

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

# Vereinbarung

über die Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V bei Asthma bronchiale und chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen (COPD) in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Asthma und COPD) auf der Grundlage des § 83 SGB V

zwischen der  
**Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg**  
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

- nachfolgend „KVBW“ genannt -

und 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), Berlin**,  
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,  
Christophstraße 7, 70178 Stuttgart,

dem  
**BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg**  
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim

der  
**IKK classic**,  
Geschäftsstelle Dresden, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der  
**KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München**  
Friedrichstraße 19, 80801 München,

- nachfolgend „Verbände“ genannt -

## Inhaltsverzeichnis

<b>Erläuterungen</b>	<b>5</b>
<b>Präambel</b>	<b>6</b>
<b>Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich</b>	
§ 1 Ziele der Vereinbarung	7
§ 2 Geltungsbereich	8
<b>Abschnitt II - Teilnahme Ärzte und Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen</b>	
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen des DMP-Arztes	8
§ 4 Aufgaben des DMP-Arztes	9
§ 5 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des jeweils qualifizierten Facharztes	10
§ 6 Mitwirkende Ärzte	11
§ 7 Teilnahme von Krankenhäusern	11
§ 8 Teilnahme von Rehabilitationseinrichtungen	12
§ 9 Antrag auf Teilnahme	12
§ 10 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung durch die KVBW	12
§ 11 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	12
§ 12 Leistungserbringerverzeichnis	13
<b>Abschnitt III – Versorgungsinhalte</b>	
§ 13 Medizinische Anforderungen an die DMP Asthma und COPD	13
<b>Abschnitt IV - Qualitätssicherung</b>	
§ 14 Grundlagen und Ziele	14
§ 15 Maßnahmen und Indikatoren	15
§ 16 Durchführung der Qualitätssicherung	15
§ 17 Fortbildung der Ärzte	16
§ 18 Vertragsmaßnahmen	16
<b>Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung des Versicherten</b>	
§ 19 Teilnahmevoraussetzungen	17
§ 20 Information und Einschreibung	18
§ 21 Teilnahme- und Einwilligungserklärung	19
§ 22 Beginn und Ende der Teilnahme	19
§ 23 Wechsel des DMP-Arztes	20
§ 24 Versichertenverzeichnis	20

<b>Abschnitt VI - Schulungen</b>	
§ 25 Versichertenschulung	20
<b>Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft/Datenannahme- und -verarbeitungsstelle/ Gemeinsame Einrichtung</b>	
§ 26 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft	21
§ 27 Aufgaben einer Arbeitsgemeinschaft	21
§ 28 Datenannahme- und verarbeitungsstelle	21
§ 29 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	22
§ 30 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	22
<b>Abschnitt VIII – Datenfluss und Datenverwendung</b>	
§ 31 Erst- und Folgedokumentation	23
§ 32 Datenverwendung	23
§ 33 Datenzugang	24
§ 34 Datenaufbewahrung und -löschung	24
<b>Abschnitt IX - Evaluation</b>	
§ 35 Evaluation	24
<b>Abschnitt X – Vergütung und Abrechnung</b>	
§ 36 Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen	25
§ 36a Prüfung der Abrechnung (Dokumentationsleistungen)	25
<b>Abschnitt XI – Sonstige Bestimmungen</b>	
§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	26
§ 38 Haftung	26
§ 39 Laufzeit und Kündigung	26
§ 40 Salvatorische Klausel	26

## Anlagenverzeichnis

<b>Anlage 1a</b>	28
Strukturqualität DMP- Arzt Asthma nach § 3	
<b>Anlage 1b</b>	31
Strukturqualität DMP- Arzt COPD nach § 3	
<b>Anlage 2a</b>	34
Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt Asthma	
<b>Anlage 2b</b>	38
Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt COPD	

<b>Anlage 3a</b>	<b>41</b>
Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme	
<b>Anlage 3b</b>	
- weggefallen -	
<b>Anlage 4a</b>	<b>48</b>
Versorgungsinhalte Asthma	
<b>Anlage 4b</b>	<b>66</b>
Versorgungsinhalte COPD	
<b>Anlage 5a</b>	<b>84</b>
Qualitätssicherung Asthma	
<b>Anlage 5b</b>	<b>108</b>
Qualitätssicherung COPD	
<b>Anlage 6a</b>	<b>119</b>
Leistungserbringerverzeichnis Asthma	
<b>Anlage 6b</b>	<b>120</b>
Leistungserbringerverzeichnis COPD	
<b>Anlage 7a</b>	<b>121</b>
Indikationsübergreifende Dokumentationsdaten	
<b>Anlage 7b</b>	<b>123</b>
Indikationsspezifische Dokumentationsdaten Asthma	
<b>Anlage 7c</b>	<b>125</b>
Indikationsspezifische Dokumentationsdaten COPD	
<b>Anlage 8</b>	<b>127</b>
Teilnahme- und Einwilligungserklärung indikationsübergreifend	
<b>Anlage 8b</b>	
- weggefallen -	
<b>Anlage 9</b>	<b>130</b>
Datenschutzerklärung Asthma und COPD	
<b>Anlage 9b</b>	
- weggefallen -	
<b>Anlage 10</b>	<b>132</b>
Patienteninformation Asthma und COPD	
<b>Anlage 10b</b>	
- weggefallen -	
<b>Anlage 11</b>	<b>134</b>
Strukturqualität Schulungsarzt und nicht-ärztliches Schulungspersonal	
<b>Anlage 12</b>	<b>135</b>
Patientenschulungen	
<b>Anlage 13a</b>	<b>138</b>
Einschreibeinformation Asthma	
<b>Anlage 13b</b>	<b>140</b>
Einschreibeinformation COPD	
<b>Anlage 14</b>	<b>141</b>
Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformation zu den Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL	

## Erläuterungen

- G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- §§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichen beziehen sich auf diese Vereinbarung
- „RSAV“: Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung
- „Versicherte“ sind weibliche, männliche und intersexuelle Versicherte
- „KVBW“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- „Vertragsärzte“ sind Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und berechtigt sind, weiter Ärzte anzustellen
- „Ärzte“ sind an diesem Programm teilnehmende und mitwirkende Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung 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
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen
- „Leistungserbringer“ sind Ärzte und angestellte Ärzte
- „DMP-Arzt“ oder „koordinierender Arzt“ ist ein Arzt i.S.d. § 3
- „Facharzt“ ist ein Arzt i.S.d. § 5
- „Qualifizierte Einrichtung“: Einrichtung, die gemäß Ziffer 1.6.1 und/oder 1.6.2 der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-Anforderungen-Richtlinie 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
- „Krankenhäuser“: Einrichtungen i.S.d. § 7
- „Rehabilitationseinrichtungen“: Einrichtungen i.S.d. § 8
- „Gemeinsame Einrichtung“: Gremium nach §§ 29, 30
- „Arbeitsgemeinschaft“: Gremium nach §§ 26, 27
- „Datenstelle“: Einrichtung nach § 28
- „Dokumentationen“ bzw. „Dokumentationsdaten“ enthalten die in Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) oder Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL aufgeführten Daten
- DS-GVO ist die (Europäische) Datenschutzgrundverordnung
- Bei minderjährigen Versicherten/Patienten gelten die gesetzlichen Bestimmungen über die Vertretung.
- Zur besseren Lesbarkeit wird die männliche Form gewählt, wobei diese stellvertretend für die weibliche Schreibweise gilt.
- Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt wird.

## Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme – DMP genannt) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV sowie auf der diese ergänzenden Regelungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie (im folgenden DMP-A-RL genannt) in der jeweils gültigen Fassung beruhen, strukturiert werden. Daher schließen die Verbände und die KVBW folgende Vereinbarung auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit Asthma bronchiale (im Folgenden Asthma genannt) und für Versicherte mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen (im Folgenden COPD genannt).

Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2019 geändert mit Wirkung zum 01.05.2022 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt die Vereinbarung vom 01.01.2018. Ein erneuter Teilnahmeantrag der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL bis einschließlich ihrer 14. Änderung.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Durchführung der Programme, insbesondere die Regelungen zur Verarbeitung und Aufbewahrung von Behandlungsdaten so zu gestalten sind, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht beeinträchtigt wird. Zur Gewährleistung des Vertrauensschutzes erfolgt die Durchführung und Steuerung der Programme sowie die Qualitätssicherung im Programm soweit wie möglich auf Grundlage pseudonymisierter Daten. Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die Krankenkassen erfolgt ausschließlich in dem durch die RSAV und der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung und den Bestimmungen dieser Vereinbarung festgelegten Umfang.

## Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

### § I Ziele der Vereinbarung

- (1) Über die Disease-Management-Programme Asthma und COPD soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten, den weiteren an der medizinischen Versorgung Beteiligten sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Asthma und COPD gewährleistet werden.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung festgelegt.
- (2a) Die Vertragspartner streben für das Programm Asthma gemäß Ziffer 1.3 der DMP-A-RL zur Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten folgende Ziele an:

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

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

- Reduktion der Asthma-bedingten Letalität,
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
- das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

- (2b) Die Therapie der aufgrund der Diagnose COPD teilnehmenden Versicherten dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität. Die Vertragspartner streben daher für das Programm COPD gemäß Ziffer 1.3 Anlage 11 der DMP-A-RL in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen folgende Ziele an:

- Vermeidung/Reduktion Von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptomen, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
- von 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.

- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, dass an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma und COPD teilnehmende Versicherte gemäß den in dieser Vereinbarung vereinbarten Versorgungsinhalten behandelt und beraten werden. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärztinnen und Ärzte Versicherte wegen Asthma oder COPD auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

## § 2 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
1. Ärzte der KVBW, die nach Maßgabe des Abschnitts II an einem oder beiden Disease-Management-Programmen teilnehmen.
  2. Versicherte der vertragsschließenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
  3. Für Versicherte weiterer IKKs, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, erfolgt die Durchführung des Programms durch die versichernde IKK.
- (2) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.

Grundlage dieser Vereinbarung ist die RSAV sowie die ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Näheres hierzu regelt § 39 dieser Vereinbarung.

## Abschnitt II Teilnahme der Ärzte und Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

### § 3 Teilnahmevoraussetzungen des DMP- Arztes

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an dieser Vereinbarung ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als DMP- Arzt sind Ärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1a (zur Teilnahme bei Asthma) und/oder Anlage 1b (zur Teilnahme bei COPD) - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (3) Die gleichzeitige Teilnahme von Vertragsärzten an beiden Programmen Asthma und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten für das jeweilige Programm gemäß den Anlagen 1a und 1b - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllt sind.
- (4) In Ausnahmefällen kann auch ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender qualifizierter Facharzt nach § 5 DMP- Arzt in beiden Programmen sein. Dies gilt insbesondere dann, wenn
- der Versicherte bereits vor Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder
  - diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlagen 2a und/oder 2b sind von diesem Arzt - persönlich oder durch angestellte Ärzte - zu erfüllen. Bei Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung des qualifizierten Facharztes befinden, soll dieser bei einer Stabilisierung des Zustandes prüfen, ob eine Rücküberweisung an einen DMP- Arzt nach § 3 Abs. 2 (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 dem Teilnahmeantrag nach § 9 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 10. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen ist der KVBW unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (6) Sollen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KVBW nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVBW vom anstellenden Arzt bzw. dem Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich schriftlich mitgeteilt.
- (7) Bei Teilnehmern, die bereits in bestehende DMP zu internistischen Erkrankungen eingeschrieben sind, soll im Sinne eines „Ein-Arzt-Prinzips“ der bereits gewählte DMP- Arzt diese Funktion auf Wunsch auch im DMP COPD übernehmen. Dies gilt auch für DMP-Teilnehmer, die bereits einen nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt als DMP- Arzt gewählt haben, soweit dieser auch am DMP COPD teilnimmt.
- (8) Die Vertragspartner beachten für die Datenverarbeitung die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO, dem Bundesdatenschutzgesetz, dem Landesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch.

#### § 4 Aufgaben des DMP- Arztes

- (1) Zu den Aufgaben der nach § 3 DMP- Ärzte gehören insbesondere:
  1. die Durchführung und Koordination der Behandlung der Versicherten unter Beachtung der nach § 13 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.6 der jeweils gültigen DMP-A-RL Anlagen 9 (Asthma) und 11 (COPD),
  2. die Information, Beratung und Erstellung der Einschreibeunterlagen der Versicherten gemäß § 20,
  3. die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend Anlage 2 i.V.m. Anlagen 10 (Asthma) und 12 (COPD) der DMP-A-RL spätestens bis zum 5. des Folgemonats an die Datenstelle. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.
  4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 14 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  5. die Motivation der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie das Angebot und/oder die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 25, sofern die Schulungsberechtigung der KVBW gegenüber entsprechend nachgewiesen ist,
  6. Überweisung zur Auftragsleistung, insbesondere bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der Anlage 9 (Asthma) bzw. Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL genannten Indikationen an andere, vorrangig an diesen Programmen teilnehmende Ärzte entsprechend den Anlagen 2a und 2b „Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt“. Im Übrigen entscheidet der DMP- Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
  7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 9 (Asthma) bzw. Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene)

geeignete Krankenhaus gemäß § 7, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen,

8. bei Überweisung/Einweisung therapierelevante Informationen, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
  9. bei Wechsel des DMP- Arztes sind dem neuen DMP- Arzt, mit Zustimmung des Patienten, auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln,
  10. die Vergabe einer nur einmal zu vergebenden DMP-Fallnummer nach seiner Wahl für jeden Versicherten, die aus maximal sieben Zeichen bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden,
  11. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Ziffer 1.6.4 der Anlage 9 (Asthma) bzw. Anlage 11 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,
  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.
- (2) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 12 des Absatz 1 entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1a und/oder Anlage 1b „Strukturqualität DMP- Arzt“ bzw. in der Anlage 2a und/oder Anlage 2b „Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt“ 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 RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

## § 5

### Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des jeweils qualifizierten Facharztes

- (1) Die Teilnahme der qualifizierten Fachärzte an diesen Programmen ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind Fachärzte, die die Voraussetzungen der Anlagen 2a und/oder 2b „Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (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 § 9 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der 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 § 10. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 2a oder Anlage 2b sind der KVBW unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums, die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KVBW nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVBW vom anstellenden Arzt bzw. dem Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich schriftlich mitgeteilt.

- (5) Zu den Aufgaben der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte (im Weiteren als „Fachärzte“ bezeichnet) gehören insbesondere:
1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 13 geregelten Versorgungsinhalte,
  2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 14 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 25, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVBW entsprechend nachgewiesen ist,
  4. soweit für die Behandlung des Versicherten erforderlich, die Überweisung an andere Fachärzte entsprechend der Anlage 2a bzw. 2b „Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt“ gemäß Anlage 9 (Asthma) bzw. 11 (COPD) der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
  5. die Übermittlung therapierelevanter Informationen an den DMP- Arzt nach § 3, zur rechtzeitigen Erstellung der erforderlichen Dokumentationen,
  6. bei Rücküberweisungen des Versicherten an den DMP- Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur rechtzeitigen Erstellung der Dokumentation mit den in Anlage 13a bzw. 13b genannten Inhalten (Einschreibeinformationen) zu übermitteln,
  7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 in Anlage 9 (Asthma) bzw. Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus gemäß § 7, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und den DMP- Arzt hiervon zu unterrichten. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen.
  8. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Ziffer 1.6.4 Anlage 9 (Asthma) bzw. Anlage 11 (COPD) 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.
  9. bei Überweisung an andere Leistungserbringer therapierelevante Informationen, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.
- (6) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 9 des Absatzes 5 entsprechend. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

## § 6 Mitwirkende Ärzte

Bei der Umsetzung der DMP Asthma und COPD wirken qualifizierte Ärzte gemäß Anlagen 2a und 2b mit.

## § 7 Teilnahme von Krankenhäusern

Die Einbindung von Krankenhäusern wird in separaten Verträgen geregelt.

## **§ 8 Teilnahme von Rehabilitationseinrichtungen**

Die Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen wird in separaten Verträgen geregelt.

## **§ 9 Antrag auf Teilnahme**

Der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt beantragt bei der KVBW die Genehmigung zur Teilnahme an den DMP Asthma und/oder COPD nach § 3 (DMP-Arzt) bzw. § 5 (qualifizierter Facharzt) sowie den in den Anlagen 1a/1b und 2a/2b dieser Vereinbarung weiter genannten Qualifikationen schriftlich. Der Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung nach Anlage 3a wird in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage der KVBW veröffentlicht.

