

**V E R T R A G**

zwischen

**der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse**

**dem BKK-Landesverband NORDWEST**

- handelnd für die Betriebskrankenkassen -

**der IKK classic**

**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**

**als landwirtschaftliche Krankenkasse**

**der KNAPPSCHAFT**

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),**

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen  
(nachstehend Krankenkassen/-verbände genannt)

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**

**Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf**

-vertreten durch den Vorstand-  
(nachstehend KV Nordrhein genannt)

über ein

**strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP)**

**nach § 137f SGB V**

**zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung  
von Versicherten mit Asthma bronchiale/ COPD**

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich**

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich

### **Abschnitt II – Teilnahme der Ärzte**

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der hausärztlichen Versorgungsebene (koordinierender Arzt)
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der fachärztlich qualifizierten Versorgungsebene (qualifizierter Facharzt)
- § 5 Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen
- § 6 Teilnahmeerklärung Ärzte
- § 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 9 Ärzteverzeichnis

### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

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

### **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

- § 11 Grundlagen und Ziele
- § 12 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12a Förderung der Wirtschaftlichkeit
- § 13 Vertragsmaßnahmen

### **Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung des Versicherten**

- § 14 Teilnahmevoraussetzungen
- § 15 Information und Einschreibung

- § 16 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 17 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 18 Wechsel des koordinierenden Arztes
- § 19 Teilnehmerverzeichnis

## **Abschnitt VI – Fortbildungen und Schulungen**

- § 20 Fortbildung der Ärzte
- § 21 Schulung für Versicherte

## **Abschnitt VII – Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung**

- § 22 Arbeitsgemeinschaft und deren Aufgaben
- § 23 Datenstelle
- § 24 Gemeinsame Einrichtung und deren Aufgaben

## **Abschnitt VIII – Datenfluss und Datenverwendung**

- § 25 Erst- und Folgedokumentation
- § 26 Datenfluss
- § 27 Datenzugang
- § 28 Datenaufbewahrung und –löschung

## **Abschnitt IX – Evaluation**

- § 29 Evaluation

## **Abschnitt X – Vergütung und Abrechnung**

- § 30 Vergütung und Abrechnung

## **Abschnitt XI – Sonstige Bestimmungen**

- § 31 weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 32 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 33 Laufzeit und Kündigung
- § 34 Schriftform
- § 35 Salvatorische Klausel

## **Übersicht der Anlagen**

- Anlage 1 Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3  
(hausärztliche Versorgungsebene)
- Anlage 2 Strukturqualität qualifizierter Facharzt nach § 4  
(fachärztlich qualifizierte Versorgungsebene)
- Anlage 3 Teilnahmeerklärung Ärzte
- Anlage 4a Ärzteverzeichnis DMP Asthma bronchiale, Stand: 26.06.2019
- Anlage 4b Ärzteverzeichnis DMP COPD, Stand: 26.06.2019
- Anlage 5a Qualitätssicherung (Ziele, Indikatoren, Maßnahmen) Asthma bronchiale  
Stand: 29.02.2024)
- Anlage 5b Qualitätssicherung (Ziele, Indikatoren, Maßnahmen) COPD (Stand: 10.10.2023)
- Anlage 6 Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte (Stand: 06.05.2020)
- Anlage 7 Patientenschulung
- Anlage 8 Befundbericht des pneumologischen Facharztes an den koordinierenden Arzt  
für Patienten im DMP Asthma bronchiale
- Anlage 9 Befundbericht des pneumologischen Facharztes an den koordinierenden Arzt  
für Patienten im DMP COPD

## Erläuterungen / Abkürzungen

- „Ärzte“ sind an diesem Programm teilnehmende Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
- „Angestellter Arzt“ ist ein Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V Arzt
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen
- „Ärztlicher Leiter“ des Medizinischen Versorgungszentrums ist ein nach § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V im Medizinischen Versorgungszentrum tätiger Arzt oder angestellter Arzt
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung
- „DMP“ steht für Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie
- „Dokumentationsdaten“ sind die Daten gemäß Anlagen 2, 10 und 12 der DMP-A-RL
- „DS-GVO“ ist die Europäische Datenschutz-Grundverordnung
- „ED bzw. FD“ sind die Erst- bzw. Folgedokumentation („Dokumentationsdaten“)
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „KGNW“ ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.
- „qualifizierte Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die gemäß Nummer 1.6.1 und/oder 1.6.2 der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt
- „MVZ“ ist das medizinische Versorgungszentrum
- „RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
- „TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung

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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Vorschriften/Paragrafen, Abschnitte und Anlagen ohne weitere Bezugnahme auf einen konkreten Vertrag beziehen sich auf diesen Vertrag.

## **Abschnitt I**

### **Ziele, Geltungsbereich**

#### **§ 1**

#### **Ziele des Vertrages**

- (1) Mit dem DMP Asthma bronchiale/COPD soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten sowie den Vertragspartnern dieses Vertrages und eine dem aktuellen Stand entsprechende medizinische Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Asthma bronchiale/COPD gewährleistet werden.
- (2) Versicherte sollen durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden. Die Ziele und Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale/COPD sowie die medizinischen Grundlagen ergeben sich aus der DMP-A-RL sowie der RSAV. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am Programm teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele an:

#### Programmteil Asthma bronchiale: Gemäß Anlage 9 Nummer 1.3 der DMP-A-RL:

- a) bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität Vermeidung/Reduktion von:
- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle/ Exazerbationen),
  - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
  - einer Progredienz der Krankheit,
  - unerwünschten Wirkungen der Therapie,
  - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/ Jugendlichen,
- b) Reduktion der asthma-bedingten Letalität,
- c) adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
- d) das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

#### Programmteil COPD: Gemäß Anlage 11 Nummer 1.3 der DMP-A-RL:

- Vermeidung/Reduktion von:
  - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptomen, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
  - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag,

- einer raschen Progredienz der Erkrankung  
bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie;
- Reduktion der COPD-bedingten Letalität,
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten.

## **§ 2**

### **Geltungsbereich**

(1) Dieser Vertrag gilt für

1. die an der vertragsärztlichen Versorgung in der Region der KV Nordrhein teilnehmenden Ärzte, die nach Maßgabe des Abschnittes II dieses Vertrages am DMP – persönlich oder durch angestellte Ärzte – teilnehmen.
2. Versicherte der vertragsschließenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben und die entsprechenden Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllen
3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern die Krankenkasse des Versicherten vorab diesen Vertrag gegen sich gelten lässt und die KV Nordrhein darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären, dass sie die Vergütungen gemäß § 30 anerkennen. Die KV Nordrhein informiert hierüber die teilnehmenden Ärzte. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 SGB V bleibt unberührt.

(2) Die Vergütungen im Falle des Abs. 1 Nr. 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

(3) Grundlage dieses Vertrages ist die RSAV sowie die DMP-A-RL.

(4) Die an diesem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmenden Versicherten sind gemäß § 10 zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

## **Abschnitt II**

### **Teilnahme der Ärzte**

#### **§ 3**

#### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der hausärztlichen Versorgungsebene (koordinierender Arzt)**

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die hausärztliche Versorgungsebene in den beiden Programmteilen Asthma bronchiale und COPD sind Ärzte, die gemäß § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach *Anlage 1* -persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen. Eine Teilnahme ist getrennt oder für beide Programmteile möglich.
- (3) Kindern und Jugendlichen im Alter ab dem vollendeten ersten Lebensjahr bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr ist im DMP Asthma bronchiale ein besonderer Schwerpunkt gewidmet. Aus diesem Grunde sind auch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin für das DMP Asthma bronchiale teilnahmeberechtigt, die die Anforderungen an die Strukturqualität - persönlich oder durch angestellte Ärzte - nach *Anlage 1* erfüllen.
- (4) In Ausnahmefällen können an der vertragsärztlichen Versorgung und am DMP Asthma bronchiale/COPD gemäß § 4 teilnehmende qualifizierte Fachärzte als koordinierende Ärzte teilnehmen, die die Anforderungen an die Strukturqualität - persönlich oder durch angestellte Ärzte - nach *Anlage 1* erfüllen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Facharzt dauerhaft – mindestens 12 Monate betreut worden oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Bei Versicherten, die sich in kontinuierlicher Betreuung des qualifizierten Facharztes befinden, soll dieser bei einer Stabilisierung des Zustandes prüfen, ob eine Rücküberweisung an den Hausarzt (Arztwechsel) möglich ist.
- (5) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 7. Der Wegfall der



Teilnahmevoraussetzungen ist der KV Nordrhein unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

- (6) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden MVZs die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach. Das Ende des Anstellungsverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im Rahmen dieses Vertrages wird der KV Nordrhein vom anstellenden Arzt bzw. vom ärztlichen Leiter des anstellenden MVZs unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitgeteilt.
- (7) Zu den Aufgaben der gemäß § 3 teilnehmenden Ärzte gehören insbesondere:
1. die Durchführung und Koordination der Behandlung der Versicherten unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nr. 1.6 der Anlage 9 bzw. 11 der DMP-A-RL,
  2. die Information, Beratung und Erstellung der Einschreibeunterlagen der Versicherten gemäß § 15,
  3. die schriftliche oder elektronische Übermittlung der TE/EWE des Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL nach den Abschnitten VII und VIII dieses Vertrages innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle. Es ist zu gewährleisten, dass die gültige TE/EWE spätestens zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weitergeleitet wird. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten,
  4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  5. die Motivation der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie die Durchführung von Schulungen gemäß § 21, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Nordrhein entsprechend nachgewiesen ist,
  6. Überweisung zur Auftragsleistung, insbesondere bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.2 der Anlage 9 bzw. 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen an andere Ärzte. Auf dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen,

7. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 9 bzw. 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP Asthma bronchiale/COPD -teilnehmende Krankenhaus, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur. Auf der Einweisung ist zu vermerken, dass der Patient im DMP Asthma bronchiale/COPD eingeschrieben ist. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen.
  8. bei Überweisung/Einweisung therapierrelevante Informationen, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
  9. bei Wechsel des Arztes sind dem neuen Arzt mit Zustimmung des Patienten auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln.
  10. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nummer 1.6.4 der Anlage 9 bzw. 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX.
  11. die Berücksichtigung der im Auftrag der GE verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschriften für eine reguläre Teilnahme des Versicherten,
  12. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der DMP- Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.
- (8) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 12 des Absatz 7 entsprechend. Für den Fall, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 bzw. Anlage 2 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL bzw. der RSAV Sorge zu tragen.

