?

Ja  Nein

### Wichtige Telefonnummern

Mein Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mein Lungenfacharzt

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Klinik/Ambulanz

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_



## Mein COPD- Maßnahmenplan



Tragen Sie  
Ihren Maßnah-  
menplan stets  
bei sich!

## Richtig handeln bei COPD

### Mein COPD-Maßnahmenplan:

In diesem individuellen Maßnahmenplan stehen alle wichtigen Informationen, damit Sie bei einer Verschlechterung Ihrer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) schnell handeln können. Erstellen Sie Ihren persönlichen COPD-Maßnahmenplan gemeinsam mit Ihrem Arzt. Nutzen Sie den nächsten Termin bei ihm auch, um folgende Fragen zu besprechen:

- Woran erkenne ich eine Verschlimmerung der COPD?
- Wie verhalte ich mich, wenn ich mich schlechter fühle?
- Bei welchen Symptomen suche ich ärztliche Hilfe auf?

### Achten Sie auf sich!

Sie selbst können viel dafür tun, damit es erst gar nicht zu einer Verschlechterung Ihrer COPD kommt.

- Das Wichtigste ist, nicht zu rauchen.
- Nehmen Sie Ihre Medikamente regelmäßig und in der verordneten Dosierung ein.
- Lernen Sie Anzeichen einer Verschlechterung frühzeitig zu erkennen, um möglichst schnell gegensteuern zu können.
- Impfungen gegen Pneumokokken und Influenza bieten Schutz vor gefährlichen Infektionen.

## Erste Anzeichen einer Verschlechterung der COPD (Exazerbation):

- Zunehmende Atemnot
- Zunehmender Husten
- Zunehmende Auswurfmenge (abgehusteter Schleim)
- Zunehmende Auswurfzähigkeit
- Farbe des ausgehusteten Auswurfs verändert sich von weiß bis transparent zu gelbgrün
- Fieber, Müdigkeit und/oder Abgeschlagenheit

Auf folgende Anzeichen sollte ich besonders achten:

---

---

---

---

---

**Falls diese Beschwerden länger als 24 Stunden bestehen, gehen Sie bitte zum Arzt!**

Bei den ersten Anzeichen einer Verschlechterung sollte ich Folgendes tun:

---

---

---

---

---

## Akute Exazerbation

Meist im Zusammenhang mit einem Infekt kann es zu einer akuten und starken Verschlechterung kommen. Vor allem die Atemnot wird stärker.

Auf folgende Anzeichen der akuten Exazerbation sollte ich besonders achten:

---

---

---

---

---

Was muss ich jetzt tun?

1. Ruhe bewahren
2. Eine atemerleichternde Körperhaltung einnehmen und mit der Lippenbremse ausatmen
3. Folgende Medikamente einnehmen:  

---
4. 10 bis 15 Minuten abwarten, dabei weiter eine atemerleichternde Körperhaltung einnehmen und Lippenbremse anwenden
5. Falls keine spürbare Besserung eintritt:

**Sofort den Notarzt rufen! Notruf 112 oder:**

---

---

---

---





## Anlage 4

### Teilnahmeerklärung des Arztes zum Vertrag mit der KKH, HEK und TK über Besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)

Hinweis: Antragstellung auch online über das digitale Antragsmanagement im KVNO-Portal möglich.  
(Voraussetzung ist eine Registrierung im KVNO-Portal und das Vorhandensein des Tokens / 2-Faktor-Authentisierung, nähere Informationen [www.kvno.de](http://www.kvno.de))

#### Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Qualitätssicherung

40182 Düsseldorf

Telefax: (0211) 5970- 33289

E-Mail: [VorsorgePlus@kvno.de](mailto:VorsorgePlus@kvno.de)

**Wichtig:**

Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen.

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
lebenslange Arzt -Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR)
E-Mail:		
angestellter Arzt bei:		

#### Hiermit beantrage ich die Teilnahme an dem oben genannten Vertrag.

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlagen bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bestätige, dass ich die Anforderungen an diesem Vertrag erfülle und alle sich auf die Vertragsanforderungen beziehenden Änderungen der KV Nordrhein unverzüglich mitteilen werde.
4. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail an die Krankenkasse sowie mit der Weitergabe des Arzt-/Psychotherapeutenverzeichnisses an interessierte Versicherte der Krankenkasse einverstanden. Gleiches gilt für weitere beitretende Krankenkassen sowie für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt /  
ärztlicher Leiter MVZ

Vertragsarztstempel



**Anlage 5**  
**Beitrittserklärung für Krankenkassen**  
**Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)**  
**gemäß §140 a SGB V**  
**zwischen der KVNO und den Krankenkassen KKH, HEK und TK**  
**Vertragskennzeichen: 121382KK009**

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**IK:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner:** \_\_\_\_\_

**Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Die oben genannte Krankenkasse erklärt den verbindlichen Beitritt als beitretende Krankenkasse zu dem Vertrag gem. § 140a SGB V zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen. Alle Rechte und Pflichten ergeben sich aus dem Vertrag und gelten mit Unterzeichnung.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift/Stempel beitretende Krankenkasse**

## Anlage 5 Beitrittserklärung für Krankenkassen

### Einwilligung zum Beitritt

Die KVNO und die vertragsschließenden Krankenkassen erklären sich durch Unterzeichnung bereit, die aufgeführte Krankenkasse in den Vertrag aufzunehmen. Notwendige Anpassungen an den Anlagen des Vertrages, um den Beitritt der genannten Krankenkasse kenntlich zu machen, werden durch die vertragsschließenden Krankenkassen durchgeführt. Es bedarf keiner gesonderten Änderungsvereinbarung.