## **§ 10 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung durch die KVBW**

- (1) Die KVBW überprüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität nach §§ 3 bzw. 5 in Verbindung mit den Anlagen 1a/1b und 2a/2b und erteilt schriftlich die erforderlichen Genehmigungen.
- (2) Die KVBW überprüft darüber hinaus die Schulungsberechtigung gemäß der Anlage 11 dieser Vereinbarung „Strukturqualität Schulungsarzt und nicht-ärztliches Schulungspersonal“ für die teilnehmenden Ärzte nach §§ 3 und 5.

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

- (1) Die Teilnahme der Ärzte gemäß §§ 3 bzw. 5 am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag des Eingangs des Antrags gemäß der Anlage 3a „Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme“ bei der KVBW, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich genehmigt.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVBW kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme am Programm ruht während des Ruhens der Zulassung.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet ferner mit dem rechtskräftigen Widerruf der Genehmigung durch die KVBW, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- (5) Endet die Teilnahme eines DMP- Arztes, können die Krankenkassen die hiervon betroffenen Versicherten auf andere zugelassene DMP- Ärzte aufmerksam machen, um gegebenenfalls einen Arztwechsel gemäß § 23 zu ermöglichen.
- (6) Hat der Vertragsarzt seine Teilnahme an den Programmen sowohl für Asthma als auch für COPD erklärt, gelten die Absätze 1 – 5 für beide Indikationen jeweils gesondert.
- (7) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in § 3 bzw. § 5 i.V.m. den Anlagen 1a/1b bzw. 2a/2b aufgeführten Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation zählt, teilnahmeberechtigt. Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in der Betriebsstätte erlischt dessen Genehmigung.

## § 12 Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Die KVBW führt über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gem. §§ 3 und 5 ein Verzeichnis (nachfolgend Leistungserbringerverzeichnis). Dieses Leistungserbringerverzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm bzw. in den Programmen erbringen. Datenverarbeitungen in dem Leistungserbringerverzeichnis erfolgen ausschließlich auf der Grundlage von § 137f Abs. 6 SGB V. Auftragsnehmer ist die Datenstelle. Diese Datenstelle übermittelt im Auftrag das verarbeitete Leistungserbringerverzeichnis (siehe Anlage 6a/6b) auf sicherem Übermittlungsweg in elektronischer Form an die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP Baden-Württemberg sowie den Verbänden und der KVBW.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis (abgestimmtes Format) umfasst insbesondere arztbezogen folgende Inhalte:
  - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbracht werden,
  - Arzt- und Betriebsstättennummer und
  - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.
- (3) Über die Krankenhäuser gemäß § 7 und Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 8 führen die Verbände ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis wird der KVBW in elektronischer Form (z.B. als Excel-Datei) zur Information der an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.
- (4) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 bis 3 stellen die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt (BVA) beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BVA alle fünf Jahre (und auf Aufforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (5) Weiterhin werden die Verzeichnisse auf Anforderung folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
  1. den an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzten gemäß den §§ 3 und 5 durch die KVBW, sowie den bei diesen angestellten Ärzten, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
  2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, insbesondere bei Neueinschreibung, durch die jeweilige Krankenkasse.

Das Verzeichnis ist vollständig zur Verfügung zu stellen. Eine Einschränkung auf die innerhalb eines Landkreises teilnehmenden Ärzte ist zulässig. Die freie Arztwahl darf nicht beeinflusst werden.

Ein Auszug (Kontaktdaten der an DMP teilnehmenden Ärzte) aus dem Leistungserbringerverzeichnis kann von den Vertragspartnern zu Informationszwecken auch im Internet auf den jeweiligen Internetseiten veröffentlicht werden.

## Abschnitt III Versorgungsinhalte

### § 13 Medizinische Anforderungen an die DMP Asthma und COPD

- (1) Die medizinischen Anforderungen für das Behandlungsprogramm Asthma sind in der Anlage 4 a definiert und Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen den Anforderungen der Anlage 9 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte sind

nach Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V, über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich durch ihren Teilnahmeantrag gemäß § 9 die Versorgungsinhalte zu beachten. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, hat der anstellende Arzt für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

- (2) Die medizinischen Anforderungen für das Behandlungsprogramm COPD sind in der Anlage 4 b definiert und Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechenden Anforderungen nach Anlage 11 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte sind nach Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V, über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich durch ihren Teilnahmeantrag gemäß § 9 die Versorgungsinhalte zu beachten. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, hat der anstellende Arzt für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (3) Bei Vorliegen einer weiteren Diagnose, für die medizinische und strukturelle Inhalte in der RSAV sowie in der diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung beschrieben und von den Vertragspartnern vertraglich umgesetzt worden sind, sollen diese in Abstimmung mit den Patienten, auch wenn sie nicht in ein entsprechendes DMP eingeschrieben sind, beachtet werden.

## **Abschnitt IV Qualitätssicherung**

### **§ 14 Grundlagen und Ziele**

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

1. Beachtung der Anforderungen gemäß § 137 f Abs. 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Anlage 9 (Asthma) bzw. Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL,
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3 bis 8,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL. und

6. aktive Teilnahme der Versicherten.

## **§ 15 Maßnahmen und Indikatoren**

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieser Disease-Management-Programme die Maßnahmen und Indikatoren gemäß den Anlagen 5a und 5b dieser Vereinbarung zur Erreichung der Ziele zugrunde zu legen. Über Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung gem. § 29.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 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 DMP- Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
  3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
  4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.

## **§ 16 Durchführung der Qualitätssicherung**

- (1) Die Datenstelle sichert mit der Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität die Qualität der Dokumentation und übernimmt mit der Nachforderung fehlender oder unplausibler Dokumentationsdaten eine Erinnerungsfunktion gegenüber den dokumentierenden DMP- Ärzten.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung nach § 29 wertet die ihr gemäß § 28 übermittelten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der Anlagen 5a und 5b arztbezogen aus und informiert die Ärzte. Die Auswertungen sollen auch Informationen über eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie ermöglichen.
- (3) Die Krankenkassen
  1. erinnern die eingeschriebenen Versicherten anhand schriftlicher Informationen an notwendige Nachsorge- und Behandlungstermine, wenn der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme aufgrund der von der Datenstelle an die Krankenkassen gemeldeten Daten fehlt;
  2. berichten der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 29 in regelmäßigen Abständen über die Ergebnisse der Erinnerungsmaßnahmen und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Maßnahmen.
  3. beraten die Versicherten zu Maßnahmen nach § 32.
- (4) Die KVBW
  1. wertet die ihr gemäß § 28 Absatz 2 übermittelten Dokumentationsdaten arztbezogen aus und setzt daraus resultierende arztindividuelle Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität um,
  2. wird von der Gemeinsamen Einrichtung über die Auswertung und den Versand nach Abs. 2 informiert,

3. berichtet der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 29 in regelmäßigen Abständen über diese Qualitätssicherung und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.
- (5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 5 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

## **§ 17 Fortbildung der Ärzte**

- (1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Ärzte gemäß §§ 3 und 5 umfassend über Ziele und Inhalte der DMP Asthma und COPD. Die zu verwendenden Informationsmaterialien stimmen die Vertragspartner in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 29 ab.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen der teilnahmeberechtigten Ärzte nach den §§ 3 und 5 (z. B. Praxismanual) dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele.
- (3) Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab.
- (4) Die Vertragspartner definieren nach Beratung in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 29 bedarfsorientiert Anforderungen an die für die Disease-Management-Programme relevante regelmäßige Fortbildung 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 KVBW nachzuweisen.
- (7) Eine Information über die zur Verfügung stehenden Tabakentwöhnungsprogramme erhalten die Ärzte über die Internet-Seiten der jeweiligen Krankenkasse.

## **§ 18 Vertragsmaßnahmen**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der DMP-Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verletzen die nach § 3 und/oder § 5 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. Aufforderung durch die KVBW zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgesprächs durch die KVBW (z.B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
  3. bei weiteren nachgewiesenen Verletzungen der sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag eines Vertragspartners, Widerruf der Teilnahmegenehmigung des Arztes durch die KVBW (Ausschluss).

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

### **§ 19** **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 der Anlage 9 (Asthma) bzw. Anlage 11 (COPD), erfüllt sind:
  1. Teilnahme am Programm Asthma :
    - die Diagnose des Asthma ist gemäß Anlage 9 Ziffer 1.2 der DMP-A-RL gesichert und wurde vom DMP-Arzt schriftlich bestätigt und der Versicherte erfüllt die speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Ziffer 3.2 der DMP-A-RL
    - Kinder und Jugendliche im Alter ab dem vollendeten ersten Lebensjahr (erster Geburtstag) bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr (letzter Tag vor dem 18. Geburtstag) ist im DMP Asthma bronchiale ein besonderer Schwerpunkt gewidmet. Aus diesem Grunde sind auch Pädiater für das DMP Asthma bronchiale teilnahmeberechtigt, die die Anforderungen an die Strukturqualität persönlich oder durch angestellte Ärzte nach Anlage 1a oder 2a erfüllen. Ferner sind die Kriterien der speziellen Teilnahmevoraussetzungen für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten ersten Lebensjahr (erster Geburtstag) bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr (letzter Tag vor dem 18. Geburtstag) zu unterscheiden.
  2. Teilnahme am Programm COPD
    - die Diagnose COPD gemäß Ziffer 1.2 der Anlage 11 DMP-A-RL ist gesichert und wurde vom DMP-Arzt schriftlich bestätigt und der Versicherte erfüllt die speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Ziffer 3.2 Anlage 11 DMP-A-RL.
    - Versicherte unter 18 Jahren können nicht in das DMP COPD eingeschrieben werden.
  3. die einmalige schriftliche Einwilligung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlagen 8 – 10) des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten und
  4. die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung insbesondere darüber, dass Befund-/Behandlungsdaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihrer Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.
- (2) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an einem Programm zu Asthma und COPD ist nicht möglich.
- (3) Bei gleichzeitigem Vorliegen von Asthma und COPD hat eine Einschreibung in das vorrangig einzustufende DMP zu erfolgen
- (4) Bei einer anerkannten Berufskrankheit ist eine Teilnahme am DMP Asthma nicht möglich.

- (5) Der Versicherte kann von der Einschreibung in Hinblick auf die unter Ziffer 1.3.. der Anlage 9 (Asthma) bzw. Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL genannten Therapieziele profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken.
- (6) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

## **§ 20 Information und Einschreibung**

- (1) Die Krankenkassen werden ihre Versicherten entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Patienteninformation gemäß Anlage 10a bzw. 10b, über die Behandlungsprogramme und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Ziffer 3.1 bis 3.2 der Anlage 9 (Asthma) bzw. Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (2) Der DMP- Arzt informiert entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV seine nach § 19 teilnahmeberechtigten Patienten. Der DMP- Arzt kann dabei auf die Möglichkeit der Einschreibung bei den Krankenkassen nach Absatz 6 verweisen. Die Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 21 bei einem DMP- Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm Asthma oder COPD müssen den teilnehmenden Krankenkassen neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 21 folgende Unterlagen vorliegen:
  1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP- Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
  2. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. 12 (COPD) der DMP-A-RL durch den DMP- Arzt
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen DMP- Arzt. Der Arzt hat vor der Versendung von Dokumentationen sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme und Einwilligungserklärung vorliegt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte DMP- Arzt an der Vereinbarung teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. 12 (COPD) der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 28, entsprechend den Vorgaben nach § 4, weiterleitet. Die Krankenkassen stellen sicher, dass sich der Versicherte nicht bei mehreren DMP- Ärzten für DMP Asthma oder COPD einschreibt.
- (5) Wenn der Versicherte die Einschreibekriterien mehrerer, der in der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung genannten, Erkrankungen erfüllt, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen, sofern diese sich nicht ausschließen.
- (6) Eine gleichzeitige Teilnahme am Behandlungsprogramm Asthma und COPD ist nicht möglich.
- (7) Der Versicherte kann sich auch bei den Krankenkassen in das Behandlungsprogramm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von den Krankenkassen an seinen behandelnden DMP- Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden können.
- (8) Nachdem den Krankenkassen alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigen diese dem Versicherten und dem DMP-Arzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem jeweiligen Disease-Management-Programm unter Angabe des Eintrittsdatums.

## § 21 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

- (1) Nach umfassender Information über das jeweilige Disease-Management-Programm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung der Daten gemäß Anlage 9a bzw. 9b dieser Vereinbarung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 8a bzw. 8b dieser Vereinbarung zur Teilnahme an dem Disease-Management-Programm bereit und willigt einmalig schriftlich in die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung seiner Daten ein.
- (2) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei Asthma kann für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres nur durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben werden.

## § 22 Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkassen gemäß § 20 Absatz 8 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 20 Absatz 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber seiner Krankenkasse kündigen. Sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, scheidet er mit dem Tag des Zugangs der Kündigungserklärung bei seiner Krankenkasse aus dem jeweiligen DMP aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
  - der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
  - des Zugangs des Widerrufs bei der zuständigen Krankenkasse bei Widerruf der Einwilligungserklärung,
  - des Kassenwechsels (Ausnahme: Liegt eine Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zu einer Krankenkasse vor, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, kann seine Teilnahme am Programm aufgrund einer Folgedokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. 12 (COPD) der DMP-A-RL fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV entsprechend),
  - der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 28d 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 aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. 12 (COPD) der DMP-A-RL, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt worden sind.
- (4) Nach 12-monatiger Symptombefreiheit ohne asthmaspezifische Therapie soll der DMP- Arzt zeitnah prüfen, ob der Versicherte in Hinblick auf die in § 1 Abs. 2 genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm Asthma profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- (5) Die Krankenkassen informieren den Versicherten, den DMP- Arzt und die Datenstelle unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm.
- (6) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 19 vorliegen.

## § 23 Wechsel des DMP- Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP- Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL und sendet diese innerhalb der in § 4 Absatz 1 Nr. 3 dieser Vereinbarung genannten Frist an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP- Arztes.

## § 24 Versichertenverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KVBW bei Bedarf in elektronischer Form eine Liste mit den Krankenversicherungsnummern für die gemäß § 19 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

## Abschnitt VI Schulungen

### § 25 Versichertenschulung

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP Asthma bzw. COPD sowie über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Darin werden auch vertraglich vereinbarte Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm gemäß Anlage 12 „Patientenschulung“. Diese Schulungsprogramme sind ausnahmslos DMP-A-RL-konform und vom BVA akkreditiert. Schulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist grundsätzlich zu berücksichtigen.
- (3) Kinder und Jugendliche bzw. deren Betreuungspersonen erhalten gleichfalls Zugang zu einem strukturierten, nach Möglichkeit evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Sie verfolgen das Ziel, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln.
- (4) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die gemäß der Anlage 11 „Strukturqualität Schulungsarzt und nicht-ärztliches Schulungspersonal“ hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 10.
- (5) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 9 (Asthma) bzw. Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL einzubeziehen. Es wird in den Schulungsprogrammen auf Inhalte verzichtet, die der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung widersprechen.

## **Abschnitt VII**

### **Arbeitsgemeinschaft/Datenannahme- und -verarbeitungsstelle/ Gemeinsame Einrichtung**

#### **§ 26**

#### **Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

#### **§ 27**

#### **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 S.1 Nr. 1a und 1c RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn an die KVBW und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß den Anlagen 5a und 5b weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X i.V.m. Art. 28 DS-GVO die Datenstelle gemäß § 28 mit der Durchführung der in § 28 Abs. 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

#### **§ 28**

#### **Datenannahme- und -verarbeitungsstelle**

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich auf eine Datenannahme- und –verarbeitungsstelle (Datenstelle).
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 26 beauftragt die Datenstelle zur:
  1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL,
  2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
  3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 29 und die KVBW.
  4. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL i.S.d. § 28 f Abs. 2 RSAV.
- (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 (Asthma) bzw. Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL
  2. Nachforderung unvollständiger und unplausibler Angaben,
  3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) und 12 (COPD) der DMP-A-RL unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse und die von ihr beauftragte Stelle,
  4. Entgegennahme und unmittelbare Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.

- (4) Die von der Arbeitsgemeinschaft beauftragte–Datenstelle übernimmt für den Arzt u.a. die:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
  2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft,
  3. Übermittlung dieser Daten an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (5) Zur Erfüllung der in Absatz 4 genannten Aufgaben lässt der DMP- Arzt mit seiner Unterschrift auf dem Antrag nach § 9 die mit der Datenstelle geschlossenen Verträge gegen sich gelten.
- (6) Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 wird mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DS-GVO i.V.m § 80 SGB X, die Bestandteile dieser Vereinbarung sind, geregelt. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenstelle zu einem späteren Zeitpunkt mit noch zu bestimmenden Aufgaben der Datenaufbereitung beauftragen kann. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, werden die hierzu nach § 80 SGB X i.V.m. Art. 28 DS-GVO notwendigen Verträge dem BVA unmittelbar übermittelt.