## § 4

### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der fachärztlich qualifizierten Versorgungsebene (qualifizierter Facharzt)**

- (1) Die Teilnahme der qualifizierten Fachärzte bzw. der qualifizierten Einrichtung an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche qualifizierte Versorgung von Asthma bronchiale/COPD sind Fachärzte, die die Voraussetzungen der Anlage 2 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen:

1. Programmteile Asthma bronchiale und COPD für Erwachsene und in Einzelfällen für Kinder und Jugendliche:

Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie

Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“ oder

- mit der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“ oder
- mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung sowie dem Nachweis des aktuellen Tätigkeitsschwerpunkts Pneumologie
  - aufgrund der Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13650 zusammen mit 13651 EBM oder
  - aufgrund ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale bzw. COPD.

2. Teilnahmeberechtigt an der Asthma bronchiale-bedingten Versorgung von Kindern und Jugendlichen vom vollendeten ersten Lebensjahr bis zum vollendetem achtzehnten Lebensjahr sind Vertragsärzte, die persönlich oder durch angestellte Ärzte folgende Voraussetzungen erfüllen:

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

- mit der Zusatzweiterbildung ‚Kinder- und Jugend-Pneumologie‘ oder
- mit der Zusatzweiterbildung ‚Allergologie‘ bei Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus mit Schwerpunktabteilung Pneumologie oder
- mit der Schulungsberechtigung für ein akkreditiertes Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale (befristet bis zum 31.03.2021) oder
- mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in Kinder- und Jugend-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte sowie dem Nachweis des aktuellen Tätigkeitsschwerpunkts Pneumologie

- aufgrund der Genehmigung zur Abrechnung der GOP 04530 zusammen mit 04532 und 04534 EBM oder
  - aufgrund ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 7. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 2 ist der KV Nordrhein unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums, die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KV Nordrhein vom anstellenden Arzt bzw. ärztlichen Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten nach Absatz 2 teilnahmeberechtigter Fachärzte gehören insbesondere
1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte. Sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt je Behandlungsfall therapierelevante Informationen zu übermitteln,
  2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  3. die Durchführung von Schulungen von Versicherten gemäß § 21, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Nordrhein entsprechend nachgewiesen ist,
  4. soweit für die Behandlung des Versicherten erforderlich, die Überweisung an andere Fachärzte gemäß Nummer 1.6 der Anlage 9 bzw. 11 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,

5. die Übermittlung therapierelevanter für die rechtzeitige Erstellung der Dokumentationen erforderliche Informationen an den koordinierenden Arzt,
  6. bei Rücküberweisungen des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach therapie-relevante Informationen zur rechtzeitigen Erstellung der Dokumentation mit den in Anlage 2 und 10 bzw. 12 der DMP-A-RL genannten Inhalten zu übermitteln,
  7. bei Überweisung an andere Ärzte therapierelevante Informationen, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
  8. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 9 bzw. 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP Asthma bronchiale/COPD teilnehmende Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen, den koordinierenden Arzt hiervon zu unterrichten und dabei auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte im DMP Asthma bronchiale/COPD eingeschrieben ist. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
  9. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, die Antragstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX,
  10. grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme und Mitwirkung an DMP-bezogenen Qualitätszirkeln.
- (6) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-10 des Absatzes 5 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV und den Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

## **§ 5**

### **Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen**

Die Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in das DMP Asthma/COPD zur Versorgung teilnehmender Versicherter wird in separaten Verträgen geregelt. Dabei wird die Beachtung der Anforderungen der DMP-A-RL und der RSAV sichergestellt.

## **§ 6**

### **Teilnahmeerklärung Ärzte**

Der Arzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Arzt / qualifizierte Einrichtung nach § 3 und/oder als qualifizierter Facharzt nach § 4 gegenüber der KV Nordrhein schriftlich oder elektronisch auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3 zur Teilnahme am DMP Asthma bronchiale/COPD bereit. Wird die Teilnahme des Arztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Facharztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 3 beigefügten Formular unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Facharztes und nach erneuter Genehmigung durch die KV Nordrhein kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden. Mit der Antragstellung legt der Arzt dar, dass er persönlich oder durch angestellte Ärzte die Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 1 bzw. 2 erfüllt.

## **§ 7**

### **Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Die KV Nordrhein überprüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß der Anlagen 1 bzw. 2 und erteilt bei Erfüllung schriftlich die erforderlichen Genehmigungen.
- (2) Die KV Nordrhein überprüft darüber hinaus die Schulungsberechtigung gemäß der Anlage 7 für die teilnehmenden Ärzte nach § 3 und § 4 und erteilt bei Erfüllung schriftlich die erforderliche Genehmigung.

## **§ 8**

### **Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme der Ärzte gemäß § 3 bzw. § 4 am DMP beginnt vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag des Eingangs des Antrags gemäß der Anlage 3 bei der KV Nordrhein. Die Teilnahme wird schriftlich oder elektronisch von der KV Nordrhein bestätigt.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich oder elektronisch gegenüber der KV Nordrhein zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.

- (3) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme an diesem Vertrag ruht während des Ruhens der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet ferner mit dem rechtskräftigen Widerruf der Genehmigung durch die KV Nordrhein, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- (5) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Arztes, können die Krankenkassen die hiervon betroffenen Versicherten auf andere am DMP Asthma/COPD teilnehmende koordinierende Ärzte aufmerksam machen, um gegebenenfalls einen Arztwechsel gemäß § 18 zu ermöglichen.
- (6) Die KV Nordrhein informiert die beteiligten Vertragspartner bei Zugang von Kündigungen über das Ende der Teilnahme.

## **§ 9**

### **Ärzteverzeichnis**

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KV Nordrhein ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und/oder im MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP Asthma bronchiale/COPD erbringen. Die KV Nordrhein stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen/-verbänden, der Gemeinsamen Einrichtung nach § 24 und der KGNW regelmäßig in elektronischer Form, z.B. als Excel-Datei, entsprechend der Anlage 4a und 4b zur Verfügung.
- (2) Über die am DMP Asthma bronchiale/COPD teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen führen die Krankenkassen bzw. deren Verbände ein Verzeichnis der nach § 5 teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Sie stellen die Verzeichnisse der Gemeinsamen Einrichtung, der KGNW und der KV Nordrhein in elektronischer Form (z.B. als Excel-Datei) mit jeder Änderung zur Verfügung.
- (3) Die Verzeichnisse nach Absätzen 1 und 2 stellen die Krankenkassen/-verbände dem BAS alle fünf Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung.
- (4) Weiterhin werden die Verzeichnisse auf Anforderung folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
  1. den am Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KV Nordrhein und den teilnehmenden Krankenhäusern durch die KGNW,
  2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, insbesondere bei Neueinschreibung durch die jeweilige Krankenkasse,

3. den am DMP Asthma bronchiale/COPD teilnehmenden Krankenhäusern durch die KGNW und Rehabilitationseinrichtungen durch die Krankenkasse,
  4. den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweilige Krankenkasse,
  5. der Datenstelle nach § 23 durch die KV Nordrhein.
- (5) Diese Verzeichnisse können mit Zustimmung der Ärzte und sonstigen Leistungserbringer veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der *Teilnahmeerklärung Ärzte* erteilt.

### **Abschnitt III**

#### **Versorgungsinhalte**

#### **§ 10**

##### **Medizinische Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale/COPD**

Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 9 bzw. 11 der DMP-A-RL definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte werden nach einer Änderung der Anlagen 9 bzw. 11 der DMP-A-RL unverzüglich über die geänderten Anforderungen an die medizinische Behandlung von der KV Nordrhein unterrichtet. Die teilnehmenden Ärzte sind zur Beachtung dieser Versorgungsinhalte verpflichtet. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, hat der anstellende Arzt für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.



## **Abschnitt IV**

### **Qualitätssicherung**

#### **§ 11**

#### **Grundlagen und Ziele**

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in den *Anlagen 5a/b* „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137 f Abs. 2, Satz 2, Nr. 1 SGB V und den Anlagen 9 und 11 DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen nach Anlage 9 und 11 DMP-A-RL,
- Einhaltung der im Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß §§ 3 und 4,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 der DMP-A-RL i. V. m. Anlage 10 und 12 der DMP-A-RL,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

#### **§ 12**

#### **Maßnahmen und Indikatoren**

(1) Entsprechend des § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP die Maßnahmen und Indikatoren gemäß der *Anlagen 5a/b* zur Erreichung der Ziele zugrunde zu legen. Über Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung.

(2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend der Anlagen 9 und 10 der DMP-A-RL bzw.

§ 2 DMP-A-RL insbesondere:

1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die koordinierenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; dazu kann auch die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln gehören,

3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
  4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung der in den Anlagen 5a und 5b (QS-Anlage) fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach den Anlagen 2, 10 und 12 der DMP-A-RL einzubeziehen.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

### **§ 12a Förderung der Wirtschaftlichkeit**

- (1) Mit diesem Vertrag soll neben der Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale/COPD durch die Intensivierung der interdisziplinären Kooperation von Ärzten auch Einfluss genommen werden auf ihre wirtschaftliche Versorgung mit Medikamenten.
- (2) Die Vertragspartner entwickeln gemeinsam, unter Beachtung der medizinischen Inhalte gemäß den Anlagen 9 und 11 der DMP-A-RL, eine Versorgungskonzeption, die für die teilnehmenden Ärzte bindend ist. Bei Nichtbeachten entscheiden die Vertragspartner nach Anhörung des Arztes gemeinsam über geeignete Maßnahmen unter Berücksichtigung von § 13 dieses Vertrages.
- (3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, ihre Patienten auf wirtschaftliche Versorgungsmöglichkeiten sowie auf die nach gemäß den Anlagen 9 und 11 der DMP-A-RL vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe bei Asthma bronchiale/COPD hinzuweisen und dabei eng mit der KV Nordrhein und den Krankenkassen zusammenzuarbeiten.