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift/Stempel KVNO**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift/Stempel KKH**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift/Stempel HEK**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift/ Stempel TK**

## Anlage 6: Verzeichnis teilnehmende Krankenkassen (VorsorgePlus)

Die vertragsschließenden Krankenkassen erstellen ein Verzeichnis über die Teilnahme der Krankenkassen und halten dieses stets auf dem aktuellen Stand.

Das Verzeichnis wird der KVNO in der aktuellsten Version bereitgestellt.

<b>Verzeichnis teilnehmende Krankenkassen</b>		
<b>Status Krankenkasse</b>	<b>Name der Krankenkasse</b>	<b>Datum der Teilnahme</b>
Vertragsschließende Krankenkasse	Kaufmännische Krankenkasse – KKH	01.04.2023
Vertragsschließende Krankenkasse	Hanseatische Krankenkasse – HEK	01.04.2023
Vertragsschließende Krankenkasse	Techniker Krankenkasse – TK	01.04.2023

**Anlage 7: Datensatzbeschreibung für die Lieferung von Patiententeilnahmeverzeichnissen (TVZ) durch die KV Nordrhein an die Krankenkasse**

**Inhaltsverzeichnis**

- 1. Änderungshistorie ..... 1
- 2. Einleitung ..... 1
- 3. Datenübermittlung..... 2
  - 3.1 Formelles zur Datenübermittlung..... 2
  - 3.2 Kontaktdaten technischer Ansprechpartner ..... 2
  - 3.3 Technischer Ablauf der Datenübermittlung ..... 2
  - 3.4 Dateinamen ..... 3
  - 3.5 Inhalt und Aufbau der zu übermittelnden Dateien..... 3
    - 3.5.1 Format..... 3
    - 3.5.2 Aufbau der Datenlieferungen ..... 3
  - 3.6 Rückmeldeverfahren der Krankenkassen..... 4

**1. Änderungshistorie**

Version	Änderungsdatum	
1.0	TTMMJJJJ	1. Vertragsfassung

**2. Einleitung**

Diese technische Anlage dient der Präzisierung des Datenaustausches von Patientendaten (aus Patiententeilnahmeerklärungen - PTE) zwischen den Vertragspartnern. In dieser werden ergänzend zu dem geschlossenen Vertrag die wesentlichen Punkte für die spätere Datenübermittlung und -Veränderung vereinbart.

Die Adressaten dieser Anlage sind die beteiligten Fachbereiche und ggf. deren zugeordnete IT-Abteilung.

Bei technischen Fragen wenden Sie sich an: Telefon: xxx oder per Mail an xxx@kvno.de.

### 3. Datenübermittlung

#### 3.1 Formelles zur Datenübermittlung

1. Die nach dieser „Technischen Anlage“ zu übermittelnden Daten müssen inhaltlich den Regelungen dieses Vertrages bzw. dieser Anlage entsprechen.
2. Die Lieferungen der Datensätze erfolgt von der KVNO an die Krankenkasse bis zum Ende des Folgequartals über einen SFTP-Server. Hierfür teilt die Krankenkasse der KVNO den Ansprechpartner (nach 4.2.) mit.

#### 3.2 Kontaktdaten technischer Ansprechpartner

	KVNO	Vertragspartner
<b>Ansprechpartner</b>		
<b>Fachbereich / Organisationseinheit</b>		
<b>Anschrift</b>		
<b>Telefon</b>		
<b>Telefax</b>		
<b>E-Mail</b>		

#### 3.3 Technischer Ablauf der Datenübermittlung

1. Die Datenübertragung erfolgt per SFTP-Verfahren. Die KVNO stellt die Daten auf einem für die Krankenkasse bereitgestellten SFTP-Server zur Verfügung.
2. Die zu versendenden Dateien sind im Zeichensatz ISO-8859-1 zu kodieren.

### 3.4 Dateinamen

Das TVZ wird standardmäßig nach der folgenden festen Syntax benannt:

Vertragsname\_Patient\_JJJJMM.csv

Erläuterung:

*Vertragsname* = Konstante - Angabe des Vertragsnamens

*Patient* = Konstante - Angabe über eine Patientenübersicht

*JJJJMM* = Variable - Angabe des Erstellungsmonats

*.csv* = Konstante – kennzeichnet den MIME-Type

### 3.5 Inhalt und Aufbau der zu übermittelnden Daten

#### 3.5.1 Format

- Als Transportformat wird das universell einsetzbare CSV-Format nach RFC 4180 verwendet.
- Die Felder haben eine variable Breite und werden durch ein Semikolon („;“) getrennt.

#### 3.5.2 Aufbau der Datenlieferungen

Folgende Attribute werden von der KVNO übermittelt:

Attribute	Übertragung	Reihenfolge (Spalten)
Nachname (Patient)	Optional*	1
Vorname (Patient)	Optional*	2
Geburtsdatum	X	3
Instituts_KZ (IK Krankenkasse)	X	4
Versichertennummer (eGK)	X	5
Status	X	6
Bsnr (9stellig)	X	7
Lanr (7stellig)	X	8
FGC (letzten zwei Stellen der LANR)	X	9
Arzt_Geschlecht	X	10
Arzt_Anrede	X	11
Arzt_Titel	X	12
Arzt_Vortitel	X	13
Arzt_Vorname	X	14
Arzt_Zwischentitel	X	15
Arzt_Nachname	X	16
Ersteinschreibung	X	17
Beginn (TT.MM.JJJJ)	X	18
Ende (TT.MM.JJJJ)	X	19

\* Umsetzung derzeit noch in Bearbeitung – Spalten werden bis dahin leer geliefert.

### **3.6 Rückmeldeverfahren der Krankenkassen**

(noch im Aufbau)