## § 29

### Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Absatz 2 S. 1 Nr. 1c der RSAV oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung zur Erfüllung der Aufgaben nach Anlage 9 (Asthma) bzw. Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL . Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

## § 30

### Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die Qualitätssicherung des Programmablaufs zur Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
1. die Aufbereitung der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL in einer für die Verlaufsbeurteilung des Programms geeigneten Form;
  2. die regelmäßige Evaluation der Umsetzung der Vereinbarung anhand der nach Nr. 1 aufbereiteten Daten, insbesondere unter der Fragestellung, ob
    - die Dokumentationsqualität ausreichend ist,
    - die Anforderungen an die Behandlung von teilnehmenden Ärzten beachtet werden
    - die aktive Teilnahme der Versicherten ausreicht;
  3. die Entgegennahme der regelmäßigen Berichte der KVBW über die Ergebnisse der arztbezogenen Qualitätssicherung gemäß § 16 Abs. 4 sowie der Krankenkassen über die Ergebnisse der versichertenbezogenen Erinnerungsmaßnahmen gemäß § 16 Abs. 3.
  4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation
  5. nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung des § 6 DMP-A-RL.
  6. die Formulierung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Erinnerungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen.

- (2) Darüber hinaus obliegt der Gemeinsamen Einrichtung die Beschlussfassung zur Verwendung von bewerteten Leistungsdaten der Krankenkassen ohne Versichertenbezug für weitere Auswertungen, insbesondere zu individuellen medizinischen Auffälligkeiten. Die Krankenkassen stellen die hierzu erforderlichen Daten, soweit verfügbar, bereit.
- (3) Die Partner der Gemeinsamen Einrichtung stimmen folgende schriftliche Unterlagen ab:
  1. Information der Versicherten nach §§ 20 Abs. 1; 25 Abs. 1 und 32 Abs.1 Nr. 3
  2. Erinnerungsmaßnahmen nach § 16 Abs. 3
  3. Information der Ärzte nach § 17 Abs. 1.

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

### **§ 31** **Erst- und Folgedokumentationen**

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach Anlage 9 (Asthma) bzw. Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 Abs. 6 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach §28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Vertragsärzte nach Anlage 9 (Asthma) bzw. Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL und die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt
- (2) Der DMP- Arzt legt in seinen Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL entsprechend der Ausprägung der Indikation Asthma bzw. COPD fest, welches Dokumentationsintervall (pro Quartal/jedes zweite Quartal) für den jeweilig eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.

### **§ 32** **Datenverwendung**

- (1) Die nach § 28 Abs. 3 an die Krankenkassen weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma) bzw. Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL werden von den Krankenkassen nur für folgende Zwecke genutzt:
  1. schriftliche Information von Versicherten nach §§ 20 Abs. 1 und 25 Abs.1,
  2. schriftliche Information von Versicherten nach § 16 Abs. 3 zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation,
  3. ergänzende Informationen der Versicherten über Krankheit und deren Zusammenhänge und Folgen sowie Beratungs- und Schulungsangebote gemäß Abs. 2,
  4. Beendigung der Teilnahme gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 der RSAV.

- (2) Die Maßnahmen nach Abs. 1 erfolgen unter Beachtung folgender Regelungen:
1. Maßnahmen der Krankenkassen ohne Benehmensherstellung mit dem DMP- Arzt
    - allgemeine Information (Broschüren) über Asthma und COPD bzw. Begleiterkrankungen,
    - Gesundheitsangebote der Krankenkassen, z.B. zu Ernährung und Bewegung, sowie Raucherentwöhnung,
    - Beendigung der Teilnahme gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 der RSAV,
    - Erinnerung an einen Arztbesuch.
  2. Maßnahmen der Krankenkassen im Benehmen mit dem DMP- Arzt
    - Angebot einer Patientenschulung oder (modularer) Nachschulung,
    - Erstellung eines Rehabilitationsplanes nach dem SGB IX,
    - Angebot einer individuellen Beratung über weitere Leistungen der Krankenkassen,
    - Angebote zur psychosozialen Betreuung.
- (3) Die Regelungen zur Datenverwendung gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung der Disease-Management-Programme bis zum Ende der in § 34 genannten Aufbewahrungsfrist.
- (4) Der teilnehmende Versicherte wird durch das Aushändigen einer Mehrfertigung der Dokumentation über die übermittelten Daten unterrichtet.

### **§ 33 Datenzugang**

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten. Gleiches gilt für den Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW und die Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten.

### **§ 34 Datenaufbewahrung und -löschung**

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten werden von der Arbeitsgemeinschaft oder der Datenstelle gemäß der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V archiviert bzw. vernichtet. Gleiches gilt für Daten, die an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW und die Krankenkassen übermittelt werden. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung der Vereinbarung.

## **Abschnitt IX Evaluation**

### **§ 35 Evaluation**

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V, wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.

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

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

### **§ 36** **Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen**

Die Vergütung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen sowie weiteren im Zusammenhang mit den Disease-Management-Programmen stehenden Leistungen und Kosten werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

#### **§ 36a** **Prüfung der Abrechnung (Dokumentationsleistungen)**

- (1) Die Datenstelle nach § 28 übermittelt der KVBW quartalsweise zwei Arbeitstage nach Ablauf des Verfristungszeitraums gem. § 24 Abs. 2 Nr. 2.c) i.V.m. § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1.a) der RSAV sowie der DMP-A-RL einen Nachweis aller im Quartal eingegangenen Dokumentationen zu Zwecken der Abrechnungsprüfung. Die Parameter, die in diesem Nachweis enthalten sein müssen, sind in Anlage 14 (Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformationen zu den Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL) zur Vereinbarung DMP Asthma und COPD festgelegt.
- (2) Die Datenstelle nach § 28 stellt der KVBW diesen Nachweis quartalsweise zu dem in Abs. 1 vereinbarten Termin in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Die Details der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen (genauer Inhalt, Umfang, Form usw.) werden mit der Datenstelle vertraglich vereinbart.
- (3) Die Verbände informieren die KVBW unverzüglich über Fehler und / oder Unregelmäßigkeiten bei der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen.
- (4) Die KVBW verwendet die übermittelten Gültigkeitsinformationen gemäß Anlage 14 zur Prüfung der Abrechnung derjenigen Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung nach den DMP-Vereinbarungen haben. Stimmen die übermittelten Gültigkeitsinformationen nicht mit den abgerechneten Leistungen überein, erfolgt eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnung durch die KVBW. Die Vertragspartner sind sich einig, dass durch die Umsetzung dieser Abrechnungsprüfung grundsätzlich keine Notwendigkeit von Prüfanträgen gem. § 106d SGB V für beregelte Quartale besteht. Sollte es dennoch zu Prüfanträgen einzelner Kassen kommen, setzen sich die Vertragspartner zeitnah zusammen, um die Gründe hierfür zu erörtern und gegebenenfalls die daraus resultierenden Anpassungen an den Prozessen vorzunehmen. Kann eine quartalsgleiche Prüfung nicht durchgeführt werden, legen die Vertragspartner das weitere Vorgehen fest.
- (5) Die KVBW stellt das Ergebnis Ihrer Abrechnungsprüfung (Regelwerkstreffer und Berichtigungsvolumen, separat nach Prüfthema) den Verbänden bis spätestens Ende des dritten Folgemonats nach dem Abrechnungsquartal im Excel-Format zur Verfügung.
- (6) Die KVBW haftet nicht für Fehler und / oder Unregelmäßigkeiten der Datenstelle nach § 28 bei der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen.

## **Abschnitt XI Sonstige Bestimmungen**

### **§ 37 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.

### **§ 38 Haftung**

Eine Haftung der KVBW für etwaige der Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile ist ausgeschlossen.

### **§ 39 Laufzeit und Kündigung**

Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2019 geändert mit Wirkung zum 01.05.2022 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 01.01.2018. Ein erneuter Antrag der Ärzte auf Genehmigung zur Teilnahme bzw. eine erneute Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig. Ärzte, die bis einschließlich 31.03.2019 an der Vereinbarung teilgenommen haben, können auch nach dem 01.04.2019 weiterhin am DMP teilnehmen. Bei Antragstellung bis 31.03.2019 wird die Entscheidung über die Teilnahme nach der bis 31.03.2019 gültigen Vereinbarung getroffen.

- (1) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Vertragsänderungen oder Anpassungen der hier geregelten Disease-Management-Programme, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV sowie die diese ergänzende DMP-A-RL in ihrer jeweils geltenden Fassung 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.
- (3) Bei wichtigem Grund insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung bzw. bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung der Programme durch das BVA kann diese Vereinbarung von jedem Vertragspartner mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

### **§ 40 Salvatorische Klausel**

- (1) Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen und sonstigen rechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.

- (2) Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

## – Anlage 1a –

### Strukturqualität DMP- Arzt Asthma nach § 3

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft in Kraft ab 01.04.2019

#### 1. Versorgungsstufe Strukturvoraussetzungen DMP- Arzt

Teilnahmeberechtigt als DMP- Arzt sind Ärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen und die die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, persönlich oder ggf. durch angestellte Ärzte einhalten.

Neben dem unten genannten koordinierenden Arzt kann in Ausnahmefällen ein Patient mit Asthma einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung wählen.

Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Leistungserbringer der 1. Versorgungsstufe	Voraussetzungen
Fachliche Voraussetzungen – ärztliches Personal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin oder</li><li>• Facharzt/Fachärztin für Innere oder</li><li>• Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt/-Kinderärztin) oder</li><li>• Praktischer Arzt,</li></ul> die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.
Organisatorische Voraussetzung	jeweils: <ul style="list-style-type: none"><li>• Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung bzw. Curriculum zu chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen oder Information durch das Praxismanual vor Beginn der Teilnahme</li><li>• mindestens alle 2 Jahre Teilnahme an einer geeigneten Fortbildung zu chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen; die erste Fortbildung soll spätestens im Jahr nach der Teilnahmeerklärung besucht werden.</li><li>• Zusammenarbeit / Kenntnisse über die Selbsthilfegruppen in der Region</li></ul>
Apparative/räumliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Spirometrie mit Flussvolumenkurve einschl. in- und expiratorischer Messung, graph. Registrierung und Dokumentation</li><li>• Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung bei Durchführung von Schulungen</li></ul>

## Strukturqualität DMP- Arzt Asthma nach § 3

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft in Kraft ab 01.04.2019

### Überweisung vom koordinierenden Arzt/Ärztin zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt/ Fachärztin bzw. Einrichtung

Die Überweisung vom koordinierenden Arzt/Ärztin (in der Regel Hausarzt/Hausärztin) zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt/Fachärztin bzw. Einrichtung ist gemäß DMPA-RL insbesondere bei folgenden Indikationen zu prüfen:

- bei schwerem unkontrolliertem Asthma bronchiale
- zur Überprüfung der Indikation einer Langzeittherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden,
- bei Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft,
- bei Einleitung einer Therapie mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper, Anti-IL-5-Antikörper)
- bei Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale
  
- bei Kindern, bei denen ein kontrolliertes Asthma bronchiale durch eine erweiterte Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden nicht zu erreichen ist
- bei Begleiterkrankungen (z.B. COPD, chronische Rhinosinusitis, rezidivierender Pseudo-Krupp)
- zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer spezifischen Immuntherapie bei allergischem Asthma bronchiale

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

### Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

- bei Erwachsenen: Absinken des Peakflows unter ca. 30% des persönlichen Bestwertes bzw. unter 100 l/min deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung, Atemfrequenz mehrmals ca. 25 pro Minute, Sprech-Dyspnoe und /oder deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- bei Kindern und Jugendlichen: Absinken des Peakflows unter ca. 50% des persönlichen Bestwertes, fehlendes Ansprechen auf kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika, deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung, Sprech-Dyspnoe, Einsatz der Atemhilfsmuskulatur, deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz, deutliche Abschwächung des Atemgeräusches.
- bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,

## – Anlage 1a –

### **Strukturqualität DMP- Arzt Asthma nach § 3**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft in Kraft ab 01.04.2019

- bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen Kindes.
- 
- 

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

#### **Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme**

Die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme ist individuell zu prüfen. Dabei sind die Schwere des Asthma bronchiale, ggf. bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die psychosoziale Belastung zu beachten.

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

## Strukturqualität DMP- Arzt COPD nach § 3

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

### 1. Versorgungsstufe Strukturvoraussetzungen DMP- Arzt

Teilnahmeberechtigt als DMP- Arzt sind Ärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen und die die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, persönlich und ggf. durch angestellte Ärzte einhalten.

Neben dem unten genannten koordinierenden Arzt kann in Ausnahmefällen ein Patient mit **COPD** einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung wählen.

Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Leistungserbringer der 1. Versorgungsstufe	Voraussetzungen
Fachliche Voraussetzungen – ärztliches Personal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin oder</li><li>• Facharzt/Fachärztin für Innere oder</li><li>• Praktischer Arzt,</li></ul>
Organisatorische Voraussetzung	jeweils: <ul style="list-style-type: none"><li>• Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung bzw. Curriculum zu chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen oder Information durch das Praxismanual vor Beginn der Teilnahme</li><li>• mindestens alle 2 Jahre Teilnahme an einer geeigneten Fortbildung zu chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen; die erste Fortbildung soll spätestens im Jahr nach der Teilnahmeerklärung besucht werden.</li><li>• Zusammenarbeit/Kenntnisse über die Selbsthilfegruppen in der Region</li></ul>
Apparative/räumliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Spirometrie mit Flussvolumenkurve einschl. in- und expiratorischer Messung, graph. Registrierung und Dokumentation</li><li>• Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung bei Durchführung von Schulungen</li></ul>

## Strukturqualität DMP- Arzt COPD nach § 3

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

### Überweisung vom koordinierenden Arzt/Ärztin zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt/ Fachärztin bzw. Einrichtung

Die Überweisung vom koordinierenden Arzt/Ärztin (in der Regel Hausarzt/Hausärztin) zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt/Fachärztin bzw. Einrichtung ist gemäß Anlage 11 DMP-A-RL. insbesondere bei folgenden Indikationen zu prüfen:

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensiver Behandlung,
- zur Prüfung der Indikation einer längerfristigen oralen Glukokortikosteroidtherapie
- bei vorausgegangene Notfallbehandlung,
  
- bei Begleiterkrankungen (z.B. schweres Asthma bronchiale, symptomatische Herzinsuffizienz, zusätzliche chronische Lungenerkrankungen),
- bei Verdacht auf respiratorische oder ventilatorische Insuffizienz,
- zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer Langzeitsauerstofftherapie (LOT),
- zur Prüfung der dauerhaften Fortführung einer Langzeitsauerstofftherapie auch nach stationärer Einleitung einer akuten Sauerstofftherapie nach Exazerbation,
- zur Prüfung der Indikation zu volumenreduzierenden Maßnahmen bzw. Lungentransplantation,
- zur Einleitung rehabilitativer Maßnahmen,
- zur Durchführung einer strukturierten Schulungsmaßnahme,
- bei Verdacht auf berufsbedingte COPD
- Im Übrigen entscheidet die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen.

### Einweisung in ein Krankenhaus

Die Einweisung in ein Krankenhaus ist gemäß Anlage 11 DMP-A-RL. insbesondere unter folgenden Bedingungen zu veranlassen:

- 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 zu erwägen insbesondere:

## – Anlage 1b –

### **Strukturqualität DMP- Arzt COPD nach § 3**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

- bei auffälliger Verschlechterung oder Neuauftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen (z.B. bei schwerer Herzinsuffizienz, pathologischer Fraktur)
- Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

#### **Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme**

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

## – Anlage 2a –

### Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

#### 2. Versorgungsstufe

Ärzte, zu denen bei entsprechender Indikation zur Mit- oder Weiterbehandlung zu überweisen ist, sind Ärzte, die folgende Strukturvoraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen.

Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

<b>Leistungserbringer der 2. Versorgungsstufe</b> (für den vertragsärztlichen ambulanten Versorgungssektor)	<b>Voraussetzungen</b>
Fachliche Voraussetzungen – ärztliches Personal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie und/oder der Gebiets-/ Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“</li><li>• Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt zugelassen sind und aufgrund der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V von der KV Baden-Württemberg die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Abschnitt 13.3.7 des EBM erhalten haben</li><li>• Jeweils mit der Zusatzweiterbildung „Allergologie“. Sofern diese Zusatzweiterbildung nicht vorliegt, kann die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung per Auftragsleistung erfolgen.  Teilnahmeberechtigt für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen vom vollendeten ersten Lebensjahr (erster Geburtstag) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (letzter Tag vor dem 18. Geburtstag) sind:</li><li>• Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt/Kinderärztin)<ul style="list-style-type: none"><li>• mit der Zusatzweiterbildung „Kinder-Pneumologie“ oder</li><li>• mit der Zusatzweiterbildung Allergologie oder</li><li>• oder mit der Berechtigung der KVBW zur Abrechnung von Leistungen nach Abschnitt III Kap. 4.5.2 EBM (Pädiatrisch-pneumologische Gebührenordnungspositionen)</li></ul>oder</li><li>• oder 24-monatige Kinder-pneumologische</li></ul>

## – Anlage 2a –

### Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

	<p>Zusatzweiterbildung in einer gemäß der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer zugelassenen Weiterbildungsstätte oder</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• mit der Schulungsberechtigung für ein akkreditiertes Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale</li></ul> <p>In letztgenannten Fall kann eine Teilnahmemöglichkeit nur bis 31.03.2021 erfolgen. Danach können alle, bis 31.03.2021 teilnehmenden Ärzte mit dieser Qualifikation weiterhin an der Vereinbarung DMP Asthma teilnehmen.</p>
Apparative/räumliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung bei Durchführung von Schulungen</li></ul> <p>Mindest-Anforderungen an die Ausstattung zur Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/qualifizierten Einrichtung für Erwachsene sind die apparativen Voraussetzungen, die nötig sind zur Abrechnung der Komplexe 13650 und 13651 EBM (mindestens jedoch CE-geprüfte Geräte zur Durchführung von Spirometrie, Ganzkörper-Plethysmographie, Ausstattung zur Bestimmung der kapillaren Blutgase) sowie zur Röntgenaufnahme Thorax, ggf. als Auftragsleistung und allergologische Diagnostik, ggf. als Auftragsleistung</p> <p>Mindest-Anforderungen an die Ausstattung zur Durchführung der diagnostischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/qualifizierten Einrichtung für Kinder/Jugendliche:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Durchführung und Beurteilung einer qualifiziert angelegten Flussvolumenkurve, Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Raw, Rocc, IOS) und/oder Bodyplethysmographie und/oder Helium-FRC-Bestimmung</li><li>• Durchführung einer Sauerstoffsättigungsmessung (SO<sub>2</sub>) und/oder einer nächtlichen Sauerstoffsättigungsmessung oder Durchführung der Blutgasanalyse</li><li>• Spezifische und/oder unspezifische (z.B. Laufband) bronchiale Provokationstestung</li><li>• Allergologische Diagnostik (Pricktestung, ggf. Rasttestung)</li><li>• Spezifische Immuntherapie</li></ul>

## – Anlage 2a –

### Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

Organisatorische Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung bzw. Curriculum zu chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen oder Information durch das Praxismanual vor Beginn der Teilnahme</li><li>• mindestens alle 2 Jahre Teilnahme an einer geeigneten Fortbildung zu chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen; die erste Fortbildung soll spätestens im Jahr nach der Teilnahmeerklärung besucht werden.</li><li>• Zusammenarbeit/Kenntnisse über die Selbsthilfegruppen in der Region</li></ul>
Qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116 b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entsprechend den fachlichen und strukturellen Anforderungen des ambulanten Versorgungssektors Versorgungsstufe 2 und</li><li>• zusätzlich dauernde Erreichbarkeit eines Arztes/einer Ärztin mit dem Nachweis der Voraussetzungen gemäß der <i>Fachkundebescheinigung nach Röntgenverordnung*</i></li><li>• sowie Qualitätsnachweise zur Durchführung der Diagnostik analog zum ambulanten Bereich (sofern dort zur Erbringung und Abrechnung der Leistung erforderlich)</li></ul>

#### Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

- bei Erwachsenen: Absinken des Peakflows unter ca. 30% des persönlichen Bestwertes bzw. unter 100 l/min deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung, Atemfrequenz mehr als ca. 25 pro Minute, Sprech-Dyspnoe und /oder deutliche Abschwächung des Atemgeräusches, bei Kindern und Jugendlichen: Absinken des Peakflows unter ca. 50% des persönlichen Bestwertes, fehlendes Ansprechen auf kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika, deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung, Sprech-Dyspnoe, Einsatz der Atemhilfsmuskulatur,

---

\* Gem. Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz für den Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin/Zahnmedizin

## – Anlage 2a –

### Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz, deutliche Abschwächung des Atemgeräusches

- bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,
- bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen Kindes.
- 
- Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

### Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

Die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme ist individuell zu prüfen. Dabei sind die Schwere des Asthma bronchiale, ggf. bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die psychosoziale Belastung zu beachten.

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

### Weitere mitwirkende Fachärzte dieser Vereinbarung

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
Ärzte mit Zusatzweiterbildung Allergologie	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ärzte für Psychotherapeutische Medizin</li><li>▪ Ärzte für Psychiatrie, Psychotherapie</li><li>▪ Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse</li><li>▪ psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach der Prüfungs- und Ausbildungsverordnung</li></ul>	

## – Anlage 2b –

### Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt COPD

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

#### 2. Versorgungsstufe

Ärzte, zu denen bei entsprechender Indikation zur Mit- oder Weiterbehandlung zu überweisen sind, sind Ärzte, die folgende Strukturvoraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen.

Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Leistungserbringer der 2. Versorgungsstufe (für den vertragsärztlichen ambulanten Versorgungssektor)	Voraussetzungen
Fachliche Voraussetzungen – ärztliches Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie und/oder der Gebiets-/Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“</li> <li>• Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt zugelassen sind und aufgrund der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V von der KV Baden-Württemberg die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Abschnitt 13.3.7 des EBM erhalten haben</li> </ul>
Apparative/räumliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung bei Durchführung von Schulungen</li> </ul> <p>Mindest-Anforderungen an die Ausstattung zur Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/qualifizierten Einrichtung für Erwachsene sind die apparativen Voraussetzungen, die nötig sind zur Abrechnung der Komplexe 13650 und 13651 EBM, (mindestens jedoch CE-geprüfte Geräte zur Durchführung von Spirometrie, Ganzkörper-Plethysmographie, Ausstattung zur Bestimmung der kapillaren Blutgase) sowie Röntgenaufnahme Thorax, ggf. als Auftragsleistung und allergologische Diagnostik, ggf. als Auftragsleistung</p>
Organisatorische Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung bzw. Curriculum zu chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen oder Information durch das Praxismanual vor Beginn der Teilnahme</li> <li>• mindestens alle 2 Jahre Teilnahme an einer geeigneten</li> </ul>

## – Anlage 2b –

### Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt COPD

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

	<p>Fortbildung zu chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen; die erste Fortbildung soll spätestens im Jahr nach der Teilnahmeerklärung besucht werden.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Zusammenarbeit/Kenntnisse über die Selbsthilfegruppen in der Region</li></ul>
<p>Qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116 b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entsprechend den fachlichen und strukturellen Anforderungen des ambulanten Versorgungssektors Versorgungsstufe 2 und</li><li>• zusätzlich dauernde Erreichbarkeit eines Arztes/einer Ärztin mit dem Nachweis der Voraussetzungen gemäß der <i>Fachkundebescheinigung nach Röntgenverordnung</i><sup>1</sup></li><li>• sowie Qualitätsnachweise zur Durchführung der Diagnostik analog zum ambulanten Bereich (sofern dort zur Erbringung und Abrechnung der Leistung erforderlich)</li></ul>

#### Einweisung in ein Krankenhaus

Die Einweisung in ein (nächstgelegenes) Krankenhaus<sup>2</sup> ist gemäß Anlage 11 DMP-A-RL insbesondere unter folgenden Bedingungen zu veranlassen:

- 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 zu erwägen insbesondere:

- bei auffälliger Verschlechterung oder Neuauftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen (z.B. bei schwerer Herzinsuffizienz, pathologischer Fraktur)

#### Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

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

<sup>1</sup> Gem. Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz für den Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin/Zahnmedizin

<sup>2</sup> Bei einer Notfallindikation ist die Einweisung in jedes Krankenhaus möglich.

– Anlage 2b –

**Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

**Weitere mitwirkende Fachärzte dieser Vereinbarung**

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
Ärzte mit Zusatzweiterbildung Allergologie	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ärzte für Psychotherapeutische Medizin</li><li>▪ Ärzte für Psychiatrie, Psychotherapie</li><li>▪ Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse</li><li>▪ psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach der Prüfungs- und Ausbildungsverordnung</li></ul>	

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Freiburg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

E-Mail: [qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de)

**Absender/Stempel**

## Antrag

**auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Asthma bronchiale und Chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen auf der Grundlage des § 83 SGB V zwischen der KV Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg, dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg, der KNAPPSCHAFT, der IKK classic sowie den durch den Verband der Ersatzkassen (vdek) vertretenen Krankenkassen (Vereinbarung DMP Asthma und COPD)**

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragstellung oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:  
<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

### **Ich beantrage die Teilnahme an folgendem Programm:**

**Asthma bronchiale**

**COPD**

#### **1. Teilnahme als DMP-Arzt**

Gemäß § 3 Abs. 2 in Verbindung mit den Anlagen 1a und 1b der oben genannten Vereinbarung DMP Asthma und COPD

#### **Ich erfülle folgende Voraussetzungen:**

(Nachweise sind entsprechend beizufügen, sofern sie der KVBW nicht vorliegen.)

- Facharzt für Allgemeinmedizin, FA für Innere Medizin oder Praktischer Arzt (hausärztlicher Versorgungsbereich)
- Facharzt für Kinder und Jugendmedizin (nur Programm Asthma bronchiale und hausärztlicher Versorgungsbereich)

#### **Apparative/räumliche Voraussetzungen:**

- Spirometrie mit Flussvolumenkurve einschl. in- und expiratorischer Messung, graph. Registrierung und Dokumentation
- Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung bei Durchführung von Schulungen

#### **Organisatorische Voraussetzungen:**

- Zusammenarbeit/Kenntnisse über die Selbsthilfegruppen in der Region

#### **2. Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt**

Gemäß § 5 Abs. 2 in der Verbindung mit den Anlagen 2a und 2b der oben genannten Vereinbarung DMP Asthma und COPD.

#### **Ich erfülle folgende Voraussetzungen**

(Nachweise sind entsprechend beizufügen, sofern sie der KVBW nicht vorliegen)

- Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie und/oder der Gebiets-/Teilgebietsbezeichnung "Lungen- und Bronchialheilkunde"

oder

- Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt zugelassen sind und aufgrund der ergänzenden Vereinbarung zur Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGBV V von der KV Baden-Württemberg die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Abschnitt 13.3.37 des EBM erhalten haben.

Jeweils mit der Zusatzweiterbildung "Allergologie" (nur DMP Asthma). Sofern diese Zusatzweiterbildung nicht vorliegt, kann die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung per Auftragsleistung erfolgen.

oder

- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt) (nur **Programm DMP Asthma bronchiale**, teilnahmeberechtigt für die Versorgung von Kinder und Jugendlichen vom vollendeten ersten Lebensjahr (erster Geburtstag) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (letzter Tag vor dem 18. Geburtstag)

- mit der Zusatzweiterbildung "Kinder-Pneumologie"

oder

- mit der Zusatzweiterbildung "Allergologie"

oder

- 24-monatige Kinder-pneumologische Zusatzweiterbildung in einer gemäß der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer zugelassenen Weiterbildungsstätte

oder

- mit der Berechtigung der KVBW zur Abrechnung Leistungen nach Abschnitt III Kap. 4.5.2 EBM (Pädiatrisch pneumologische Gebührenordnungspositionen)

oder

- mit der Schulungsberechtigung für ein akkreditiertes Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale (z.B. AG Asthma-Schulung). Hier kann eine Teilnahmemöglichkeit nur bis 31.3.2021 erfolgen. Danach können alle bis dahin teilnehmenden Ärzte mit diese Qualifikation weiterhin an der Vereinbarung Asthma teilnehmen.

### **3. Ausnahmefall für den pneumologisch qualifizierten Arzt (Voraussetzung unter Ziffer 2 werden erfüllt) gemäß § 3 Abs. 4 der o. g. Vereinbarung**

- Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt mit der Option, in Ausnahmefällen DMP- Arzt der o. g. Vereinbarung zu sein. Ausnahmefälle sind dann gegeben, wenn der Versicherte bereits vor der Einschreibung dauerhaft betreut wurde oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen durch einen qualifizierten Facharzt erforderlich ist.

#### **Apparative/räumliche Voraussetzungen (pneumologisch qualifizierter Facharzt)**

- Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung bei Durchführung von Schulungen
- Mindest-Anforderungen an die Ausstattung zur Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/qualifizierten Einrichtung für

Erwachsene sind die apparativen Voraussetzungen, die nötig sind zur Abrechnung der Komplexe 13650 und 13651 EBM (mindestens jedoch CE geprüfte Geräte zur Durchführung von Spirometrie, Ganzkörper-Plethysmographie, Ausstattung zur Bestimmung der kapillaren Blutgase) sowie zur Röntgenaufnahme Thorax, ggfs. als Auftragsleistung und allergologische Diagnostik, ggfs. als Auftragsleistung

- Mindest-Anforderungen an die Ausstattung zur Durchführung der diagnostischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/qualifizierten Einrichtung für Kinder/Jugendliche:
- Durchführung und Beurteilung einer qualifiziert angelegten Flussvolumenkurve, Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Raw, Rocc, IOS) und/oder Bodyplethysmographie und/oder Helium-FRC-Bestimmung
- Durchführung einer Sauerstoffsättigungsmessung (SO<sub>2</sub>) und/oder einer nächtlichen Sauerstoffsättigungsmessung oder Durchführung der Blutgasanalyse
- Spezifische und/oder unspezifische (z.B. Laufband) bronchiale Provokationstestung
- Allergologische Diagnostik (Pricktestung, ggfs. Rasttestung)
- Spezifische Immuntherapie

#### **Organisatorische Voraussetzungen (pneumologisch qualifizierter Facharzt)**

- Zusammenarbeit/Kenntnisse über die Selbsthilfegruppen in der Region

#### **4. Durchführung von Schulungen im Rahmen des DMP Asthma und COPD**

Gem. § 25 in Verbindung mit Anlage 12 der oben genannten Vereinbarung

Nachweise sind sowohl vom Arzt als auch vom nicht-ärztlichen Personal entsprechend beizufügen!

##### Kinder mit Asthma

Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., einschließlich Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern (ASEV)

##### Erwachsene mit Asthma - NASA

NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker

##### Patienten mit COPD - COBRA

Das ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem

##### Patienten mit COPD - Bad Reichenhaller Modell

Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell

##### Erwachsene mit Asthma - MASA

MASA = Modulares ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker

#### **A. Fortbildungen**

**Für die Teilnahme als DMP-Arzt bzw. als pneumologisch qualifizierter Facharzt besteht die Verpflichtung im Rahmen des DMP Asthma/COPD an Fortbildungen teilzunehmen:**

- mindestens alle 2 Jahre Teilnahme an einer geeigneten Fortbildung zu chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, die erste Fortbildung soll spätestens im Jahr nach der Teilnahmeerklärung besucht werden.

## B. Erklärungen/Beauftragungen/Aufgaben

### B.1 Kenntnisnahme Praxismanual

Das Praxismanual finden Sie auf unserer Homepage ([www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)) unter:

[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Qualitätssicherung → Genehmigungspflichtige Leistungen → DMP Asthma und COPD

Mit der Teilnahme an der Vereinbarung des DMP Asthma und COPD nehmen Sie auch die Inhalte des Praxismanuals zur Kenntnis.

### B.2 Beauftragung Datenstellen

Mit meiner Unterschrift auf dem Antrag lasse ich die mit den zuständigen Datenstellen geschlossenen Verträge zur Erfüllung der in § 28 Abs. 4 genannten Aufgaben gegen mich gelten.