### **§ 13**

#### **Vertragsmaßnahmen**

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms greifen Maßnahmen, wenn die am Vertrag teilnehmenden Ärzte gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen. Verletzen die nach § 3 oder § 4 teilnehmenden Ärzte die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:

1. keine Vergütung für unvollständige, unplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen,
2. schriftliche Aufforderung durch die KV Nordrhein zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KV Nordrhein (z. B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
3. Widerruf der Teilnahmegenehmigung des Arztes durch die KV Nordrhein bei weiteren nachgewiesenen Verstößen gegen der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten auf begründeten Antrag eines Vertragspartners.

(2) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie Schadensersatzansprüche bleiben unberührt.

## **Abschnitt V**

### **Teilnahme und Einschreibung des Versicherten**

#### **§ 14**

##### **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern die nachfolgenden Einschreibekriterien gemäß des Vertrages erfüllt sind:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose Asthma bronchiale/COPD durch den koordinierenden Arzt entsprechend Nummer 1.2 der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL,
  2. der Versicherte erteilt einmalig die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der TE/EWE, bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres abgegeben durch den gesetzlichen Vertreter,
  3. der Versicherte erhält umfassende, schriftliche oder elektronische Informationen
    - über die Programminhalte,
    - über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an seine Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, und

dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1a RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,

- über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
- die Freiwilligkeit seiner Teilnahme,
- die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung,
- über seine Mitwirkungspflichten sowie
- darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

(2) Darüber hinaus hat der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen, die in den Anlagen 9 und 11 der DMP-A-RL geregelt sind.

(3) Programmteil Asthma bronchiale (vgl. Ziffer Nummer 3.2 der Anlage 9 DMP-A-RL): Kinder können erst ab Vollendung des ersten Lebensjahres am DMP Asthma bronchiale teilnehmen.

(4) Programmteil COPD (vgl. Ziffer Nummer 3.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL) Versicherte unter 18 Jahren können nicht in das DMP COPD eingeschrieben werden. Wenn der Versicherte an mehreren Erkrankungen leidet, kann er an den verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.

(5) Die gleichzeitige Einschreibung in die Programmteile Asthma bronchiale und COPD ist nicht möglich. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Asthma und COPD hat in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf eine Einschreibung in das vom Arzt als vorrangig eingestufte DMP zu erfolgen. Bei einer anerkannten Berufskrankheit ist eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale nicht möglich. Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 SGB VII anzuzeigen.

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

## § 15

### Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten entsprechend der DMP-A-RL schriftlich oder elektronisch über das DMP.
- (2) Der koordinierende Arzt informiert entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV die nach § 14 teilnahmeberechtigten Versicherten. Diese Versicherten können sich mit der TE/EWE gemäß § 16 bei diesem koordinierenden Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der TE/EWE gemäß § 16 folgende Unterlagen notwendig:
  1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 DMP-A-RL des koordinierenden Arztes,
  2. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt auf der TE/EWE. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und durch die intensivierete Betreuung eine Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung möglich ist.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Arzt an dem Vertrag teilnimmt und die Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 an die Datenstelle entsprechend § 23 weiterleitet.
- (5) Wenn der Versicherte die Einschreibekriterien mehrerer, der in der DMP-A-RL des G-BA genannten Erkrankungen erfüllt, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen, sofern diese sich nicht ausschließen.
- (6) Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen möchten, können sich dafür entscheiden einen koordinierenden Arzt zu wählen, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherzustellen. Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass sich der Versicherte für jeweils eine Diagnose, für die ein DMP vertraglich vereinbart ist, nur bei einem koordinierenden Arzt einschreibt. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.
- (7) Der Versicherte kann auch bei der Krankenkasse in seine Teilnahme am Behandlungsprogramm einwilligen. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der TE/EWE von der Krankenkasse an seinen behandelnden koordinierenden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und weitergeleitet werden.

- (8) Soweit ein an dem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.
- (9) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.

## **§ 16**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte auf der TE/EWE gemäß der *Anlage 6* zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt einmalig schriftlich oder elektronisch in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch seiner Behandlungsdaten) ein.

## **§ 17**

### **Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch seine Krankenkasse gemäß § 15 Abs. 9 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 15 Abs. 3 erstellt wurde. Die Krankenkasse informiert die am Programm Beteiligten über den Beginn gem. § 24 Abs. 2 Nr. 3 RSAV.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen. Sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, scheidet er mit dem Tag des Zugangs der Widerrufserklärung bei der Krankenkasse aus dem DMP aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am DMP Asthma bronchiale/COPD endet weiterhin mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV, weil
- der Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
  - er innerhalb von zwölf Monaten zwei der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder
  - zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL, nicht innerhalb von sechs

Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt worden sind.

- (4) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm endet außerdem mit dem Tag
- der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
  - des Zugangs des Widerrufs der TE/EWE durch den Versicherten bei der Krankenkasse,
  - an dem die Versicherung bei der Krankenkasse beendet wird bzw. mit dem Tag des Kassenwechsels unter Beachtung der Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV.
- (5) Die jeweilige Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 3 RSAV).
- (6) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 14 vorliegen.
- (7) Im Programmteil Asthma bronchiale soll der koordinierende Arzt nach 12-monatiger Symptombefreiheit ohne asthmaspezifische Therapie prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die in den Anlagen 9 und 11 der DMP-A-RL genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

## **§ 18**

### **Wechsel des koordinierenden Arztes**

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese innerhalb der in § 3 Abs. 7 Nr. 3 genannten Fristen an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes. Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

## **§ 19**

### **Teilnehmerverzeichnis**

Die Krankenkassen übermitteln der KV Nordrhein (bei Bedarf) eine Liste für die gemäß § 15 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken. Nähere Details zu Art, Umfang und Verwendungszweck werden in einer separaten Vereinbarung von den Vertragspartnern geregelt.

## **Abschnitt VI**

### **Fortbildungen und Schulungen**

#### **§ 20**

##### **Fortbildung der Ärzte**

- (1) Die Vertragspartner informieren die gemäß §§ 3 und 4 teilnahmeberechtigten Ärzte über Ziele und Inhalte der DMP Asthma bronchiale/COPD. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden MVZ bestätigen den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 6.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen der teilnahmeberechtigten Ärzte nach §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele.
- (3) Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab.
- (4) Die Vertragspartner definieren nach Beratung in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 24 bedarfsorientiert Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung (z.B. Qualitätszirkel) teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (5) Die Fortbildungsmaßnahmen erfolgen gemäß den Inhalten der jeweils gültigen Fassung der DMP-A-RL.
- (6) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen.

#### **§ 21**

##### **Schulung für Versicherte**

- (1) Jeder teilnehmende Versicherte soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten bzw. noch in der Evaluation befindlichen, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm gemäß Anlage 7 erhalten. Diese Schulungsprogramme sind ausnahmslos DMP-A-RL konform und vom BAS als verwendungsfähig gelistet.  
Schulungen dienen gemäß § 4 Abs. 3 DMP-A-RL der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen.



(2) Zur Schulung gemäß Anlage 7 dieses Vertrages berechtigt sind Ärzte, die gemäß der Anlage 1 und 2 die entsprechende Qualifikation nachgewiesen haben. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 7.

(3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 9 und 11 der DMP-A-RL einzubeziehen. Weiterhin muss bei Schulungen auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.

(4) Jeder rauchende Patient soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten. Programme, die diese Anforderungen erfüllen, sind in der Anlage 7 genannt.

## **Abschnitt VII**

### **Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung**

#### **§ 22**

#### **Arbeitsgemeinschaft und deren Aufgaben**

- (1) Die Vertragspartner erweitern die Aufgaben der bestehenden Nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft DMP GbR nach § 219 Abs. 2 SGB V um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 Nr. 1a und 1c RSAV die Aufgabe, den bei ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KV Nordrhein und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß *Anlagen 5a bzw. 5b* weiterzuleiten.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

#### **§ 23**

#### **Datenstelle**

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich auf eine gemeinsame Datenstelle.

- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 dieses Vertrages beauftragt die Datenstelle zur:
1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL,
  2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
  3. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL,
  4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KV Nordrhein.
- (3) Die Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL,
  2. Nachforderung unvollständiger und unplausibler Angaben,
  3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL unmittelbar an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen,
  4. Entgegennahme und unmittelbare Weiterleitung der TE/EWE an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen.
- (4) Der koordinierende Arzt beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
  2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL an die die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen.
- (5) Zur Erfüllung der in Absatz 4 genannten Aufgaben erkennt der koordinierende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 die mit der Datenstelle geschlossenen Verträge an.
- (6) Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 wird mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X, geregelt.

## **§ 24**

### **Gemeinsame Einrichtung und deren Aufgaben**

- (1) Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach § 22 haben die Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gegründet. Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 5a und 5b durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

- (1) die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL,
- (2) die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL,
- (3) die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL,
- (4) die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 DMP-A-RL,
- (5) die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

## **Abschnitt VIII**

### **Datenfluss und Datenverwendung**

## **§ 25**

### **Erst- und Folgedokumentationen**

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und zu übermittelnden Dokumentationsdaten umfassen nur die in Anlage 2 i. V. m. Anlagen 10 bzw. 12 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für

- die Behandlung,
- die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung,
- die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 Abs. 1 RSAV,
- die Schulung der Versicherten und Ärzte und
- die Evaluation unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelung des § 6 der DMP-A-RL genutzt.