### B.3 Zu den **Aufgaben des DMP-Arztes** gehören insbesondere (gem. § 4 Vereinbarung DMP Asthma/COPD):

- die Durchführung und Koordination der Behandlung der Versicherten unter Beachtung der nach § 13 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 9 (Asthma) und der Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL,
- die Information, Beratung und Erstellung der Einschreibeunterlagen der Versicherten - bei Minderjährigen auch die Einbeziehung der gesetzlichen Vertreter - gemäß § 20 der o.g. Vereinbarung,
- die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie die Übermittlung der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend Anlage 2 (indikationsübergreifend) i.V.m. Anlage 10 (Asthma) und Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL nach den Abschnitten VII und VII bis zum 5. des Folgemonats an die Datenstelle nach § 28. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten,
- die Vergabe einer nur einmal zu vergebenden DMP-Fallnummer nach seiner Wahl für jeden Versicherten, die aus maximal sieben Zeichen bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden,
- die Beachtung der Qualitätsziele nach § 14, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
- die Motivation der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie das Angebot und/oder die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 25, sofern die Schulungsberechtigung der KVBW gegenüber entsprechend nachgewiesen ist,
- Überweisung zur Auftragsleistung, insbesondere bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der Anlage 9 (Asthma) bzw. der Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL genannten Indikationen an andere, vorrangig an diesen Programmen teilnehmende Ärzte entsprechend den Anlagen 2a und 2b („Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt“). Im Übrigen entscheidet der DMP-Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
- bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 9 (Asthma) bzw. der Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus gemäß § 7, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen,
- bei Überweisung/Einweisung an andere Leistungserbringer sind therapierelevante Informationen, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,

- bei Wechsel des DMP-Arzt, sind dem neuen DMP-Arzt mit Zustimmung des Patienten, auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln,
- bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Ziffer 1.6.4 der Anlage 9 (Asthma) bzw. der Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragsstellung 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,
- 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,
- nur AOK: Kenntnisse über die Gesundheitsangebote und sozialdienstlichen Angebote der AOK BW und Motivation der Versicherten diese wahrzunehmen. Entsprechende Informationen werden von der AOK BW zur Verfügung gestellt.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die oben unter B.3 aufgeführten Punkte entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1a/1b bzw. Anlage 2a/2b näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

#### **B.4** Zu den **Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Arztes** gehören insbesondere (gem. § 5 Vereinbarung DMP Asthma/COPD):

- die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 13 geregelten Versorgungsinhalte,
- die Beachtung der Qualitätsziele nach § 14, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
- die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 25, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVBW entsprechend nachgewiesen ist,
- soweit für die Behandlung des Versicherten erforderlich, die Überweisung an andere Fachärzte entsprechend der Anlage 2a bzw. 2b (Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt) gemäß der Anlage 9 (Asthma) bzw. der Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
- die Übermittlung therapierelevanter Informationen an den DMP-Arzt nach § 3, zur rechtzeitigen Erstellung der erforderlichen Dokumentationen,
- bei Rücküberweisungen des Versicherten an den DMP-Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur rechtzeitigen Erstellung der Dokumentation mit den in Anlage 13a bzw. 13b (Einschreibeinformationen) genannten Inhalten zu übermitteln,
- bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 9 (Asthma) bzw. der Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus gemäß § 7, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und den DMP-Arzt hiervon zu unterrichten. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen,
- bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Ziffer 1.6.4 der Anlage 9 (Asthma) bzw. der Anlage 11 (COPD) der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragsstellung 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,

- bei Überweisung/Einweisung an andere Leistungserbringer therapierelevante Informationen, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
- nur AOK: Kenntnisse über die Gesundheitsangebote und sozialdienstlichen Angebote der AOK BW und Motivation der Versicherten, diese wahrzunehmen. Entsprechende Informationen werden von der AOK BW zur Verfügung gestellt.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die oben unter B.4 aufgeführten Punkte entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 2a und/oder 2b (Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt) näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt.

#### **B.5** Zu den **Aufgaben des anstellenden Arztes** gehören insbesondere:

- die Erbringung des Nachweises gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, dass die angestellten Ärzte die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen,
- die unverzügliche, schriftliche Information der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg im Falle der Beendigung eines Angestelltenverhältnisses.
- Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

### **Hinweis**

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

### **Einverständniserklärung zur Datenübermittlung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut

## – Anlage 4 a –

entspricht wortidentisch der Anlage 9 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte Asthma**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

#### **Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale (ab dem vollendeten 1. Lebensjahr)**

#### **1 Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

##### **1.1 Definition des Asthma bronchiale**

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

##### **1.2 Diagnostik**

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

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

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

Asthmatypische Symptome sind bei Kleinkindern häufig. Ein Teil der Kinder verliert die Symptome bis zum Schulalter. Oft handelt es sich dabei um Kinder, deren asthmatypische Symptome lediglich im Rahmen von Infekten auftreten. Eine sichere Aussage darüber, ob auch noch im Schulalter die Einschreibekriterien für das DMP Asthma bronchiale erfüllt sind, ist bei Aufnahme in das Behandlungsprogramm nicht möglich. Entscheidend ist die Einschränkung der Lebensqualität durch das Asthma bronchiale zum Zeitpunkt der Einschreibung.

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

##### **1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung**

Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- wiederholtes Auftreten folgender - entweder gemeinsam oder einzeln gegebener - Symptome: anfallsartige, oftmals nächtliche oder frühmorgendliche Atemnot; Brustenge; Husten mit oder ohne Auswurf; Selbstwahrnehmung von Atemgeräuschen wie Giemen und Pfeifen, insbesondere bei Allergenexposition, während oder nach körperlicher Belastung, bei Infekten, thermischen Reizen, Rauch- und Staubexposition,
- Variabilität der Symptome, oft auch abhängig von der Jahreszeit,
- positive Familienanamnese (Allergie, Asthma bronchiale),

- tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten,
- berufsbedingte Auslöser. Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch anzuzeigen. Eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale ist bei einer anerkannten Berufskrankheit nicht möglich.
- Komorbiditäten: u. a. chronische Rhinosinusitis, gesteigerter gastroösophagealer Reflux, Adipositas, Angstzustände und Depression.

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

### 1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

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

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

Bei Erwachsenen:

- Nachweis der Obstruktion bei  $FEV_1/VC \leq 70\%$  und Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der  $FEV_1$  um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der  $FEV_1$  um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden,
- circadiane PEF-Variabilität  $> 20\%$  über 3 bis 14 Tage,
- Nachweis einer bronchialen Hyperreaktivität durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Im Alter von 5 bis 17 Jahren:

- Nachweis der Obstruktion bei  $FEV_1/VC \leq 75\%$  und Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der  $FEV_1$  um mindestens 15 % nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der  $FEV_1$  um mindestens 15 % nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden,
- circadiane PEF-Variabilität  $> 20\%$  über 3 bis 14 Tage,
- Nachweis einer bronchialen Hyperreaktivität durch einen unspezifischen, standardisierten, nicht-inhalativen oder durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Kinder im Alter von ein bis fünf Jahren:

Für Klein- und Vorschulkinder, bei denen eine valide Lungenfunktion noch nicht durchführbar ist, müssen für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung die folgenden Kriterien erfüllt sein:

## – Anlage 4 a –

entspricht wortidentisch der Anlage 9 der DMP-A-RL

### Versorgungsinhalte Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

- $\geq 3$  asthmatische Episoden im letzten Jahr und
- Ansprechen der Symptome auf einen Therapieversuch mit antiasthmatischen Medikamenten

und mindestens eines der folgenden Zusatzkriterien:

- Giemen/Pfeifen unabhängig von Infekten, insbesondere bei körperlicher Anstrengung,
- stationärer Aufenthalt wegen obstruktiver Atemwegssymptome,
- atopische Erkrankung des Kindes,
- Nachweis einer Sensibilisierung,
- Asthma bronchiale bei Eltern oder Geschwistern.

Die Diagnose gilt auch als gestellt, wenn die Einschreibekriterien entsprechend denen für Kinder ab fünf Jahren erfüllt werden.

Statt des für alle Altersgruppen fixierten Grenzwertes von  $FEV_1/VC \leq 70\%$  bzw.  $75\%$  zur Charakterisierung der Obstruktion können die neueren Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von  $FEV_1/VC$  berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64-faches der Streuung).

#### 1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik

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

Die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung soll durch

- eine allergologisch qualifizierte und pneumologisch kompetente Ärztin bzw. einen allergologisch qualifizierten und pneumologisch kompetenten Arzt oder
- eine allergologisch und pneumologisch qualifizierte Ärztin bzw. einen allergologisch und pneumologisch qualifizierten Arzt

erfolgen.

### 1.3 Therapieziele

Die Therapie dient insbesondere der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken.

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

- Vermeidung/Reduktion
  - von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
  - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
  - einer Progredienz der Krankheit,

- von unerwünschten Wirkungen der Therapie,
- von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen

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

- Reduktion der Asthma-bedingten Letalität,
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
- das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

#### 1.4 Differenzierte Therapieplanung

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

Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen.

Bei Kindern im Alter von ein bis fünf Jahren ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die Einschreibung der Kontrolle der Beschwerden dient, aber noch keine endgültige Aussage über den weiteren Verlauf der Krankheitssymptome zulässt. Unter Berücksichtigung der individuellen Konstellation soll auf die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung der Erkrankung hingewiesen werden. Entsprechend ist mindestens einmal jährlich eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale aufgrund veränderter Symptome zu überprüfen.

##### 1.4.1 Asthmakontrolle

Das Konzept der Asthmakontrolle beschreibt die Beeinträchtigung der oder des Erkrankten durch das Asthma bronchiale. Dieses Konzept umfasst die Symptomkontrolle sowie die Risikoabschätzung zukünftiger unerwünschter Auswirkungen des Asthma bronchiale und der Therapie (Häufigkeit von Exazerbationen, Auftreten einer durch Medikamente nicht reversiblen, fixierten Obstruktion, unerwünschte Wirkungen der Asthma-Medikation).

Die Beurteilung der Symptomkontrolle erfolgt anhand der Häufigkeit von Asthmasymptomen am Tage und in der Nacht, der Häufigkeit der Nutzung der Bedarfsmedikation sowie der Einschränkung der körperlichen Aktivität.

Mit den in der folgenden Tabelle genannten Kriterien kann die Güte der Asthmakontrolle, über die die medikamentöse Therapie gesteuert wird, in „kontrolliert“, „teilweise kontrolliert“ und „unkontrolliert“ eingeteilt werden. Bezugszeitraum sind jeweils die letzten vier Wochen. Bei „kontrolliertem“ Asthma ist die Therapie adäquat und kann eventuell sogar reduziert werden, bei „teilweiser Asthmakontrolle“ ist eine Intensivierung der Behandlung zu prüfen. Bei „unkontrolliertem“ Asthma sind sofortige Therapieanpassungen erforderlich.

Asthmakontrolle	Kontrolliert (alle Kriterien erfüllt)	Teilweise kontrolliert (1 bis 2 Kriterien)	Unkontrolliert
Symptome tagsüber	≤ 2 mal pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: ≤ 1 mal pro Woche)	> 2 mal pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: > 1 mal pro Woche)	≥ 3 Kriterien des teilweise kontrollierten

## – Anlage 4 a –

entspricht wortidentisch der Anlage 9 der DMP-A-RL

### Versorgungsinhalte Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

Einschränkung der Alltagsaktivitäten	Keine	Vorhanden	Asthmas innerhalb einer Woche
Nächtliche Symptome	Keine	Vorhanden	
Einsatz der Bedarfsmedikation	≤ 2 mal pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: ≤ 1 mal pro Woche)	> 2 mal pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: > 1 mal pro Woche)	

Darüber hinaus sollten für die Therapiesteuerung auch die aktuellen Ergebnisse der Lungenfunktionsprüfung und die Häufigkeit von Exazerbationen innerhalb der letzten zwölf Monate berücksichtigt werden. Hinweise auf ein teilweise kontrolliertes Asthma bronchiale oder unkontrolliertes Asthma bronchiale sind auch gegeben, wenn die Lungenfunktion eingeschränkt ist oder mindestens eine Exazerbation innerhalb der letzten zwölf Monate aufgetreten ist. Dies sollte bei der Therapiesteuerung berücksichtigt werden.

Die Asthmakontrolle beruht somit auf klinisch leicht zu erfassenden Parametern und ist sowohl für die langfristige Verlaufskontrolle als auch als Grundlage der Therapie (-Anpassungen) geeignet.

#### 1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

Die Frequenz der Kontrolluntersuchungen orientiert sich an der medizinischen Notwendigkeit und der Schwere des Krankheitsbildes.

Folgende Untersuchungen und Maßnahmen sollten bei jedem Patientenkontakt durchgeführt werden:

- Anamnese und Abschätzung des Kontrollgrades, gegebenenfalls mit Prüfung der Asthmatagebücher/PEF-Protokolle („Peak Expiratory Flow“),
- Körperliche Untersuchung (Auskultation),
- Prüfung der Medikation und Begleitmedikation, Medikamenten- und Notfallplan,
- Prüfung der Inhalationstechnik, gegebenenfalls Einleitung von Schulungsmaßnahmen,
- Entscheidung über Weiterführung, Steigerung oder Absenkung der Dosis inhalativer Glukokortikosteroide,
- Entscheidung über eventuell notwendige weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen nach Nummer 1.6.2,
- Entscheidung über das zukünftige Kontrollintervall.

Die Dokumentation im Rahmen dieser Richtlinie erfolgt in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten vierteljährlich oder halbjährlich.

Unabhängig vom Kontrollintervall soll ab der Vollendung des 5. Lebensjahres mindestens einmal pro Jahr eine Lungenfunktionsmessung durchgeführt und dokumentiert werden (Fluss/Volumen-Kurve).

### 1.4.3 Selbstmanagement

Für ein effektives Selbstmanagement benötigt die Patientin oder der Patient folgende Fähigkeiten und Inhalte, die insbesondere im Rahmen von Schulungen vermittelt und vertieft werden:

- ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser (Allergien und/oder Triggerfaktoren),
- Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der Krankheitsverschlechterung (z. B. mittels Peak-flow-Protokollierung),
- einen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin erstellten individuellen Selbstmanagementplan,
- eine korrekte Inhalationstechnik.

## 1.5 Therapeutische Maßnahmen

### 1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

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

- relevante Allergene und deren Vermeidung,
- sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen) und Möglichkeiten zur Vermeidung,
- Bedeutung von emotionaler Belastung,
- Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des Asthma bronchiale führen können.

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

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

## – Anlage 4 a –

entspricht wortidentisch der Anlage 9 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte Asthma**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

- Die Betreuungspersonen sollen über die Risiken des Passivrauchens für asthmakranke Kinder und die Notwendigkeit einer rauchfreien Umgebung informiert werden.

#### 1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

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

Die Schulung dient insbesondere der Einübung und Vertiefung eines adäquaten Selbstmanagements, z. B. durch ein Grundverständnis der Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser, und der Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der Krankheitsverschlechterung.

Im Übrigen gelten die in § 4 genannten Anforderungen. Bei jeder Vorstellung des Patienten und der Patientin soll im Falle einer noch nicht erfolgten Schulung geprüft werden, ob eine Schulung empfohlen werden soll.

#### 1.5.3 Körperliche Aktivitäten

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

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

#### 1.5.4 Rehabilitation

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

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

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

#### 1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

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

psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

#### 1.5.6 Somatische Komorbiditäten

Erkrankungen der oberen Atemwege:

Häufige und bedeutsame Komorbiditäten des Asthma bronchiale sind Rhinosinusitis, Polyposis nasi, zusätzlich bei Kindern Pseudokrupp und adenoide Vegetationen. Da diese das Asthma bronchiale ungünstig beeinflussen können, kommt ihrer frühzeitigen Diagnostik und adäquaten Therapie große Bedeutung zu.

Adipositas:

Asthma bronchiale wird häufiger bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten angetroffen als bei normalgewichtigen Personen. Die Adipositas kann zu Atemnot und Giemen von Asthmakranken beitragen. Daher sollte bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten eine Gewichtsreduktion angestrebt werden.

Gastroösophageale Refluxkrankheit:

Der gesteigerte gastroösophageale Reflux wird bei Asthmatikern häufiger als bei lungengesunden Personen angetroffen. Er kann trockenen Husten verursachen. Er sollte deshalb in der Verlaufskontrolle sowie in der Differenzialdiagnostik des Asthma bronchiale berücksichtigt werden. Eine medikamentöse Behandlung sollte allerdings nur bei Vorliegen von Refluxbeschwerden (Sodbrennen, saures Aufstoßen) erfolgen.

#### 1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

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

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

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

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

#### 1.5.8 Medikamentöse Maßnahmen

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

## – Anlage 4 a –

entspricht wortidentisch der Anlage 9 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte Asthma**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

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

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

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

In der Inhalationstherapie ist nur die im Bronchialsystem deponierte Medikamentenmenge wirksam. Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege, dem Atemmuster, der Partikelgröße und dem jeweiligen Applikationssystem. Es sollte daher das Applikationssystem und die Instruktion bezüglich der Anwendung individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten (insbesondere Alter und Koordination) angepasst werden. Bei Kleinkindern und Vorschulkindern sollten Treibgasdosieraerosole mit Spacer bevorzugt werden. Eine Gesichtsmaske soll nur so lange angewendet werden, bis das Kind durch das Mundstück eines Spacers atmen kann.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, bei Verwendung mehrerer inhalativer Medikamente für alle Präparate den gleichen Typ von Applikationssystem einzusetzen. Nach einer initialen Einweisung in die Applikationstechnik sollte diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden. Bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein Wechsel des Applikationssystems absehbar Probleme bereiten wird, kann unter Dokumentation der besonderen Gründe im Einzelfall bei der Verordnung die Substitution durch Setzen des Aut-idem-Kreuzes ausgeschlossen werden.

Bei mangelnder Kontrolle der Asthma-Symptome sollte vor einer Steigerung der medikamentösen Therapie immer versucht werden, die folgenden Fragen abzuklären:

- Wurden die verordneten Medikamente angewendet?
- Wurden sie richtig angewendet?
- Haben sich die Risikofaktoren verändert? (Auslöser, Komorbiditäten, Interaktion mit weiteren Medikationen)
- Ist die Diagnose Asthma bronchiale korrekt?
- Besteht (erneuter) Bedarf an einer strukturierten Asthmaschulung?

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

#### 1.5.8.1 Dauertherapie bei Erwachsenen

Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

## 1. Basistherapie

- inhalative Glukokortikosteroide,

## 2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen zusätzlich zur Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden in Betracht:

- inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika
- Wenn trotz dieser erweiterten Basistherapie ein unkontrolliertes Asthma bronchiale besteht, stehen zur Modifikation bzw. Eskalation zur Verfügung:
  - langwirksame Anticholinergika
  - systemische Glukokortikosteroide
  - Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
  - Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
  - Antikörper

Bei Patientinnen und Patienten mit trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem schwerem persistierendem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper oder Anti-IL-5-Antikörper) erwogen werden. Hierfür soll eine Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen.

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

### 1.5.8.2 Dauertherapie bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

## 1. Basistherapie

- niedrig dosierte inhalative Glukokortikosteroide
- in begründeten Fällen alternativ Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten

## 2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen in Betracht:

- Steigerung der Dosis des inhalativen Glukokortikosteroids
- Kombination von inhalativen Glukokortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
- bei Kindern ab vier Jahren inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (nur in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden)

## 3. Im Ausnahmefall, bei einem trotz der erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrolliertem Asthma bronchiale, können zusätzlich erwogen werden:

- systemische Glukokortikosteroide
- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper) bei schwerem persistierendem Asthma bronchiale

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

## – Anlage 4 a –

entspricht wortidentisch der Anlage 9 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte Asthma**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

Bei der Verordnung sind die altersabhängigen Zulassungseinschränkungen zu berücksichtigen.

#### 1.5.8.3 Bedarfstherapie/Therapie der Exazerbation

Eine Bedarfsmedikation soll bei akuten asthmatischen Beschwerden eingesetzt werden. Vorrangig sollten bei der Bedarfstherapie/Therapie der Exazerbation folgende Wirkstoffgruppen Anwendung finden:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)

Bei unzureichendem Ansprechen kommen in Betracht:

- der kurzfristige Einsatz systemischer Glukokortikosteroide (maximal bis zu zwei Wochen). In der Regel ist bei Kindern ein Einsatz für drei bis fünf Tage, bei Erwachsenen für fünf bis sieben Tage ausreichend.
- kurz wirksame Anticholinergika
- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)

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

#### 1.5.8.4 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung

Bei Vorliegen eines allergischen Asthma bronchiale sind zeitnah zur Erstdiagnose die Möglichkeiten einer Allergenkarrenz und die Indikation zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie zu prüfen. Auch im Verlauf eines behandelten Asthma bronchiale soll neben der Allergenkarrenz die Indikation zur spezifischen Immuntherapie geprüft werden.

#### 1.5.8.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft

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

#### 1.5.8.6 Schutzimpfungen

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

### **1.6 Kooperation der Versorgungssektoren**

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

#### 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

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

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

#### 1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und/oder zur erweiterten Diagnostik von Patientinnen und Patienten zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen:

- bei schwerem unkontrolliertem Asthma bronchiale,
- zur Überprüfung der Indikation einer Langzeittherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden,
- bei Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft,
- bei Einleitung einer Therapie mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper, Anti-IL-5-Antikörper),
- bei Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale.

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

- bei Kindern, bei denen ein kontrolliertes Asthma bronchiale durch eine erweiterte Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden nicht zu erreichen ist,
- bei Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinosinusitis, rezidivierender Pseudokrapp),
- zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer spezifischen Immuntherapie bei allergischem Asthma bronchiale.

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

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

#### 1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

## – Anlage 4 a –

entspricht wortidentisch der Anlage 9 der DMP-A-RL

### Versorgungsinhalte Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

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

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

#### 1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

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

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

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

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

#### Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Qualitätsziel	Qualitätsindikator
---------------	--------------------

Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit unkontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit unkontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale bzw. deren Betreuungspersonen	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
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
Niedriger Anteil ungeplanter, auch Notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlungen	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
Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationszeitraum die Inhalationstechnik überprüft wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit inhalativer Medikation
Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</li> <li>2. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen</li> </ol>

## – Anlage 4 a –

entspricht wortidentisch der Anlage 9 der DMP-A-RL

### Versorgungsinhalte Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

	und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben
Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen ab dem vollendeten 5. Lebensjahr: Hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV1-Wert	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV <sub>1</sub> -Wert in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das 5. Lebensjahr vollendet haben

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

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose des Asthma bronchiale gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

#### 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

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

Die Ausführungen in § 3 dieser Richtlinie gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird.

#### 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

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

Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, die aktuell unter Regelmedikation stehen, können eingeschrieben werden, wenn die Diagnose vor Therapiebeginn wie in Nummer 1.2.2 gestellt wurde und eine asthmatypische Anamnese aus dem Zeitraum der letzten zwölf Monate vor Einschreibung vorliegt.

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

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

Für Versicherte, die auf Basis der bis zum 31. März 2018 geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

### 4 Schulungen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)

Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten

Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

#### **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

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

#### **4.2 Schulungen der Versicherten**

Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in Nummer 1.5.2 und § 4 dieser Richtlinie geregelt.

### **5 Evaluation (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)**

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

- a) Tod
- b) Raucherquote allgemein
- c) Raucherquote im Kollektiv der Raucher
- d) Ungeplante notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale (altersspezifische Auswertung)
- e) Asthmakontrolle (kontrolliert, teilkontrolliert, unkontrolliert) (altersspezifische Auswertung)
- f) Medikation
- g) Schulungen (altersspezifische Auswertung)

Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter festgelegt.

## – Anlage 4 a –

entspricht wortidentisch der Anlage 9 der DMP-A-RL

### Versorgungsinhalte Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

#### Anlage 9 Asthma bronchiale - Dokumentation

<b>Asthma bronchiale - Dokumentation</b>		
Laufende Nummer	Parameter	Ausprägung
<b>Anamnese- und Befunddaten</b>		
1	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber <sup>1)</sup>	Häufiger als 2 mal wöchentlich/2 mal wöchentlich/1 mal wöchentlich/< 1 mal wöchentlich/Keine
1a	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation <sup>4)</sup>	Häufiger als 2 mal wöchentlich/2 mal wöchentlich/1 mal wöchentlich/< 1 mal wöchentlich/Keine
2a	In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale	Ja/Nein
2b	In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes	Ja/Nein
2c	Aktueller FEV <sub>1</sub> -Wert (mindestens alle 12 Monate)	X Prozent des Soll-Wertes/Nicht durchgeführt
<b>Relevante Ereignisse</b>		
3	Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation <sup>2)</sup>	Anzahl
<b>Medikamente</b>		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
6	Kurz wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation

6a	Systemische Glukokortikosteroide	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/ Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein/Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten/ Andere
8	Inhalationstechnik überprüft	Ja/Nein
<b>Schulung</b>		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
9a	Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen <sup>3)</sup>	Ja/Nein
10	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
<b>Behandlungsplanung</b>		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja/Nein
11a	Therapieanpassung	Keine/Steigerung der Medikation/ Verbesserung der Anwendung der Medikation/Reduktion der Medikation <sup>5)</sup>

<sup>1)</sup> Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

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

<sup>3)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.

<sup>4)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Ohne prophylaktische Anwendung vor Sport

<sup>5)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Mehrfachnennungen möglich

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

#### **Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) – Anlage 11 der DMP-A-RL**

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

##### 1.1 Definition der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung

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

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

##### 1.2 Hinreichende Diagnostik zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm COPD

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

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

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

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Nummer 3. Die Ärztin oder der Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Ein-

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### Versorgungsinhalte COPD

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

schreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

#### 1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

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

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

#### 1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

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

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer COPD-typischen Anamnese, der Nachweis einer Reduktion von FEV<sub>1</sub> unter 80 % des Sollwerts und mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV<sub>1</sub>/VC < 70 % nach Bronchodilatation,
- Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder einer Gasaustauschstörung bei Patientinnen oder Patienten mit FEV<sub>1</sub>/VC ≥ 70 % und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat.

#### 1.3 Therapieziele

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

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

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

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

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

- Reduktion der COPD-bedingten Letalität,
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten.

#### 1.4 Differenzierte Therapieplanung

Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen; dabei ist auch das Vorliegen von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) zu berücksichtigen. Die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen. Für die individuelle Risikoabschätzung sind insbesondere der Raucherstatus, die Lungenfunktion (FEV<sub>1</sub>, alle sechs bis zwölf Monate), Häufigkeit und Schwere von Exazerbationen, körperliche Aktivität, der Ernährungszustand und die Komorbiditäten prognostisch relevant.

#### 1.5 Therapeutische Maßnahmen

##### 1.5.1 Nicht-medikamentöse Maßnahmen

###### 1.5.1.1 Allgemeine nicht-medikamentöse Maßnahmen

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll die Patientin oder den Patienten

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### Versorgungsinhalte COPD

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

ten insbesondere hinweisen auf:

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

#### 1.5.1.2 Tabakentwöhnung

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

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

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

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

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

#### 1.5.1.3 Körperliches Training

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

Daher soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig auf die Bedeutung von körperlichen Aktivitäten hinweisen und zur Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen motivieren (z. B. im Rahmen ambulanter Rehabilitations- und Funktionssportgruppen, wie z. B. "Lungensportgruppen"). Ein regelmäßiges, mindestens einmal wöchentliches Training soll empfohlen werden. Art und Umfang des körperlichen Trainings sollen sich an der Schwere der Erkrankung und der Verfügbarkeit der Angebote orientieren.

#### 1.5.1.4 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

Jede Patientin und jeder Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten. Im Übrigen gelten die in Nummer 4.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien. Bei jeder Vorstellung des Patienten und der Patientin soll im Falle einer noch nicht erfolgten Schulung eine Schulung empfohlen werden.

#### 1.5.1.5 Allgemeine Krankengymnastik (Atemphysiotherapie)

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

#### 1.5.2 Langzeit-Sauerstoff-Therapie

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

- schwere Atemwegsobstruktion ( $FEV_1 < 30 \%$ ),
- Zyanose,
- Polyzythaemie (Hämatokrit größer gleich  $55 \%$ ),

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### Versorgungsinhalte COPD

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

- periphere Ödeme,
- erhöhter Jugularvenendruck.

Bei Nachweis einer schweren, chronischen Hypoxämie mit  $\text{PaO}_2$  -Werten von  $\leq 55$  mmHg soll geprüft werden, ob eine Langzeit-Sauerstoff-Therapie indiziert ist und in welcher Form diese erfolgen soll. Dies gilt auch bei Patientinnen und Patienten mit einem  $\text{PaO}_2$  -Wert von 56 mmHg bis 60 mmHg, wenn gleichzeitig ein Cor pulmonale vorliegt.

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

#### 1.5.3 Häusliche Beatmung

Bei Vorliegen einer chronischen Hyperkapnie mit  $\text{PaCO}_2$  -Werten von  $> 52$  mmHg sollte die Notwendigkeit einer intermittierenden nicht invasiven Beatmung geprüft werden.

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

#### 1.5.4 Rehabilitation

Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem Patientinnen und Patienten mit COPD mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die COPD und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken.

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

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

#### 1.5.5 Operative Verfahren

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

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

#### 1.5.6 Psychosoziale Betreuung und Komorbiditäten

##### 1.5.6.1 Psychosoziale Betreuung

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

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

##### 1.5.6.2 Psychische Komorbiditäten

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

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

##### 1.5.6.3 Somatische Komorbiditäten

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

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

Risikofaktoren für das Auftreten einer Osteoporose bei Patienten mit COPD sind neben Alter, Geschlecht, Untergewicht, Immobilität auch die systemische Entzündung bei schwerer COPD (FEV1 unter 50 % des Sollwertes) und die medikamentöse Therapie (z. B. systemische Glukokortikosteroide, auch in geringen Tagesdosen). Die individuelle Risikokonstellation bezüglich des Auftretens einer Osteoporose sollte einmal jährlich bei allen Patientinnen und Patienten klinisch abgeschätzt werden.

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

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

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

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

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

#### 1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

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

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

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

Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

ten ab 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der Glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (eGFR) überwacht werden. Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.

#### 1.5.8 Medikamentöse Maßnahmen

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

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

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

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

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

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

Vorrangig sollten folgende Wirkstoffgruppen verwendet werden:

1 Bedarfstherapie:

1.1 kurz wirksames Beta-2-Sympathomimetikum,

1.2 kurz wirksames Anticholinergikum,

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

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

1.4 In begründeten Fällen:

1.4.1 Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung),

1.4.2 bei Schleimretention können erwogen werden:

1.4.1.1 Inhalation von Salzlösungen,

1.4.1.2 mukoaktive Substanzen.

2 Dauertherapie:

2.1 lang wirksames Anticholinergikum,

2.2 lang wirksames Beta-2-Sympathomimetikum,

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

2.4 In begründeten Einzelfällen:

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

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

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

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

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

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

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

#### 1.5.8.1 Schutzimpfungen

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

#### 1.5.8.2 Exazerbationen/Atemwegsinfekte

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

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

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

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

#### 1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

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

##### 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

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

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

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

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

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

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

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

gentransplantation,

- zur Einleitung rehabilitativer Maßnahmen,
- zur Durchführung einer strukturierten Schulungsmaßnahme,
- bei Verdacht auf eine berufsbedingte COPD.

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

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

#### 1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

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

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

#### 1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

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

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

Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### Versorgungsinhalte COPD

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

§ 2 dieser Richtlinie geregelt.

#### Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Qualitätsziel	Qualitätsindikator
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vermeidung notfallmäßiger Behandlungen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anteil der COPD-Patientinnen und COPD-Patienten mit stationärer notfallmäßiger Behandlung der COPD in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen COPD-Patientinnen und COPD-Patienten mit Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der stationären notfallmäßigen Behandlungen</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vermeidung von Exazerbationen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer oder mehr Exazerbationen bei Betrachtung der letzten sechs Monate, bezogen auf alle eingeschriebenen COPD-Patientinnen und COPD-Patienten</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoher Anteil an rauchenden COPD-Patientinnen und COPD-Patienten, die eine Empfehlung zum Tabakverzicht erhalten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anteil der rauchenden COPD-Patientinnen und COPD-Patienten, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum Tabakverzicht gegeben wurde, bezogen auf die eingeschriebenen rauchenden COPD-Patientinnen und COPD-Patienten</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die nach einer Empfehlung zur Teilnahme an einem Tabak-</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anteil an aktuell rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die trotz einer Empfehlung zur Teilnahme an einem Tabak-</li></ul>

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### Versorgungsinhalte COPD

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

<p>entwöhnungsprogramm noch nicht an einem solchen Programm teilgenommen haben</p>	<p>entwöhnungsprogramm nie im Rahmen des DMP an einem solchen Programm teilgenommen haben, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</li> <li>b) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoher Anteil von COPD-Patientinnen und COPD-Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil der COPD-Patientinnen und COPD-Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde, bezogen auf alle eingeschriebenen COPD-Patientinnen und COPD-Patienten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit nicht indiziertem Einsatz an inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedriger Anteil an aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit FEV1 <math>\geq</math> 50% ohne Komorbidität Asthma, die mit ICS behandelt werden, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einmal jährlich erfolgter klinischer Einschätzung des Osteoporose-Risikos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil der aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer dokumentierten Osteoporose-</li> </ul>

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### Versorgungsinhalte COPD

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

	Risikoeinschätzung in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
<ul style="list-style-type: none"><li>Niedriger Anteil an Patientinnen und Patienten, die systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Anteil der Patientinnen und Patienten, die in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide erhalten, bezogen auf alle Patientinnen und Patienten</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Hoher Anteil von COPD-Patientinnen und COPD-Patienten, die eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training erhalten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Anteil der COPD-Patientinnen und COPD-Patienten, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf die eingeschriebenen COPD-Patientinnen und COPD-Patienten</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jährlich einmal ermitteltem FEV1-Wert</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Anteil an aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem dokumentierten FEV1-Wert in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</li></ul>

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

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose der

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

COPD gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

#### 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

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

#### 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

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

- Nachweis der Obstruktion bei FEV<sub>1</sub>/VC < 70 % nach Bronchodilatation
- Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder einer Gasaustauschstörung bei Patientinnen und Patienten mit FEV<sub>1</sub>/VC ≥ 70 % und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat.