Die teilnehmenden Ärzte werden nach einer Änderung der Anlage 2, 10 oder 12 DMP-A-RL unverzüglich über die geänderten Anforderungen von der KV Nordrhein unterrichtet. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

- (2) Der koordinierende Arzt legt in seinen Dokumentationen fest, welches Dokumentationsintervall (pro Quartal/ jedes zweite Quartal) für den jeweiligen eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist. Bei einem Dokumentationszeitraum von drei Monaten ist die Dokumentation einmal je Quartal zu erstellen. Bei einem Dokumentationszeitraum von sechs Monaten ist die Dokumentation jedes 2. Quartal zu erstellen.

## **§ 26**

### **Datenfluss**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 6 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Arzt, die vollständige ED/FD gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums auf elektronischem Weg an die Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die TE/EWE des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose – von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben – zusammen mit der Erstdokumentation binnen 10 Tagen nach Befunderhebung an die Datenstelle zu übermitteln. Die Übermittlung versicherten- und arztbezogener Daten auf elektronischem Weg entsprechend der DMP-A-RL an die beauftragte Datenstelle ist nur möglich, sofern die eingesetzte Software von der Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziert worden ist und dieses der KV Nordrhein angezeigt ist.
- (2) Im Rahmen seiner Dokumentationspflicht hat der koordinierende Arzt bei Übermittlung der versicherten- und arztbezogenen Daten eine Sicherungskopie zu erstellen und aufzubewahren.

- (3) Der koordinierende Arzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Versicherten verwendet werden.
- (4) Die Datensätze sind vor dem Versand zu verschlüsseln und werden auf elektronischem Weg bei der Datenstelle eingereicht. Die Datensätze können per Datenträger (ausgenommen Diskette) Datenfernübertragung oder per Email bei der Datenstelle eingereicht werden. Beschädigte Datenträger und unvollständige Dateien können nicht verarbeitet werden. Die Datenstelle fordert in diesem Fall den Arzt zur Neulieferung der entsprechenden Daten auf.
- (5) Die Datenstelle übermittelt bei der ED/FD die Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (6) Der Versicherte willigt gemäß Anlage 6 einmalig in die Datenübermittlung schriftlich oder elektronisch ein und wird schriftlich vom koordinierenden Arzt über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Er erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

## **§ 27**

### **Datenzugang**

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle, Gemeinsame Einrichtung, KV Nordrhein und an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

## **§ 28**

### **Datenaufbewahrung und -löschung**

- (1) Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden entsprechend der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Version von den jeweils verantwortlichen Stellen oder von diesen beauftragten Dritten entsprechend ihres Verwendungszweckes aufbewahrt.

Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.

- (2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.
- (3) Nach Ablauf der jeweils gültigen Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, zu löschen.

## **Abschnitt IX**

### **Evaluation**

#### **§ 29**

#### **Evaluation**

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

## **Abschnitt X**

### **Vergütung und Abrechnung**

#### **§ 30**

#### **Vergütung und Abrechnung**

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

## **Abschnitt XI**

### **Sonstige Bestimmungen**

#### **§ 31 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

- (1) Die Datenübermittlung gem. § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgt gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die für Prüfzwecke im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ggf. angeforderten Unterlagen werden von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.

#### **§ 32**

#### **Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz**

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die am Vertrag teilnehmenden Ärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Ärzten und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach DSGVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten.
- (3) Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

#### **§ 33**

#### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2024 in Kraft und ersetzt den am 01.04.2019 in Kraft getretenen Vertrag. Vor dem Hintergrund des Beschlusses des G-BA vom 20.07.23 treten die asthmaspezifischen Regelungen und Vertragsanlagen abweichend dazu zum 01.10.2024 in Kraft. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, der DMP-A-RL des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend

§ 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden. Über Änderungen werden die teilnehmenden Ärzte in geeigneter Form informiert.

- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der teilnehmenden Ärzte und Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und der Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- (5) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP bzw. bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung eines Programms durch das BAS, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- (6) Ordentliche und außerordentliche Kündigung bedürfen der Schriftform.

## **§ 34**

### **Schriftform**

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

## **§ 35**

### **Salvatorische Klausel**

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, oder sollte dieser Vertrag eine Regelungslücke enthalten, so berührt das nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieses Vertrages/der Vereinbarung. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Regelungslücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragspartner/Partner der Vereinbarung gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt bedacht hätten.
- (2) Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.



## Anlage 1

### - Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3 - (hausärztliche Versorgungsebene)

zu dem Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale / COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

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

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

Der koordinierende Arzt muss nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Merkmale
Fachliche Voraussetzungen, ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen	<ul style="list-style-type: none"><li>Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztlich tätiger Internist</li></ul> <p>Programmteil Asthma:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Für die Koordinierung bei Kindern und Jugendlichen ab vollendetem ersten Lebensjahr bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres: hausärztlich tätiger Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin In Ausnahmefällen auch: Facharzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt oder hausärztlich tätiger Internist</li></ul> <p>In Ausnahmefällen, folgende an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Fachärzte, die an der fachärztlich qualifizierten Versorgungsebene teilnehmen und damit die Strukturvoraussetzungen Anlage 2 „Strukturqualität qualifizierter Facharzt nach § 4“ erfüllen</li></ul>
Teilnahme an Arztinformationsveranstaltung <b>oder</b> Information durch die Arzt-Informationsmedien	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme

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

Ärzte, die die bis einschließlich 31.03.2019 gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP bis zum 31.03.2019 erhalten haben, nehmen auch nach dem 01.04.2019 weiterhin am DMP teil.

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

#### Im Programmteil Asthma bronchiale

- Bei schwerem unkontrollierten Asthma bronchiale,
- Zur Überprüfung der Indikation einer Dauer mit systemischen Glukokortikosteroiden,
- Bei Verschlechterung des Asthmas bronchiale in der Schwangerschaft,
- Bei Einleitung einer Therapie mit Antikörpern (z.B. Anti-IgE-Antikörper, Anti-IL- $\gamma$ -Antikörper),
- Bei Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale

Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen werden:

- Bei fehlender Asthmakontrolle trotz Basistherapie und leitliniengerechter Therapieintensivierung
- Bei Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinosinusitis, rezidivierender Pseudokrapp)
- Zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer spezifischen Immuntherapie bei allergischem Asthma bronchiale

#### Im Programmteil COPD

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

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

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

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

### Im Programmteil Asthma bronchiale

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

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

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

#### a. bei Erwachsenen

- Absinken des Peakflows unter ca. 30% des persönlichen Bestwertes bzw. unter 100 l/min
- deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung
- Atemfrequenz von mehr als ca. 25 pro Minute
- Sprech-Dyspnoe
- deutliche Abschwächung des Atemgeräusches

#### -b bei Kindern und Jugendlichen:

- Absinken des Peakflows unter ca. 50% des persönlichen Bestwertes
- fehlendes Ansprechen auf kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika
- deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung
- Sprech-Dyspnoe
- Einsatz der Atemhilfsmuskulatur
- deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz
- deutliche Abschwächung des Atemgeräusches

- c) bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,
- d) bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen Kindes.

### Im Programmteil COPD

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

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

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

Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

## Anlage 2

### **-Strukturqualität qualifizierter Facharzt nach § 4 -** (fachärztlich qualifizierte Versorgungsebene)

zu dem Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Teilnahmeberechtigt für die pneumologische Versorgung der fachärztlich qualifizierten Versorgungsebene nach § 4 sind Ärzte, die nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Ärzte, die die bis einschließlich 31.03.2024 gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP bis zum 31.03.2024 erhalten haben, nehmen auch nach dem 01.04.2024 weiterhin am DMP teil.

Voraussetzung	Merkmale
Fachliche Voraussetzungen, ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen	<p>Für Erwachsene und in Einzelfällen für Kinder und Jugendliche:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie</li><li>• Facharzt für Innere Medizin<ul style="list-style-type: none"><li>○ mit der Schwerpunktbezeichnung ‚Pneumologie‘ oder</li><li>○ mit der Teilgebietsbezeichnung ‚Lungen- und Bronchialheilkunde‘ oder</li><li>○ mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung sowie dem Nachweis des aktuellen Tätigkeitsschwerpunkts Pneumologie<ul style="list-style-type: none"><li>• aufgrund der Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13650 zusammen mit 13651 des EBM oder</li><li>• aufgrund ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale bzw. COPD.</li></ul></li></ul></li></ul> <p>Für Kinder oder Jugendliche im Alter ab Vollendung des ersten Lebensjahres bis Vollendung des 18. Lebensjahres mit Asthma bronchiale:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin<ul style="list-style-type: none"><li>○ mit der Zusatzweiterbildung ‚Kinder- und Jugend-Pneumologie‘ oder</li></ul></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ mit der Zusatzweiterbildung ‚Allergologie‘ bei Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus mit Schwerpunktabteilung Pneumologie oder</li> <li>○ mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in Kinder- und Jugend-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte sowie dem Nachweis des aktuellen Tätigkeitsschwerpunkts Pneumologie <ul style="list-style-type: none"> <li>• aufgrund der Genehmigung zur Abrechnung der GOP 04530 zusammen mit 04532 und 04534 des EBM oder</li> <li>• aufgrund ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale Ohne den aktuellen Tätigkeitsschwerpunkt Pneumologie liegt eine Mangel-Qualifikation vor. Das BAS akzeptiert bis einschließlich 31.07.2026 die neue Teilnahme von Ärzten mit dieser Mangel-Qualifikation. Für sie besteht danach ein Bestandsschutz.</li> </ul> </li> <li>○ mit der Schulungsberechtigung für ein akkreditiertes Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale befristet bis zum 31.03.2021. Diesen Ärzten wird Bestandsschutz gewährt.</li> </ul>
Teilnahme an Arztinformationsveranstaltung oder Information durch die Arzt-Informationsmedien (Praxis-Manual)	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme
Teilnahme an Asthma/COPD- spezifischen, durch die Ärztammer oder einer Fachgesellschaft zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen oder Teilnahme an Asthma bronchiale/COPD-spezifischen Qualitätszirkeln	Jährlich mindestens 4 Asthma-/COPD-spezifische Fortbildungspunkte  Mindestens einmal jährlich

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

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

#### Im Programmteil Asthma bronchiale

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

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

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

a) bei Erwachsenen:

- Absinken des Peakflows unter ca. 30 % des persönlichen Bestwertes bzw. unter 100l/min,
- deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung,
- Atemfrequenz von mehr als ca. 25 pro Minute,
- Sprech-Dyspnoe,
- Deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,

b) bei Kindern und Jugendlichen:

- Absinken des Peakflows unter ca. 50 % des persönlichen Bestwertes,
- fehlendes Ansprechen auf kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika,
- deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung,

- Sprech-Dyspnoe,
- Einsatz der Atemhilfsmuskulatur,
- deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz,
- deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,

c) bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,

d) bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen Kindes.