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

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

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

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

## – Anlage 4 b –

Entspricht wortidentisch der Anlage 11 der DMP-A-RL

### **Versorgungsinhalte COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

#### 4.1 Schulungen der Leistungserbringer

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

#### 4.2 Schulungen der Versicherten

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

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

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

- a) Tod
- b) Einsekundenkapazität (FEV1-Wert)
- c) Exazerbationen
- d) Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD
- e) Raucherquote allgemein
- f) Raucherquote im Kollektiv
- g) Medikation
- h) Schulungen
- i) Tabakverzicht (Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogrammen)

## **Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

### **Anlage Qualitätssicherung**

V 5.0- Stand 05.10.2018

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

**Gültig ab: 01.04.2019**

#### **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.:

QS-Anlage Asthma bronchiale Version 5.0, Stand der Bearbeitung 05.10.2018, gültig ab 01.04.2019 1

## **Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

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.

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

### Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kontrolliertem Asthma bronchiale	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> zu Ia: <math>\geq 90\%</math> zu Ib und Ic: kein Zielwert</p> <p>gruppierte Auswertung für:</p> <p>Ia) Erwachsene (<math>\geq 18</math>)</p> <p>Ib) Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten 6. Lebensjahr (<math>\geq 6 - &lt; 18</math>)</p> <p>Ic) Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (<math>\geq 1 - &lt; 6</math>)</p>	<p><b>Ia)</b> <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer <math>\geq 18</math> Jahre mit: Feld 1 (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“</p> <p>UND</p> <p>Feld 1a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“</p> <p>UND</p> <p>Feld 2a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Nein“</p> <p>UND</p> <p>Feld 2b (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Nein“</p> <p><u>Nenner:</u></p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		<p>Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 18 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation</p> <p><b>Ib)</b> <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 6 - &lt; 18 Jahre mit:</p> <p>Feld 1 (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“</p> <p>UND</p> <p>Feld 1a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“</p> <p>UND</p> <p>Feld 2a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Nein“</p> <p>UND</p> <p>Feld 2b (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Nein“</p> <p><u>Nenner:</u></p>		
--	--	--	--	--

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		<p>Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 6 - &lt; 18 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation</p> <p><b>Ic)</b> Zähler: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 1 - &lt; 6 Jahre mit:</p> <p>[Feld 1 (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER NICHT „2 mal wöchentlich“]</p> <p>UND</p> <p>[Feld 1a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = NICHT „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER NICHT „2 mal wöchentlich“]</p> <p>UND</p> <p>Feld 2a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Nein“</p> <p>UND</p> <p>Feld 2b (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Nein“</p>		
--	--	---	--	--

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		<p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 1 - &lt; 6 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation</p>		
<p>II. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit unkontrolliertem Asthma bronchiale</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit unkontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p>Zielwert: Zu IIa: ≤ 20 % Zu IIb und IIc: kein Zielwert</p> <p>gruppierte Auswertung für:</p> <p>IIa) Erwachsene (≥ 18)</p> <p>IIb) Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten 6. Lebensjahr (≥ 6 - &lt; 18)</p>	<p><u>IIa)</u> <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 18 Jahre mit:</p> <p>[Feld 1 (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von</p>		

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

	<p>Ilc) Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (<math>\geq 1 - &lt; 6</math>)</p>	<p>Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Ja“ UND Feld 2b (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Ja“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“</p>		
--	---	---	--	--

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		<p>UND Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“</p> <p>UND Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“</p> <p>UND Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“</p> <p>UND Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“</p> <p>UND</p>		
--	--	---	--	--

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		<p>Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 18 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation</p> <p><b>IIb)</b> <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 6 - &lt; 18 Jahre mit:</p> <p>[Feld 1 (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale) = „Ja“ UND Feld 2b (ISD) (In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes) = „Ja“]</p> <p>ODER</p>		
--	--	---	--	--

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		<p>[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]</p> <p>ODER</p>		
--	--	--	--	--

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		<p>[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“ UND Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ UND Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“ UND Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 6 - &lt; 18 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation</p>		
--	--	--	--	--

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		<p><b>IIc)</b> <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer <math>\geq 1 - &lt; 6</math> Jahre mit:</p> <p>[[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“]]</p> <p>ODER</p> <p>[[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) =</p>		
--	--	---	--	--

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		<p>„Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]]</p> <p>ODER</p> <p>[[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma- Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“] UND [Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]]</p> <p>ODER</p> <p>[[Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von</p>		
--	--	---	--	--

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		<p>Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“] UND [Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]]</p> <p>ODER</p> <p>[[Feld 1 (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 1a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation“) = „Häufiger als 2 mal wöchentlich“ ODER „2 mal wöchentlich“] UND [Feld 2a (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale“) = „Ja“] UND [Feld 2b (ISD) („In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes“) = „Ja“]]</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 1 - &lt; 6 Jahre mit mindestens einer Folgedokumentation</p>		
--	--	--	--	--

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

<p>III. 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> ≥70%</p> <p><i>fakultativ zusätzlich:</i></p> <p><i>Anteil der eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</i></p> <p><i>kein Zielwert</i></p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 10 (ISD) (Empfohlene Asthma Schulung wahrgenommen) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 9 (ISD) (Asthma-Schulung empfohlen) = „Ja“ vier Quartale vor dem aktuellen Berichtszeitraum</p> <p><u>Zähler:</u> <i>Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ ODER Feld 9a (ISD) (Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen) = „Ja“</i></p> <p><u>Nenner:</u> <i>Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</i></p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information durch das Feedback</p>
--	---	--	--	---

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

<p>IV. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Asthma bronchiale mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 90%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 11 (ISD) (Schriftlicher Selbstmanagementplan) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer Folgedokumentation</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
<p>V. 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 12 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> ≤ 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) &gt; 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</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>

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		<i>(ambulanten und stationären) ärztlichen Behandlungen</i>		
VI. Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation.  <u>Zielwert:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Dauermedikation“  <u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit:  [Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Dauermedikation“  ODER	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		<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>		
VII. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	<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> ≥ 90 %</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: [Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Bei Bedarf“ ODER „Dauermedikation“]</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		<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>		
VIII. 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> &lt; 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> <p>Feld 5 (ISD) (Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika) = „Dauermedikation“</p> <p>UND NICHT</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

		Feld 4 (ISD) (Inhalative Glukokortikosteroide) = „Kontraindikation“		
IX. Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	<p>1. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p>Kein Zielwert</p> <p>2. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben</p> <p>Kein Zielwert</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>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

<p>X. Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen ab dem vollendeten 5. Lebensjahr: Hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV1-Wert</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV1-Wert in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das 5. Lebensjahr vollendet haben</p> <p>Kein Zielwert</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Feld 2c (ISD) („Aktueller FEV1-Wert (mindestens alle 12 Monate)“) = „X Prozent des Sollwertes - Wertebereich 010,0 –299,9“ während der letzten 12 Monate</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ≥ 6 Jahre bei der aktuellen Dokumentation und mit einer Teilnahmedauer von ≥ 12 Monaten</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information durch das Feedback</p>
--	---	---	--	---

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

### 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 Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich	Aufklärung/ Information des Versicherten über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr

## Anlage 5a – Qualitätssicherung Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

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 5a – Qualitätssicherung Asthma**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

## – Anlage 5b –

### **Qualitätssicherung COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

### **Anlage Qualitätssicherung**

V 4

Stand 01.03.2017

(Anzuwenden ab dem 01.01.2018)

### **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

## – Anlage 5b –

### Qualitätssicherung COPD

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

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.



– Anlage 5b –

**Qualitätssicherung COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
II. Vermeidung von Exazerbationen	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer oder mehr Exazerbationen bei Betrachtung der letzten 6 Monate, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer  <u>Zielwert:</u> ≤ 20% <sup>2</sup>	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 2 ( ISD) (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) während der letzten 6 Monate > 0  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback          <i>LE: Information durch das Feedback</i>
III. Hoher Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Empfehlung zum Tabakverzicht erhalten	Anteil der rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum Tabakverzicht gegeben wurde, bezogen auf die eingeschriebenen rauchenden Teilnehmerinnen und	<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

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

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

– Anlage 5b –

**Qualitätssicherung COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

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

– Anlage 5b –

**Qualitätssicherung COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	Einschreibung geraucht haben	<u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ in der Erstdokumentation, bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt		
VI. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer  Zielwert: ≥ 90 %	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 7 ( ISD) (Inhalationstechnik überprüft) = „ja“  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
VII. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit nicht indiziertem Einsatz an inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS)	Niedriger Anteil an aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit FEV1 ≥ 50% ohne Komorbidität Asthma, die mit ICS behandelt werden, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 (ISD) (aktueller FEV <sub>1</sub> -Wert) >= 50  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 8 (ISD) (Sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Inhalative Glukokortikosteroide“ UND NICHT Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Asthma bronchiale“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

– Anlage 5b –

**Qualitätssicherung COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VIII. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einmal jährlich erfolgter klinischer Einschätzung des Osteoporose-Risikos	Anteil der aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer dokumentierten Osteoporose-Risikoeinschätzung in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 1a ( ISD) (Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt) während der letzten 12 Monate $\geq 1$  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IX. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer  <u>Zielwert:</u> $\leq 10\%$	<u>Zähler</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 8 (ISD) (sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Systemische Glukokortikosteroide“ in der aktuellen Dokumentation <u>und</u> in der vorhergehenden Dokumentation  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

– Anlage 5b –

**Qualitätssicherung COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
X. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training erhalten	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Feld 15 (ISD) (Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen) = ja  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XI. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jährlich einmal ermitteltem FEV1-Wert	Anteil an aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem dokumentierten FEV1-Wert in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einer numerischen Angabe in Feld 1 (ISD) (Aktueller FEV1-Wert) in den letzten 12 Monaten  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Teilnahmedauer $\geq$ 12 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XII.				

– Anlage 5b –

**Qualitätssicherung COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

**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

– Anlage 5b –

**Qualitätssicherung COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

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

## – Anlage 5b –

### **Qualitätssicherung COPD**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

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

#### **Abkürzungen**

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

# Anlage 6a – Leistungserbringerverzeichnis Asthma

zur Vereinbarung über die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

## Leistungserbringer-Verzeichnis Asthma bronchiale (ambulanter Sektor)

Versorgungsebenen (Mehrfachnennungen möglich)

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

Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

- 01 = Arzt koordiniert (Benannt im LEV ->DMP Asthma (DMP Arzt) Kinderarzt/ DMP Asthma (DMP qual. u. verantw. Arzt)/ DMP Asthma (DMP verantw. Arzt)/ DMP Asthma qual. u. verantw. Kinderarzt,/ DMP Asthma verantw. Arzt (Spirometrie)/ DMP Asthma Kinderarzt (Spirometrie))
- 02 = Arzt koordiniert nicht (Benannt im LEV ->DMP Asthma pneumol. qual. Arzt/ DMP Asthma pneumol. qual. Kinderarzt)
- 13 (17)= **Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen** der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. - einschl. AESV-Schulung = Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung (Benannt im LEV -> DMP Asthma Kinder u. Jugendliche)
- 14 (18) = **NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker** (eine Fortentwicklung bzw. Variation von **AFAS = Die Ambulante Fürther Asthmaschulung**) (Benannt im LEV -> DMP Asthma Erwachsene)
- 16 (27) = **MASA = Modulares ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker** (Benannt im LEV -> Asthma-Schulung von Erwachsenen nach MASA)

LANR.	BSNR/ NBSNR	Anrede	Titel	Name	Vor- name	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon-Nr.		Versorg.- ebene	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	wird unter Berechtigung abgebildet	Berechtigung

Hinweise

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

## Leistungserbringerverzeichnis COPD

zu der am 01.04.2019 in Kraft getretenen Vereinbarung über die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V Asthma/COPD

### Leistungserbringer-Verzeichnis COPD (ambulanter Sektor)

Versorgungsebenen (Mehrfachnennungen möglich)

- A1 = Hausärzte gemäß den Anforderungen an die Strukturqualität [1. Ebene]
- A2 = Vertraglich eingebundene (pneumologisch) qualifizierte Fachärzte gemäß den Anforderungen an die Strukturqualität oder ein vertraglich eingebundenes Krankenhaus, das nach § 116b SGB V bzw. durch Ermächtigung an der ambulanten Versorgung teilnimmt [1. Ebene, Ausnahmefälle]
- B1 = pneumologisch qualifizierter Arzt gemäß den Anforderungen an die Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist, oder qualifizierte Einrichtungen, die für die Erbringung der Leistung(en) der 2. Versorgungsebene zugelassen oder ermächtigt sind oder die nach § 116b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen

Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

- 01 = Arzt koordiniert (Benannt im LEV -> DMP COPD (DMP qual. u. verantw. Arzt), DMP COPD (DMP verantw. Arzt), DMP COPD verantw. Arzt (Spirometrie))
- 02 = Arzt koordiniert nicht (Benannt im LEV -> DMP COPD pneumol. qual. Arzt)
- 15 (19) = Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE; Nachfolgemodell COBRA) (Benannt im LEV -> DMP COPD Erwachsene),
- 17 (28) = Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Baden Reichenhaller Modell (C2) (Benannt im LEV -> Schulung von Erwachsenen nach COPD, Bad Reichenhaller Modell)

Schulungsberechtigung (Mehrfachnennungen möglich)

LANR	BSNR/ NBSNR	Anrede	Titel	Name	Vor- name	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon-Nr.		Ver- sorg- ebene	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Berechtigung

Hinweise

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

– Anlage 7a –

## Indikationsübergreifende Dokumentationsdaten

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

### Anlage 2 Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

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

<sup>1)</sup> (weggefallen)

<sup>2)</sup> (weggefallen)

<sup>3)</sup> Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen

– Anlage 7a –

**Indikationsübergreifende Dokumentationsdaten**

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

<sup>4)</sup> Diese Angabe ist ab dem vollendeten 12. Lebensjahr verpflichtend und bei jüngeren Kindern nur optional auszufüllen.

– Anlage 7b –

## Indikationsspezifische Dokumentationsdaten Asthma

zur Vereinbarung über die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

<b>Asthma bronchiale - Dokumentation</b>		
Laufende Nummer	Parameter	Ausprägung
<b>Anamnese- und Befunddaten</b>		
1	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber <sup>1)</sup>	Häufiger als 2 mal wöchentlich/2 mal wöchentlich/1 mal wöchentlich/< 1 mal wöchentlich/Keine
1a	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation <sup>4)</sup>	Häufiger als 2 mal wöchentlich/2 mal wöchentlich/1 mal wöchentlich/< 1 mal wöchentlich/Keine
2a	In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale	Ja/Nein
2b	In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes	Ja/Nein
2c	Aktueller FEV <sub>1</sub> -Wert (mindestens alle 12 Monate)	X Prozent des Soll-Wertes/Nicht durchgeführt
<b>Relevante Ereignisse</b>		
3	Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation <sup>2)</sup>	Anzahl
<b>Medikamente</b>		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
6	Kurz wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
6a	Systemische Glukokortikosteroide	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein/Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten/Andere

8	Inhalationstechnik überprüft	Ja/Nein
<b>Schulung</b>		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
9a	Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen <sup>3)</sup>	Ja/Nein
10	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
<b>Behandlungsplanung</b>		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja/Nein
11a	Therapieanpassung	Keine/Steigerung der Medikation/Verbesserung der Anwendung der Medikation/Reduktion der Medikation <sup>5)</sup>

<sup>1)</sup> Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

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

<sup>3)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.

<sup>4)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Ohne prophylaktische Anwendung vor Sport

<sup>5)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Mehrfachnennungen möglich

– Anlage 7c –

## Indikationsspezifische Dokumentationsdaten COPD

zur Vereinbarung über die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

### Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) - Dokumentation

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

– Anlage 7c –

## Indikationsspezifische Dokumentationsdaten COPD

zur Vereinbarung über die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
9a	Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen <sup>3</sup>	Ja/Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja/Nein
12	Empfehlung zum Tabakverzicht ausgesprochen <sup>4</sup>	Ja/Nein
13	Empfehlung zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogramm ausgesprochen <sup>4</sup>	Ja/Nein
14	An einem Tabakentwöhnungsprogramm seit der letzten Empfehlung teilgenommen <sup>4, 5</sup>	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich
15	Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen	Ja/Nein

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

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

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

<sup>4</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Nur bei aktiven Rauchern zu erheben.

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







# Eine Information zum Datenschutz

## 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

## 2 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von 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 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 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 Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

### 3.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt 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 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 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 Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzteverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

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

### **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 Ärzten und 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 Patienten

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

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

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma*	COPD
<p><b>Vermeidung</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen</li> <li>– Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können</li> <li>– von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom</li> <li>– Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung)</li> </ul> <p><b>Senkung</b> Ihres Schlaganfall- und Herzinfarktrisikos</p>	<p><b>Senkung des Risikos</b> eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden</p> <p><b>Erhaltung</b> Ihrer Belastungsfähigkeit.</p>	<p><b>Vermeidung/Reduktion</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte)</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit</li> <li>– unerwünschten Wirkungen der Therapie</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen</li> </ul> <p>bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität</p> <p><b>Reduktion</b> der Sterblichkeit</p> <p>Adäquate <b>Behandlung von Begleiterkrankungen</b></p> <p>Erlernen von <b>Selbstmanagementmaßnahmen</b></p>	<p><b>Vermeidung/Reduktion</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Krankheitszeichen, Verschlimmerungen sowie des Auftretens von Begleit- und Folgeerkrankungen</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des raschen Voranschreitens der Krankheit</li> </ul> <p>bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie</p> <p>Angemessene Behandlung von Begleiterkrankungen</p> <p><b>Reduktion</b> der Sterblichkeit</p>

\* Bei Kindern im Alter von 1 bis 5 Jahren dient die Einschreibung der Kontrolle der Beschwerden, dabei lässt diese aber noch keine endgültige Aussage über den weiteren Verlauf der Krankheitssymptome zu. Entsprechend werden mindestens einmal jährlich diese Symptome überprüft und eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale in Erwägung gezogen.

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

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

### Die medizinische Behandlung

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

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diabetes Typ 2: Metformin, Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid und Gliclazid)</li> <li>– Diabetes Typ 1 und Typ 2: Insuline</li> <li>– bei hohem Blutdruck: Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer</li> <li>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten</li> <li>– ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt)</li> <li>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)</li> <li>– Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS).</li> </ul>	<p><b>Medikamente zur Dauertherapie</b> vorwiegend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Glukokortikosteroide (zum Inhalieren)</li> <li>– inhalative langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (bei Erwachsenen und in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden bei Kindern ab 4 Jahren)</li> <li>– Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (bei Kindern und Jugendlichen)</li> <li>– Kombination von inhalativen Glukokortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (bei Kindern und Jugendlichen)</li> </ul>	<p><b>Medikamente zur Dauertherapie</b> vorwiegend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– lang wirksame Anticholinergika</li> <li>– lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika</li> <li>– Kombination lang wirksamer Anticholinergika und lang wirksamer Beta-2-Sympathomimetika</li> </ul> <p>Im <b>Bedarfsfall</b> zusätzlich <b>Medikamente der Bedarfstherapie</b> (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika</li> <li>– kurz wirksame Anticholinergika</li> </ul>

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
– zur Linderung von Beschwerden infolge der diabetischen Nervenschädigungen: Antidepressiva und Antiepileptika, soweit diese auch für die Schmerztherapie zugelassen sind, sowie Opioide		<p>Im <b>Bedarfsfall</b> zusätzlich <b>Medikamente der Bedarfstherapie</b> (werden nur dann eingenommen, wenn akute Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)</li> <li>– systemische Glukokortikosteroide</li> <li>– kurz wirksame Anticholinergika</li> <li>– Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)</li> </ul>	– eine Kombination aus kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

### Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

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

### Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

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

### Wie können Sie aktiv mitwirken?

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

### Was Ihre Krankenkasse für Sie tut!

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

### Teilnahmevoraussetzungen

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

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

### Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

## – Anlage 11 –

### Strukturqualität Schulungsarzt und nicht-ärztliches Schulungspersonal

zur Vereinbarung über die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

Teilnahmeberechtigt als Schulungsarzt oder Schulungseinrichtung sind am Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Asthma/COPD teilnehmende Ärzte und Einrichtungen, die zusätzlich nachfolgende Strukturvoraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen und die die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte, persönlich und ggf. durch angestellte Ärzte einhalten.

Die räumlichen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal	- Erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert und Nachweis bei der KVBW
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	- Erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert und Nachweis bei der KVBW
Räumliche Ausstattung der Praxen	- Räumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Einzel- und Gruppenschulungen - Unterrichtsmedien und Projektionsmöglichkeiten
Weitere Anforderungen	- Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms in einem Zeitraum von höchstens drei Monaten

Näheres ergibt sich aus den jeweils angebotenen Schulungsprogrammen.

## – Anlage 12 –

### Patientenschulung

zur Vereinbarung über die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages sind nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch durchzuführen:

#### **1 Kinder mit Asthma**

**Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG  
Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. – einschließlich ASEV Schulung =  
Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung**

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

Zugrundeliegende Veröffentlichungen:

1. Szczpanski R, Petermann F, Freidel K, Becker PN, Gebert N, Lob-Corzillus T: "Die Wirksamkeit der Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen.", Der Kinderarzt 29. Jg. (1998) 1201 - 08;
2. Szczpanski R, Gebert N, Hümmelink R, Könning J, Schmidt S, Runde B, Wahn U: "Ergebnis einer strukturierten Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter." Pneumologie 50 (1996), 544- 548.
3. Scholtz W, Haubrock M, Lob-Corzillus T, Gebert N, Wahn U, Szczpanski R: „Kosten-Nutzen-Untersuchungen bei ambulanten Schulungsmaßnahmen für asthmakranke Kinder und ihre Familien“, Pneumologie 50 (1996) 538 – 543)
4. Szepanski, R et al; Preschoolers`and parents`asthma education trial (P<sup>2</sup>AET) – a randomized controlled study; EUR J Pediatr (2010 169:1051-106

#### **2 Erwachsene mit Asthma**

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

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

Zugrundeliegende Veröffentlichungen:

1. Worth H: „Effekte der Patientenschulung bei Asthma und COPD – was ist belegt?“ Med. Klinik (2002) Suppl II: 20 - 24;
2. Worth H, Dhein Y: „Does patient education modify behaviour in the management of COPD?“ Patient Education and Counselling 52 (2004): 267 - 270,
3. C. Münks-Lederer, Y. Dhein, B. Richter, H. Worth: Evaluation eines ambulanten strukturierten Asthma-Schulungs-programms für Erwachsene. Eine Pilotstudie. C. Pneumologie 2001; 55: 84 – 90)

## – Anlage 12 –

### Patientenschulung

zur Vereinbarung über die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

#### **MASA = Modulares ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker**

Kontakt: Bundesverband der Pneumologen

(<http://www.pneumologenverband.de/manipuli/pv/live/aerzte.html>)

Zugrundeliegende Veröffentlichungen:

Y. Dhein, M. Barczok, G.O. Breyer, A. Hellmann, P. Oblinger, M. Weber, W. Gaus, D. Bulenda: „Evaluation eines modularen, ambulanten Schulungsprogramms für erwachsene Asthmatiker bei niedergelassenen Fachärzten – Ergebnisse einer kontrollierten, randomisierten, multizentrischen Studie“ Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (2006) 100; 431-439

### **3 Patienten mit COPD**

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

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

Zugrundeliegende Veröffentlichungen:

1. Worth H, Dhein Y: "Does patient education modify behaviour in the management of COPD?" Patient Education and Counselling 52 (2004): 267 - 270;
2. Schacher C, Dhein Y, Birkenmaier A, Münks-Lederer C, Worth H: "Evaluation des ambulanten Fürther Schulungsprogramms für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE)

#### **COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell**

Kontakt: Bundesverband der Pneumologen

(<http://www.pneumologenverband.de/manipuli/pv/live/aerzte.html>)

Zugrundeliegende Veröffentlichungen:

Wittmann M, Spohn S, Schultz K, Pfeifer M, Petro W: „COPD-Schulung im Rahmen der stationären Rehabilitation verbessert Lebensqualität und Morbidität“, Pneumologie 2007; 61:636-642

In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung, insbesondere betreffend der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung widersprechen, verzichtet werden. **§ 25 Abs. 2 dieser Vereinbarung ist zu beachten.**

## **– Anlage 12 –**

### **Patientenschulung**

zur Vereinbarung über die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

#### **Organisation der Schulungen**

Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Ärzte nach §§ 3 und 5 erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf Schulungen von Patienten nach Anlage 11 "Strukturqualität Schulungsarzt und nicht-ärztliches Schulungspersonal" - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllt haben.

Nach dieser Vereinbarung können grundsätzlich Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Zusätzlich können – bei Kindern und Jugendlichen sollen - die Angehörigen oder Betreuer der Patienten geschult werden.

#### **Qualifikation der Ärzte und der nichtärztlichen Mitarbeiter**

Schulungsvoraussetzung ist der Nachweis der erforderlichen Schulungszertifikate des Arztes gegenüber der KVBW. Die Strukturqualität des Schulungsarztes und des nichtärztlichen Schulungspersonals wird in Anlage 11 „Strukturqualität Schulungsarzt und nicht-ärztliches Schulungspersonal“ definiert.

# – Anlage 13a – Einschreibeinformation Asthma

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

Adresse überweisender Hausarzt:

Name	
Straße	
Ort	

Arztstempel

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege.

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

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

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

<p><b>Einschreibung:</b> Für die Einschreibung muss eine asthmatypische Anamnese (längstens 12 Monate zurückliegend) <u>und</u> mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.</p>			
<p><b>Erwachsene (≥ 18 Jahre)</b> Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:</p>	<p><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</p>	<p><b>Kinder (5-17 Jahre):</b> Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:</p>	<p><input type="checkbox"/> FEV<sub>1</sub>/VC ≤ 75% <b>und</b> Zunahme der FEV<sub>1</sub> ≥ 15%</p>
<p>Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 10 Tage, inhalativ 28 Tage):</p>	<p><input type="checkbox"/> Zunahme der FEV<sub>1</sub> ≥ 15% <b>und</b> absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml</p>	<p>Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 10 Tage, inhalativ 28 Tage):</p>	<p><input type="checkbox"/> Zunahme der FEV<sub>1</sub> ≥ 15%</p>
<p>Sonstige Diagnosesicherung durch:</p>	<p><input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität &gt; 20 %</p>	<p>Sonstige Diagnosesicherung durch:</p>	<p><input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität &gt; 20 %</p>
<p>Sonstige Diagnosesicherung durch:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität</p>	<p>Sonstige Diagnosesicherung durch:</p>	<p><input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität</p>
<p><b>Kinder im Alter von 1 bis 5 Jahren:</b></p>			
<p>Für Klein- und Vorschulkindern, bei denen eine valide Lungenfunktion noch nicht durchführbar ist, müssen für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung die folgenden Kriterien erfüllt sein:</p>	<p><input type="checkbox"/> ≥ 3 asthmatypische Episoden im letzten Jahr und</p>	<p><input type="checkbox"/> Ansprechen der Symptome auf einen Therapieversuch mit antiasthmatischen Medikamenten</p>	
<p><b>und</b> mindestens eines der folgenden Zusatzkriterien: Atemwegssymptome,</p>	<p><input type="checkbox"/> Giemen/Pfeifen unabhängig von Infekten, insbesondere bei körperlicher Anstrengung,</p>	<p><input type="checkbox"/> stationärer Aufenthalt wegen obstruktiver Atemwegssymptome</p>	
<p>Die Diagnose gilt auch als gestellt, wenn die Einschreibekriterien entsprechend denen für Kinder ab 5 Jahren erfüllt werden</p>	<p><input type="checkbox"/> Nachweis einer Sensibilisierung</p>	<p><input type="checkbox"/> atopische Erkrankung des Kindes</p>	
<p>Statt des für alle Altersgruppen fixierten Grenzwertes von FEV<sub>1</sub>/VC ≤ 70 % bzw. 75 % zur Charakterisierung der Obstruktion können die neueren Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von FEV<sub>1</sub>/VC berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower limit of normal) gilt das 5. Perzentil</p>	<p><input type="checkbox"/> Angaben siehe oben unter <b>Kinder (5-17 Jahre)</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Asthma bronchiale bei Eltern oder Geschwistern</p>	

**– Anlage 13a –**  
**Einschreibeinformation Asthma**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

(Sollmittelwert minus 1,64-faches der Streuung).

**Diagnosespezifische Regelmedikation**

(asthmatypische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß vorstehender Diagnoseverfahren erfüllt)

ja

Die von uns empfohlene Therapie lässt sich wie folgt klassifizieren:

**Aktuelle Medikation**

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-Antagonisten, Anti-IgE-Antikörper)	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine

Zusätzlich von uns veranlasste Maßnahmen:

**Schulungen**

Asthma-Schulungen bereits vor  
Einschreibung in das  
strukturierte  
Behandlungsprogramm  
wahrgenommen

ja     nein

Asthma-Schulung empfohlen  
(bei aktuelle Dokumentation)

ja     nein

Inhalationstechnik überprüft

ja     nein

**Behandlungsplan und vereinbarte Ziele**

Empfehlung zum Tabakverzicht  
Schriftlicher Selbstmanagementplan

ja     nein  
 ja     nein

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

Mit freundlichen Grüßen

## – Anlage 13b – Einschreibeinformation COPD

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V  
Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

Adresse überweisender Hausarzt:

Name	
Straße	
Ort	

Arztstempel

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege.

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

Die hier aufgeführten Untersuchungen haben ergeben, dass Ihr Patient die Diagnosekriterien für die  
Einschreibung in das DMP COPD erfüllt:

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

FEV<sub>1</sub> = .....l = < 80% des Sollwertes vom .....[Datum]

**Einschreibung:** Für die Einschreibung muss eine COPD-typische Anamnese und eine Reduktion der FEV<sub>1</sub> unter 80% des Sollwerts vorliegen und mindestens eines der drei folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika oder Anticholinergika  FEV<sub>1</sub>/VC ≤ 70% **und** Zunahme der FEV<sub>1</sub> < 15% **und/oder** < 200 ml

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage) in einer stabilen Krankheitsphase  FEV<sub>1</sub>/VC ≤ 70% **und** Zunahme der FEV<sub>1</sub> < 15% **und/oder** < 200 ml

Falls FEV<sub>1</sub>/VC > 70% **und** radiologischer Ausschluss anderer Diagnose gesichert durch:  Atmewegswiderstands-erhöhung  Lungenblähung  Gasaustauschstörung

Die von uns empfohlene Therapie lässt sich wie folgt klassifizieren:

<b>Aktuelle Medikation</b>			
Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kurzwirksames Anticholinergikum und/oder Beta-2-Sympathomimetikum	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Langwirksames Anticholinergikum	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Langwirksames Beta-2-Sympathomimetikum	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Theophyllin	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine
Inhalative Glukokortikosteroide	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> Dauermedikation	<input type="checkbox"/> keine

Zusätzlich von uns veranlasste Maßnahmen:

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

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

Mit freundlichen Grüßen

## – Anlage 14 –

zur Vereinbarung über die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V Asthma/COPD in Kraft ab 01.04.2019

### **Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformationen zu den Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung**

Der gemäß § 36a Absätze 1 und 2 von der Datenstelle (§ 28) zu Abrechnungszwecken quartalsweise an die KVBW zu übermittelnde Nachweis aller im Quartal eingegangenen gültigen (vollständig, plausibel und fristgerecht eingegangenen) Dokumentationen enthält

- das Abrechnungsquartal
- die Betriebsstättennummer (BSNR)
- die lebenslange Arztnummer (LANR) des ausstellenden Arztes
- das Institutionskennzeichen
- die Krankenkassennummer
- die Versichertennummer
- die Nummer der elektronischen Gesundheitskarte (EGK-Nummer) des Patienten
- Nachname, Vorname und Geburtsdatum des Patienten
- den Dokumenten-Typ (DMP Asthma oder COPD)
- die Dokumenten-Art (Erstdokumentation [ED]) oder Folgedokumentation [FD])

Optional wird zu Auskunftszwecken eine gesonderte Datei mit ungültigen Datensätzen übersandt. Diese enthält zusätzlich:

- den Zustandscode der Dokumentation (Angabe, ob die Dokumentation gültig ist; Grund der Nicht-Gültigkeit). In den Zustandscode sind auch die von den Krankenkassen an die Datenstelle übermittelten Informationen über die Dokumentationen, die trotz Ungültigkeit vergütet werden sollen, aufzunehmen. Der Grund der Ungültigkeit ist anzugeben.

Die Datensatzbeschreibung und die mit der Datenstelle vereinbarte „Satzstruktur\_Abrechnungsdaten\_KVBW“ sind bei der Datenlieferung zu beachten.