### Im Programmteil COPD

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

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

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

Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.



KV Nordrhein  
 Abteilung Qualitätssicherung  
 40182 Düsseldorf

Telefax: (0211) 5970-33186  
 E-Mail: DMP-Asthma-Copd@kvno.de

**Teilnahmeerklärung des Arztes zu dem  
 strukturierten Behandlungsprogramm (DMP)  
 Asthma bronchiale/COPD nach § 137f SGB V**

**Der Antrag wird gestellt für:**

Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Gebietsbezeichnung	
LANR	
BSNR	
Zugelassen <b>oder</b> ange- stellt <b>oder</b> persönlich er- mächtigt seit/ab	
Anstellung bei:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit	

**Kontaktdaten der Praxis:**

Straße und Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax:	
E-Mail:	

- Ich möchte als **koordinierender Arzt (hausärztliche Versorgungsebene) gemäß § 3** teilnehmen;
  - als Hausarzt gemäß § 73 SGB V (§ 3 Abs. 2 und Anlage 1)
  - als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (nur Programmteil Asthma bronchiale)
  - als Facharzt (fachärztlich qualifizierte Versorgungsebene, siehe § 3 Abs. 4 und Anlage 2 – Ausnahme)

- Ich möchte als **qualifizierter Facharzt (fachärztlich qualifizierte Versorgungsebene) gemäß § 4 und Anlage 2** teilnehmen (2. Versorgungsebene);
  - Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie
  - Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie
  - Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde
  - Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung mit dem Nachweis einer 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung sowie dem Nachweis des aktuellen Tätigkeitsschwerpunkts Pneumologie aufgrund
    - der Genehmigung zur Abrechnung der GOP13650 zusammen mit 13651 des EBM  
oder
    - b) aufgrund ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale und COPD

**Ergänzend zum Programmteil Asthma bronchiale für Kinder und Jugendliche**  
(Versorgung von Kindern und Jugendlichen vom vollendeten ersten Lebensjahr bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr)

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

- mit der Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie
- mit der Zusatzweiterbildung Allergologie bei Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus mit Schwerpunktabteilung Pneumologie
- mit dem Nachweis einer 12-monatigen Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte sowie dem Nachweis des aktuellen Tätigkeitsschwerpunkts Pneumologie aufgrund
  - der Genehmigung zur Abrechnung der GOP 04530 zusammen mit 04532 und 04534 des EBM  
oder
  - aufgrund ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale

- Ich möchte **Patientenschulungen** gemäß Anlage 7 durchführen, die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.

### Teilnahmeerklärung zu dem DMP Asthma bronchiale/ COPD

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale/ COPD informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationsmedien habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen. Das auf der Seite der KV Nordrhein zum jeweiligen DMP unter eingestellte DMP-Arztmanual habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 10, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben gemäß § 3 und 4 des Abschnitts II.

Ich weiß, dass die Teilnahme- und Einwilligungserklärung von dem Patienten und mir unterschrieben sein muss, bevor ich die Erstdokumentation erstelle und - am besten zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung - an die Datenstelle weiterleite.

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

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den Vorschriften des Strafgesetzbuches gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften nach der DS-GVO und besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten TE/EWE die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Ärzteverzeichnis“,
- der Weitergabe des Ärzteverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. die Landesprüfendienste, die KGNW und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

**Teilnahmeerklärung zu dem DMP Asthma bronchiale/ COPD**

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 13 sanktioniert werden.

**Datenstellenbeauftragung**

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 23 des DMP-Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen i. S. d. § 25 Absatz 2 RSAV weiterzuleiten.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der  
Praxisinhabers/in

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der  
angestellten Arztes/Ärztin

Arztstempel:

## **Anlage 4a – Ärzteverzeichnis DMP Asthma bronchiale**

zu dem Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale/ COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

**Gültig ab: 01.07.2019**

**Stand: 26.06.2019**

### **Versorgungsebenen** (Mehrfachnennungen möglich)

A1 = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß § 73 SGB V sowie der vertraglich vereinbarten Strukturqualität [1. Ebene] (ausgenommen Kinderärzte)

A2 = Vertraglich eingebundener (pneumologisch) qualifizierter Facharzt (Strukturqualität ist zu definieren, muss über der der „normalen“ Hausärzte liegen) oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist [1. Ebene, Ausnahmefälle]

A\_K = Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin [1. Ebene]

B1 = Pneumologisch qualifizierter Arzt gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist

B\_K = Pneumologisch qualifizierter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin [2. Ebene] (ENTFÄLLT)

### **Hinweise zur Angabe der Versorgungsebenen**

- Zulässige Mehrfachnennung: „A1, B1“
- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B1“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt.
- Für die Angabe der Versorgungsebenen „A2“, „A\_K“, „B\_K“ und „E“ gilt: Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig.
- Ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ist nur dann in der Versorgungsebene „A\_K“ anzugeben, sofern dieser nicht als pneumologisch qualifizierter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in der Versorgungsebene „B\_K“ teilnimmt.

### **Berechtigungen** (Mehrfachnennungen möglich)

01 = Arzt koordiniert

02 = Arzt koordiniert nicht

17 = Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen (AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., AGAS) – einschl. ASEV-Schulung = Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung

18 = NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker bzw. AFAS = Ambulantes Fürther Asthmaschulungsprogramm

### Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

- Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben.
- Ärzte der Versorgungsebenen „A1“, „A2“, „A\_K“ und in der Regel auch „B\_K“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
- In der Versorgungsebene „A2“ sind fachärztlich tätige Internisten zu verschlüsseln, die die vertraglich vereinbarte Zwischenebene (Strukturqualität höher als „A1“ aber weniger als „B“) abbilden.
- Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebenen „B1“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebene „B1“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „B1“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis**	Beginn der Teilnahme*	Ende der Teilnahme*	Versorgungsebene*	Berechtigung*

\* Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen innerhalb des Feldes ist ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahmezeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahmezeitraums zu kennzeichnen.

Der beendete Teilnahmezeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahmezeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen.

\*\* Bei kreisfreien Städten erfolgt die Angabe „kreisfrei“ oder die erneute Benennung der Stadt.

Die zusätzlichen Angaben „Telefon“, „Fax“ und „E-Mail“ sind keine Pflichtangaben im Sinne der Mindestanforderungen, daher werden sie in diesem Muster nicht aufgeführt. Die Angaben können nach der Angabe „Kreis“ ergänzt werden (vgl. Technische Anlage zur Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme).

## Anlage 4b – Ärzteverzeichnis DMP COPD

zu dem Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale/ COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

**Gültig ab: 01.07.2019**

**Stand: 26.06.2019**

### Versorgungsebenen (Mehrfachnennungen möglich)

A1 = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 SGB V [1. Ebene]

A2 = Vertraglich eingebundener (pneumologisch) qualifizierter Facharzt (Strukturqualität ist zu definieren; muss über die der „normalen“ Hausärzte hinausgehen) oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist [1. Ebene, Ausnahmefälle]

B = Pneumologisch qualifizierter Arzt gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist

### Hinweise zur Angabe der Versorgungsebenen

- Zulässige Mehrfachnennung: „A1, B“
- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt, z. B. ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung mit der Abrechnungsgenehmigung für die EBM-Ziffer 13650.
- Für die Angabe der Versorgungsebenen „A2“ und „E“ gilt: Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig.

### Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

01 = Arzt koordiniert

02 = Arzt koordiniert nicht

19 = Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE; Nachfolgemodell COBRA)

### Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

- Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben.
- Ärzte der Versorgungsebenen „A1“ und „A2“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
- In der Versorgungsebene „A2“ sind fachärztlich tätige Internisten zu verschlüsseln, die die vertraglich vereinbarte Zwischenebene (Strukturqualität höher als „A1“ aber weniger als „B“) abbilden.
- Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebene „B“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebene „B“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „B“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis**	Beginn der Teilnahme*	Ende der Teilnahme*	Versorgungsebene*	Berechtigung*

\* Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Versorgungsebenen und Berechtigungen sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen innerhalb des Feldes ist ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahmezeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahmezeitraums zu kennzeichnen.

Der beendete Teilnahmezeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahmezeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen.

\*\* Bei kreisfreien Städten erfolgt die Angabe „kreisfrei“ oder die erneute Benennung der Stadt.

Die zusätzlichen Angaben „Telefon“, „Fax“ und „E-Mail“ sind keine Pflichtangaben im Sinne der Mindestanforderungen, daher werden sie in diesem Muster nicht aufgeführt. Die Angaben können nach der Angabe „Kreis“ ergänzt werden (vgl. Technische Anlage zur Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme).



# **Anlage 5a Qualitätssicherung**

V 6 .0- Stand 29.02.2024

## **QUALITÄTSSICHERUNG Asthma bronchiale Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 10 der DMP-A-RL**

**Gültig ab: 01.10.2024**

### **Teil 1**

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

### **Teil 2**

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

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 10 der DMP-A-RL. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt. Die Angabe „Berichtszeitraum“ ist in dieser Anlage als ein Zeitraum von sechs Monaten definiert.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
<p>1. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kontrolliertem Asthma bronchiale</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u>                      zu Ia: Größer gleich 90%                      zu Ib: : Größer gleich 85%                      zu Ic: Größer gleich 70%</p> <p>gruppierte Auswertung für:</p> <p>Ia) Erwachsene (Altersangabe* größer gleich 18)</p> <p>Ib) Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten 6. Lebensjahr ( Altersangabe* größer gleich 6 und kleiner 18)</p> <p>Ic) Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (Altersangabe* größer gleich 1 und kleiner 6)</p>	<p><b>Ia)</b>  <u>Zähler:</u>                      Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Altersangabe* größer gleich 18 Jahre mit: Feld 1 (ISD) (In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“</p> <p>UND</p> <p>Feld 1a (ISD) (In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“</p> <p>UND</p> <p>Feld 2a (ISD) (In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Nein“</p> <p>UND</p> <p>Feld 2b (ISD) (In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Nein“</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information durch das Feedback</p>

		<p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Altersangabe* größer gleich 18 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation</p> <p><b>Ib)</b> <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Altersangabe* größer gleich 6 und kleiner 18 Jahre mit:</p> <p>Feld 1 (ISD) (In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = "&lt;1 mal wöchentlich" oder „Keine“</p> <p>UND</p> <p>Feld 1a (ISD) (In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = „&lt; 1 mal wöchentlich“ oder „Keine“</p> <p>UND</p> <p>Feld 2a (ISD) (In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Nein“</p> <p>UND</p>		
--	--	--	--	--

		<p>Feld 2b (ISD) (In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Nein“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Altersangabe* größer gleich 6 und kleiner 18 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation</p> <p><b>Ic)</b> <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Altersangabe* größer gleich 1 und kleiner 6 Jahre mit:</p> <p>[Feld 1 (ISD) (In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = „&lt; 1 mal wöchentlich oder „Keine“ ]</p> <p>UND</p> <p>[Feld 1a (ISD) (In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = „&lt; 1 mal wöchentlich oder „Keine“ ]</p> <p>UND</p> <p>Feld 2a (ISD) (In den letzten vier Wochen: Einschränkung von</p>		
--	--	--	--	--

		<p>Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Nein“</p> <p>UND</p> <p>Feld 2b (ISD) (In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Nein“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Altersangabe* größer gleich 1 und kleiner 6 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation</p> <p>*Altersangabe zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung</p>		
2. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit unkontrolliertem Asthma bronchiale	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit unkontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p>Zielwert: Zu IIa: kleiner gleich 20 % Zu IIb und IIc: kein Zielwert</p> <p>gruppierte Auswertung für:</p> <p>IIa) Erwachsene (mit Altersangabe* größer gleich 18)</p>	<p><b>IIa)</b> <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Altersangabe* größer gleich 18 Jahre mit:</p> <p>[Feld 1 (ISD) (In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“</p> <p>UND</p> <p>Feld 1a (ISD) (In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“</p> <p>UND</p>		

	<p>IIb) Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten 6. Lebensjahr (mit Altersangabe* größer gleich 6 und kleiner 18)</p> <p>IIc) Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (mit Altersangabe* größer gleich 1 und kleiner 6)</p>	<p>Feld 2a (ISD) (In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Ja“ UND Feld 2b (ISD) (In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Ja“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 1 (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 1 (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND</p>		
--	---	--	--	--

		<p>Feld 1a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2b (ISD) („In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 1 (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“ UND Feld 2b (ISD) („In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 1a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Einschränkung von</p>		
--	--	--	--	--



		<p>Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“  UND  Feld 2b (ISD) („In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]</p> <p><u>Nenner:</u>  Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Altersangabe* größer gleich 18 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation</p> <p><b>IIb)</b>  <u>Zähler:</u>  Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Altersangabe* größer gleich 6 und kleiner 18 Jahre mit:</p> <p>[[ Feld 1 (ISD) (In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1 mal wöchentlich“ ]  UND  [ Feld 1a (ISD) (In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1 mal wöchentlich“ ]  UND</p>		
--	--	--	--	--

		<p>[Feld 2a (ISD) (In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Ja“ ]</p> <p>UND</p> <p>[ Feld 2b (ISD) (In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Ja“]]</p> <p>ODER</p> <p>[[ Feld 1 (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1 mal wöchentlich“ ]</p> <p>UND</p> <p>[ Feld 1a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1 mal wöchentlich“ ]</p> <p>UND</p> <p>[ Feld 2a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“]]</p> <p>ODER</p>		
--	--	--	--	--

		<p>[[Feld 1 (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1 mal wöchentlich“ ]UND  [Feld 1a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1 mal wöchentlich“ ]  UND  [Feld 2b (ISD) („In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]]</p> <p>ODER</p> <p>[[ Feld 1 (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1 mal wöchentlich“ ]UND  [Feld 2a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“]  UND  Feld 2b (ISD) („In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]]</p>		
--	--	---	--	--

		<p>ODER</p> <p>[[Feld 1a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1 mal wöchentlich“ ]UND  [Feld 2a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“]  UND  [Feld 2b (ISD) („In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]]</p> <p><u>Nenner:</u>  Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Altersangabe* größer gleich 6 und kleiner 18 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation</p> <p><b>Ilc)</b>  <u>Zähler:</u>  Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Altersangabe* größer gleich 1 und kleiner 6 Jahre mit:</p> <p>[[Feld 1 (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) =</p>		
--	--	--	--	--

		<p>„Häufiger als 2 mal wöchentlich“  ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1  mal wöchentlich“ ]  UND  [Feld 1a (ISD) („In den letzten vier  Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der  Bedarfsmedikation“) =  „Häufiger als 2 mal wöchentlich“  ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1  mal wöchentlich“]  UND  [Feld 2a (ISD) („In den letzten vier  Wochen: Einschränkung von  Aktivitäten im Alltag wegen Asthma  bronchiale“) = „Ja“]]</p> <p>ODER</p> <p>[[Feld 1 (ISD) („In den letzten vier  Wochen: Häufigkeit von Asthma-  Symptomen tagsüber“) =  „Häufiger als 2 mal wöchentlich“  ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1  mal wöchentlich“]  UND  [Feld 1a (ISD) („In den letzten vier  Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der  Bedarfsmedikation“) =  „Häufiger als 2 mal wöchentlich“  ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1  mal wöchentlich“]  UND</p>		
--	--	--	--	--

		<p>[Feld 2b (ISD) („In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]]</p> <p>ODER</p> <p>[[Feld 1 (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1 mal wöchentlich“]]</p> <p>UND</p> <p>[Feld 2a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“]]</p> <p>UND</p> <p>[Feld 2b (ISD) („In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]]</p> <p>ODER</p> <p>[[Feld 1a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1 mal wöchentlich“]]</p> <p>UND</p> <p>[Feld 2a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Einschränkung von</p>		
--	--	--	--	--

		<p>Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“]  UND  [Feld 2b (ISD) („In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]]</p> <p>ODER</p> <p>[[Feld 1 (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1 mal wöchentlich“]  UND  [Feld 1a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“ ODER „1 mal wöchentlich“]  UND  [Feld 2a (ISD) („In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“]  UND  [Feld 2b (ISD) („In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]]</p> <p>Nenner:</p>		
--	--	---	--	--

		<p>Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Altersangabe* größer gleich 1 und kleiner 6 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation</p> <p>*Altersangabe zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung</p>		
<p>3. Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale bzw. deren Betreuungspersonen</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (bzw. deren Betreuungspersonen), die an einer empfohlenen Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, denen eine Schulung empfohlen wurde</p> <p><u>Zielwert:</u> Größer gleich 70%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 10 (ISD) (Empfohlene Asthma Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: [Feld 10 (ISD) (Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums</p> <p>ODER</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information durch das Feedback</p>



		<p>[ Feld 9 (ISD) (Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = „Ja“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 10 (ISD) (Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation ] ]</p> <p>{ UND NICHT</p> <p>Feld 9a (ISD) (Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen) = „Ja“ } <sup>1</sup></p> <p>{ }<sup>1</sup> Liegt keine Angabe zu Feld 9a (ISD) (Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen) vor, gilt der Patient als ungeschult und wird nicht aus dem Nenner ausgeschlossen. Dies wird so gewertet, als wäre die Angabe „Nein“ in Feld 9a (ISD) (Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen) erfolgt. <i>Keine Angabe kann nur dann vorliegen, wenn die Einschreibung vor Aufnahme des Parameters erfolgt ist sowie in den Fällen, in denen ein Arztwechsel erfolgte.</i></p>		
--	--	--	--	--

4. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Asthma bronchiale mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer  <u>Zielwert:</u> größer gleich 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 11 (ISD) (Schriftlicher Selbstmanagementplan) = „Ja“  <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer Folgedokumentation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

<p>5. Niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlungen</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlung des Asthma in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale mit Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der ungeplanten, auch notfallmäßigen (ambulant und stationär) ärztlichen Behandlungen</p> <p><u>Zielwert:</u> kleiner gleich 10%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 3 (ISD) (Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation) größer 0 während der letzten 12 Monate</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP</p> <p><i>zusätzlich: Darstellung der teilnehmerbezogenen Häufigkeiten der ungeplanten, auch notfallmäßigen (ambulanten und stationären) ärztlichen Behandlungen</i></p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information durch das Feedback</p> <p><i>LE: Information durch das Feedback</i></p>
<p>6. Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation.</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 90%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Dauermedikation“</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit:</p> <p>[Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Dauermedikation“</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>

		<p>ODER</p> <p>Feld 5 (ISD) (Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauermedikation“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 6 (ISD) (Kurz wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauermedikation“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 6a (ISD) (Systemische Glukokortikosteroide) = „Dauermedikation“]</p> <p>UND NICHT</p> <p>[Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Kontraindikation“]</p>		
<p>7. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationszeitraum die Inhalationstechnik überprüft wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit inhalativer Medikation</p> <p><u>Zielwert:</u></p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 8 (ISD) (Inhalationstechnik überprüft) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit:</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information durch das Feedback</p>

	größer gleich 90 %	<p>[Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Bei Bedarf“ ODER „Dauermedikation“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 5 (ISD) (Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Bei Bedarf“ ODER „Dauermedikation“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 6 (ISD) (Kurz wirksame Inhalative Beta-2-Sympathomimetika) = „Bei Bedarf“ ODER „Dauermedikation“]</p>		
8. Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation</p> <p><u>Zielwert:</u> Kleiner gleich 15%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 5 (ISD) (Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauermedikation“</p> <p>UND NICHT</p> <p>Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Dauermedikation“</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit:</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

		<p>Feld 5 (ISD) (Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauermedikation“</p> <p>UND NICHT</p> <p>Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Kontraindikation“</p>		
<p>9. IX. Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern</p>	<p>1. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert</u> kleiner 15%</p> <p>2. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben</p> <p><u>Zielwert</u> kleiner 50%</p>	<p>1. <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 16 aktuelle (AD) (Raucher) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p>2. <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 16 aktuelle (AD) (Raucher) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 16 (AD) (Raucher) = „Ja“ bezogen auf die Erstdokumentation mit mindestens einer Folgedokumentation</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information durch das Feedback</p>

<p>10. Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen ab dem vollendeten 5. Lebensjahr: Hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV<sub>1</sub>-Wert</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV<sub>1</sub>-Wert in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das 5. Lebensjahr vollendet haben</p> <p><u>Zielwert</u> 85%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 2c (ISD) („Aktueller FEV<sub>1</sub>-Wert (mindestens alle 12 Monate)“) = „X Prozent des Soll-Wertes - Wertebereich 010,0 –299,9“ während der letzten 12 Monate</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Altersangabe* größer gleich 6 Jahre bei der aktuellen Dokumentation und mit einer Teilnahmedauer von größer gleich 12 Monaten</p> <p>*Altersangabe zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information durch das Feedback</p>
--	--	---	--	---

## Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Reduktion ungeplanter Behandlungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 3 (ISD) (ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationäre) ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation) > 0	Information des Versicherten über Asthma bronchiale über eine Versichertenbroschüre maximal einmal pro Jahr
II. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten  <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen  <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
III. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 10 (ISD) (Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich	Aufklärung/ Information des Versicherten über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr



QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IV.Reduktion des Anteils der rauchenden Teilnehmer und Teilnehmerinnen	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (ADS) (Vom Teilnehmer gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen) = „Tabakverzicht“	Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung



# **Anlage 5b Qualitätssicherung**

V 5  
Stand 10.10.2023  
(gültig ab dem 01.04.2024)

## **QUALITÄTSSICHERUNG COPD Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 12 DMP-A-RL**

### **Teil 1**

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

### **Teil 2**

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

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 12 DMP-A-RL. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt. Die Angabe „Berichtszeitraum“ ist in dieser Anlage als ein Zeitraum von sechs Monaten definiert.

## Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

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

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	Programm teilgenommen haben,  Zielwert: Kein Zielwert festgelegt	Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit  Feld 14 (ISD) (An einem Tabakentwöhnungsprogramm seit der letzten Empfehlung teilgenommen) = mindestens einmal die Angabe „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 6 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums  ODER  [Feld 13 (ISD) (Empfehlung zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogramm ausgesprochen) = „Ja“ innerhalb der 6 Monate vor dem Zeitraum der folgenden 12 Monate: aktueller Berichtszeitraum und 6 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND Feld 14 (ISD) (An einem Tabakentwöhnungsprogramm seit der letzten Empfehlung teilgenommen) = in jeder verfügbaren Dokumentation im aktuellen Berichtszeitraum und innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums die Angabe „Nein“]		
5. Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	a) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer  Zielwert:	a) Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „Ja“  Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<p><u>Kleiner gleich 15%</u></p> <p>b) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben</p> <p><u>Zielwert:</u> kleiner gleich 35 %</p>	<p><u>b) Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „Ja“ in der Erstdokumentation, bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt</p>		
6. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen die Inhalationstechnik innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal überprüft wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 90 %</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 7 (ISD) (Inhalationstechnik überprüft) = „Ja“ mindestens einmal innerhalb der letzten 12 Monate</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
7. Leitliniengerechter Einsatz an inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS): Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Dauertherapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS)	<p>Nur Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Komorbidität Asthma bronchiale und mit höchstens einer Exazerbation innerhalb der letzten 12 Monate: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ICS</p> <p><u>Zielwert:</u></p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 8 (ISD) (Sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Inhalative Glukokortikosteroide“ in der aktuellen Dokumentation und in der vorhergehenden Dokumentation</p> <p><u>Nenner:</u></p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<u>kleiner gleich 40 %</u>	Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer Feld 2 (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) = „0“ ODER „1“ innerhalb der letzten 12 Monate UND NICHT Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Asthma bronchiale“		
8. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einmal jährlich erfolgter klinischer Einschätzung des Osteoporose-Risikos	Anteil der aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer dokumentierten Osteoporose-Risikoeinschätzung in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer  <u>Zielwert: größer gleich 75 %</u>	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 1a (ISD) (Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt) = „Ja“ innerhalb der letzten 12 Monate  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
9. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer  <u>Zielwert:</u> kleiner gleich 10 %	<u>Zähler</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 8 (ISD) (Sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Systemische Glukokortikosteroide“ in der aktuellen Dokumentation <u>und</u> in der vorhergehenden Dokumentation  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback



QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
10. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training erhalten	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer  <u>Zielwert:</u> Größer gleich 75 %	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 15 (ISD) (Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen) = „Ja“  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
11. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jährlich mindestens einmal ermitteltem FEV <sub>1</sub> -Wert	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einem dokumentierten FEV <sub>1</sub> -Wert in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer  <u>Zielwert:</u> Größer gleich 85 %	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit mindestens einer numerischen Angabe in Feld 1 (ISD) (Aktueller FEV <sub>1</sub> -Wert (alle sechs bis zwölf Monate)) in den letzten 12 Monaten  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
12. Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern die bei DMP-Einschreibung noch nicht geschult sind: Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP-Einschreibung noch nicht geschult sind: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben.	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums  <u>Nenner:</u>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	Zielwert: Kein Zielwert festgelegt	<p>Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [ Feld 10 (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums ODER [ Feld 9 (COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = „Ja“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 10 (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation ] ]</p> <p>{ UND NICHT Feld 9a (Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen) = „Ja“ }<sup>1</sup></p> <p>{ }<sup>1</sup> Liegt keine Angabe zu Feld 9a (Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen) vor, gilt der Patient als ungeschult und wird nicht aus dem Nenner ausgeschlossen. Dies wird so gewertet, als wäre die Angabe „Nein“ in Feld 9a (Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen) erfolgt. <i>Keine Angabe kann nur dann vorliegen, wenn die Einschreibung vor Aufnahme des Parameters erfolgt ist sowie in den Fällen, in denen ein Arztwechsel erfolgte.</i></p>		

## Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

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

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

### **Abkürzungen**

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

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

# Erklärung

## zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für die Datenstelle

070EH

Krankenhaus-IK

- |  |   |                                 |   |                                      |  |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs     | <input type="checkbox"/> Depression  | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u>                                      | <u>oder</u>                                     | <u>oder</u>                     |   |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz       | <input type="checkbox"/> COPD   | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose |  |

### 1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

### 2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

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

# Erklärung

## zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für den Arzt

070EH

Krankenhaus-IK

- |  |   |                                 |   |                                      |  |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs     | <input type="checkbox"/> Depression  | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u>                                      | <u>oder</u>                                     | <u>oder</u>                     |   |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz       | <input type="checkbox"/> COPD   | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose |  |

### 1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

### 2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

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

# Erklärung

## zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



070EH

Krankenhaus-IK

- |  |   |                                 |   |                                      |  |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs     | <input type="checkbox"/> Depression  | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u>                                      | <u>oder</u>                                     | <u>oder</u>                     |   |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz       | <input type="checkbox"/> COPD   | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose |  |

### 1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

### 2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

# Eine Information zum Datenschutz

## 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

## 2 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und der Ärztin/des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

## 3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrer koordinierenden Ärztin/Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet werden.

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

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

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

### 3.1 Was geschieht bei der Ärztin/dem Arzt mit den Daten?

Ihre Ärztin/Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihre Ärztin/Ihr Arzt im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.



### **3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?**

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

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

### **3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?**

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung und an die mit der Evaluation

beauftragte Institution im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

### **3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?**

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

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

### **3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)**

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

# Strukturiertes Behandlungsprogramm

## Eine Information für Patientinnen und Patienten

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

### Was macht DMP zu einer besonderen Versorgungsform?

Chronische Erkrankungen stellen Sie und die an Ihrer Behandlung Beteiligten vor besondere Herausforderungen. Diese umfassen insbesondere die

- Erhaltung oder Verbesserung Ihrer Lebensqualität,
- Vermeidung einer Verschlechterung Ihrer Erkrankung,
- Vermeidung des Auftretens von Komplikationen,
- Vermeidung von Folge- und Begleiterkrankungen,
- Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen der Therapie.

Dafür bietet Ihre Krankenkasse die besondere Versorgung durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm an, über das wir Sie nachfolgend informieren möchten. Das Programm Ihrer Krankenkasse umfasst:

- **Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft,**
- **Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und**
- **aktive Mitwirkung durch Sie,**
- **Koordination Ihrer Behandlung,**
- **kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten,**
- **aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse.**

### Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

Das Wissen in der Medizin wächst täglich. Im Rahmen der Behandlungsprogramme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf aktuellen gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet und überprüfen diese regelmäßig auf Aktualität. Damit unterliegen die Programme hohen Qualitätsanforderungen. Es werden nur solche medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen sowie Verfahren empfohlen, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen sind. Diese sollen im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig zur Anwendung kommen. Die Anforderungen an die Behandlungsprogramme sind im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) und insbesondere in der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt.

### Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und aktive Mitwirkung durch Sie

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Das Programm sieht vor, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihr oder ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Ihre betreuende Ärztin oder Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen empfehlen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen sowie Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen.

Ihr Arzt oder Ihre Ärztin wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen. Sie legen gemeinsam mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele fest und wirken aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mit.

Das Programm sieht insbesondere regelmäßige Wiedervorstellungstermine vor. Nehmen Sie diese wahr und tragen Sie damit aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Zur Unterstützung Ihrer Selbstmanagementkompetenz dient die regelmäßige Dokumentation.

### Koordination Ihrer Behandlung

Die von Ihnen gewählte Ärztin oder der von Ihnen gewählte Arzt koordiniert die Programmdurchführung und berät und unterstützt Sie in allen Fragen. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass diese Ärztin bzw. dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren, deren Inhalte und Abstände fest geregelt sind. Sie bzw. er überprüft auch anhand festgelegter Kriterien, ob und welche Spezialisten oder Einrichtungen, die ebenfalls am Pro-

gramm teilnehmen, hinzugezogen werden sollen und veranlasst eine erforderliche Mit- und Weiterbehandlung. Sie bzw. er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärztinnen oder Fachärzten und Therapeutinnen oder Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

### **Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität**

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihre koordinierende Ärztin bzw. Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Die Dokumentation dient einerseits als Grundlage der Qualitätssicherung der Ärztinnen und Ärzte. Sie ermöglicht Ihrer Krankenkasse andererseits, Ihnen anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zu unterbreiten (siehe auch „Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse“). Darüber hinaus bildet die Dokumentation die Grundlage für die wissenschaftliche Auswertung für die Weiterentwicklung der Programme. Von jeder Dokumentation erhalten Sie einen Ausdruck, den Sie sowohl für Ihr Selbstmanagement als auch als ergänzende Information für Ihre mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte nutzen können.

Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz).

### **Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse**

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zum Programm. Dazu erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse insbesondere zu Beginn der Teilnahme nochmals spezifische Informationen zu Ihrer Erkrankung. Im weiteren Verlauf Ihrer Teilnahme stellt Ihnen Ihre Krankenkasse anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zur Verfügung. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder die Praxis Ihrer Ärztin bzw. Ihres Arztes in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt ggf. die Betreuung im Programm durch die beauftragte regionale Krankenkasse dieser Kassenart.

### **Was sind die Teilnahmevoraussetzungen für das Behandlungsprogramm?**

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

Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Ausgenommen hiervon sind die gleichzeitige Teilnahme an den unterschiedlichen DMP für

- Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz,
- Asthma bronchiale und COPD,
- Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2.

### **Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei**

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

Sofern Sie am DMP Brustkrebs teilnehmen, endet Ihre Teilnahme automatisch, wenn zehn Jahre nach der histologischen Sicherung des Brustkrebses keine Wiedererkrankung mehr aufgetreten ist. Beim Vorliegen von Fernmetastasen können Sie dauerhaft im Programm verbleiben.

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

## Anlage 7 – Patientenschulung

zu dem Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale/ COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

### 1. Schulungen

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

#### 1.1 Kinder mit Asthma

Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen (AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., AGAS) einschl. ASEV Schulung = Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern,

Asthma-Kleinkindschulung

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

#### 1.2 Erwachsene mit Asthma

NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (früher AFAS = Ambulantes Fürther Asthma-Schulungsprogramm)

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

#### 1.3 Erwachsene mit COPD

Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA) bzw. AFBE = Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem)

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

Näheres ergibt sich aus den jeweils angebotenen Schulungsprogrammen.

### 2. Patientenvoraussetzungen

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

### **3. Strukturqualität Schulungsarzt**

Patientenschulungen können ausschließlich durch Ärzte entsprechend §§ 3 und 4 dieses Vertrages erbracht werden, soweit sie die Strukturvoraussetzungen nach den Anlagen 1 bzw. 2 des Vertrages persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen und auf dieser Grundlage eine gesonderte Genehmigung zur Abrechnung der Schulungsleistungen durch die KV Nordrhein erhalten haben. Schulungen können sowohl durch ärztliches als auch durch nichtärztliches Personal durchgeführt werden soweit dieses die Anforderungen an die Qualifikation erfüllt. Die Qualifikation des Arztes und des nicht-ärztlichen Personals ergibt sich aus den Curricula der einzelnen Schulungen.

In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 9 bzw. 11 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf Inhalte, die der RSAV bzw. der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.

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

Befundbericht  
des pneumologischen Facharztes  
an den koordinierenden Arzt

für Patienten im DMP Asthma bronchiale

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege, vielen Dank für die Überweisung Ihres o.g. Patienten, für den ich aufgrund der Untersuchungsergebnisse folgende Maßnahmen empfehle:

<b>Diagnostik</b>	Ausführliche Messwerte der Lungenfunktion sind dem beigegeführten Originalbefund zu entnehmen!		
<b>Erwachsene (≥ 18 Jahre)</b>	<input type="checkbox"/> FEV <sub>1</sub> /VC ≤ 70% <b>und</b> Zunahme der FEV <sub>1</sub> ≥ 15 % <b>und</b> absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml	<input type="checkbox"/> FEV <sub>1</sub> /VC ≤ 75% <b>und</b> Zunahme der FEV <sub>1</sub> ≥ 15 %	<b>Kinder und Jugendliche (1 – 17 Jahre):</b>
Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:	<input type="checkbox"/> Zunahme der FEV <sub>1</sub> ≥ 15 % <b>und</b> absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml	<input type="checkbox"/> Zunahme der FEV <sub>1</sub> ≥ 15 %	Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:
Reversibilitätstest mit Glukortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):	<input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität > 20 %	<input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität	Reversibilitätstest mit Glukortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):
Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität		Sonstige Diagnosesicherung: <input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität >20 %
Sonstige Diagnosesicherung durch:			Sonstige Diagnosesicherung: <input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität
			<b>sowie Kinder (1 – 5 Jahre):</b>
			<input type="checkbox"/> ≥3 asthmatypische Episoden**
			<input type="checkbox"/> Ansprechen auf Therapie mit antiasthmatischen Medikamenten**
			<small>**und wenn min. 1 Zusatzkriterium nach 1.2.2. der Anlage 9 DMP-A-RL erfüllt</small>
<b>Diagnosespezifische Regelmedikation</b> (asthmatypische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß vorstehender Diagnoseverfahren erfüllt)			<input type="checkbox"/> ja

Die von uns empfohlene Therapie lässt sich wie folgt klassifizieren:

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

Zusätzlich von uns überprüfte und empfohlene Maßnahmen - \*orientiert an den QS-Zielen:

<b>Schulungen</b>				
Asthma-Schulung bereits wahrgenommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Asthma-Schulung empfohlen*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Inhalationstechnik überprüft*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<b>Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele</b>				
Empfehlung zum Tabakverzicht*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<b>Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen!</b>	
Empfehlung zu körperlichem Training	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<b>Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen!</b>	
Schriftlicher Selbstmanagement-Plan*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht durchführbar	
<b>Wiedervorstellung empfohlen im Quartal</b>	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> vorerst nicht erforderlich
ggf. Grund der Wiedervorstellung: _____				

Für weitere Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Arztstempel

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

**Befundbericht  
des pneumologischen Facharztes  
an den koordinierenden Arzt**

**für Patienten im DMP COPD**

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege, vielen Dank für die Überweisung Ihres o.g. Patienten, für den ich aufgrund der Untersuchungsergebnisse folgende Maßnahmen empfehle:

<b>Diagnostik</b>	FEV <sub>1</sub> = _____ %=<80% des Sollwertes vom _____ (Datum)		
Nachweis der Obstruktion bei	<input type="checkbox"/> FEV <sub>1</sub> /VC < 70%	<small>ausführliche Messwerte der Lungenfunktion sind dem beigefügten Original-Befund zu entnehmen!!</small>	
	<small>Alternativ LLN unterer Grenzwert 5. Perzentil</small>		
Falls FEV <sub>1</sub> /VC ≥70% <b>und</b> radiologischer Ausschluss anderer Diagnose gesichert	<input type="checkbox"/> Atemwegwiderstandserhöhung	<input type="checkbox"/> Lungenüberblähung	<input type="checkbox"/> Gasaustauschstörung durch:

Die von uns empfohlene Therapie lässt sich wie folgt klassifizieren:

<b>Aktuelle Medikation</b>	(Unter Berücksichtigung der abgefragten Selbstmedikation des Patienten)		
Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Langwirksame Anticholinergika	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Systemische Glukokortikosteroide	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Inhalative Glukokortikosteroide	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine

Zusätzlich von uns überprüfte und empfohlene Maßnahmen - \*orientiert an den QS-Zielen:

<b>Sonstige Behandlung</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Langzeitsauerstofftherapie	<input type="checkbox"/> außerklinische nicht-invasive Beatmung	<input type="checkbox"/> operative Verfahren
<b>Schulungen</b>	<input type="checkbox"/> Rehabilitation		<input type="checkbox"/> Krankengymnastik (Atemtherapie)	
COPD-Schulung bereits wahrgenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	COPD-Schulung empfohlen* (bei aktueller Dokumentation)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Inhalationstechnik überprüft *	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<b>Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele</b>				
Empfehlung zum Tabakverzicht *	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<b>Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen!</b>	
Empfehlung zum körperlichen Training *	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<b>Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen!</b>	
COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<b>Wiedervorstellung empfohlen im Quartal</b>	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> vorerst nicht erforderlich
ggf. Grund der Wiedervorstellung: _____				

Für weitere Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Arztstempel