

Anlage Strukturqualität koordinierender Arzt

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Strukturqualität koordinierender Arzt

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte und zugelassene MVZ, die nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen bzw. nachweisen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten und die Kenntnisnahme der Information durch das Praxismanual bestätigen. Die apparativen/räumlichen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Zeitpunkt/Häufigkeit
<p>1. Allgemeine Voraussetzungen</p> <p>Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information durch Kenntnisnahme des Praxismanuals</p>	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme
<p>2. Fachliche Voraussetzungen</p> <p>Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktische Ärzte, übrige Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 SGB V teilnehmen</p>	Zu Beginn der Teilnahme
<p>3. Apparative/räumliche Voraussetzungen</p> <p>Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen Verfahren (im Rahmen des Fachgebietes; insbesondere zur Durchführung der Spirometrie, in Eigenleistung oder per Auftragsleistung)</p>	Zu Beginn der Teilnahme
<p>4. Fortbildungsveranstaltungen</p> <p>Teilnahme an COPD-spezifischen, durch von der KV oder einer Ärztekammer anerkannten oder zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen (z.B. durch Qualitätszirkel)</p>	<p>In regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich.</p> <p>Inhalt und Dauer der Fortbildungsveranstaltung wird von der Gemeinsamen Einrichtung festgelegt.</p>

Überweisung von der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

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

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter Behandlung,
- wenn eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird,
- vorausgegangene Notfallbehandlung,
- Begleiterkrankungen (z. B. schweres Asthma bronchiale, symptomatische Herzinsuffizienz, zusätzliche chronische Lungenerkrankungen),
- Verdacht auf respiratorische Insuffizienz (z. B. zur Prüfung der Indikation zur Langzeitsauerstofftherapie bzw. intermittierenden häuslichen Beatmung),
- Verdacht auf berufsbedingte COPD.

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.

Anlage Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB COPD
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor

Teilnahmeberechtigt für die fachärztlich qualifizierte Versorgung der zweiten Versorgungsstufe sind Vertragsärzte und zugelassene MVZ, die folgende Anforderungen an die Strukturqualität – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen bzw. nachweisen und die geltenden Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte einhalten und die Kenntnisnahme der Information durch das Praxismanual bestätigen. Die apparativen/räumlichen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Zeitpunkt/Häufigkeit
<p>1. Allgemeine Voraussetzungen</p> <p>Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information durch Kenntnisnahme des Praxismanuals</p>	<p>Einmalig, zu Beginn der Teilnahme</p>
<p>2. Fachliche Voraussetzungen</p> <p>Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ der Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“ und/oder ▪ der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“ <p>oder</p> <p>Ärzte mit der Arztbezeichnung „Lungenarzt“ bzw. „Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde“</p> <p>oder</p> <p>Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, jedoch mit nachgewiesener pulmonologischer Schwerpunkttätigkeit und Genehmigung zur Abrechnung der GNRn 13650 und 13651 durch die KV Berlin</p>	<p>Zu Beginn der Teilnahme</p>
<p>3. Apparative/räumliche Voraussetzungen</p> <p>Möglichkeit zur Durchführung von</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spirometrie (mit einem CE-geprüften Gerät) ▪ Ganzkörper-Plethysmographie (mit einem CE-geprüften Gerät) ▪ Bestimmung der kapillaren Blutgase ▪ Röntgenaufnahme Thorax, ggf. als Auftragsleistung 	<p>Zu Beginn der Teilnahme</p>

<p>4. Fortbildungsveranstaltungen Teilnahme an einer COPD-spezifischen Fortbildung (z.B. durch die Ärztekammer oder von den Fachgesellschaften zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen) oder Teilnahme an COPD-spezifischen Qualitätszirkeln</p>	<p>In regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich.</p>
---	---

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.

Teilnahmeerklärung des Arztes

„Koordinierender Arzt“ gem. § 3

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Name Vorname:

Geburtsdatum:

Niederlassung zum: als:

Facharztanerkennung als/vom:

weitere Weiterbildungsabschlüsse:

(Schwerpunktbezeichnung/Subspezialisierung)

Praxisanschrift:

Meine lebenslange Arztnummer lautet:.....[LANR]

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin möchte ich teilnehmen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 11, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

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

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z.B. Datenbanken),

- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu den DMP zukommen lassen und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen,
- gegenüber der KV Berlin mit der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KV Berlin in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift in dem gesonderten „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- der Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis über

- die Veröffentlichung ihres Namens und ihrer Anschrift in dem gesonderten „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- die Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

erklärt.

Mir bzw. den in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 10 sanktioniert werden.

Ich möchte als **koordinierender Arzt gemäß § 3** des Vertrages teilnehmen.

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Ich möchte am Vertrag wie folgt teilnehmen:

persönlich

durch die bei mir angestellten Ärzte

Für die Teilnahme am Vertrag, durch bei mir angestellte Ärzte, habe ich die Anlage 5.3 (Ergänzungserklärung des Arztes) ausgefüllt und beigelegt.

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

a) _____ [BSNR]

b) _____ [NBSNR]

c) _____ [NBSNR]

Ich versichere, dass die nachfolgenden Voraussetzungen in jeder Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte vorgehalten werden.

Folgende fachliche Voraussetzung wird durch mich erfüllt:

**Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder
Praktischer Arzt/Ärztin bzw. Arzt/Ärztin mit
Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungssektor**

Folgende apparativen/räumlichen Voraussetzungen werden durch mich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzten erfüllt:

Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen Verfahren
(im Rahmen des Fachgebietes, insbesondere zur Durchführung
der Spirometrie, in Eigenleistung oder per Auftragsleistung)

Ich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte verpflichten sich außerdem:

zur Teilnahme an einer COPD-spezifischen von der KV oder einer Ärztekammer anerkannten oder zertifizierten Fortbildungsveranstaltung (z.B. durch Qualitätszirkel)
(mindestens einmal jährlich)

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 25 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

der Datenstelle nach § 25 des Vertrages,

der Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR,

der Gemeinsamen Einrichtung DMP GbR sowie

den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die in meiner Praxis im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der RSAV i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

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

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR und die Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Das Praxismanual habe ich sowie die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel
ggf. Unterschrift Leiter der Einrichtung

Teilnahmeerklärung des Arztes

„Fachärztlicher Versorgungssektor“ gem. § 4

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Name Vorname:

Geburtsdatum:

Niederlassung zum: als:

Facharztanerkennung als/vom:

weitere Weiterbildungsabschlüsse:

(Schwerpunktbezeichnung/Subspezialisierung)

Praxisanschrift:

Meine lebenslange Arztnummer lautet:.....[LANR]

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin möchte ich teilnehmen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 11, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

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

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),

Anlage 5.2

- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen,
- gegenüber der KV Berlin mit der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KV Berlin in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift in dem gesonderten „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- der Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis über

- die Veröffentlichung ihres Namens und ihrer Anschrift in dem gesonderten „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- die Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

erklärt.

Mir bzw. den in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 10 sanktioniert werden.

Ich möchte an der **fachärztlich qualifizierten Versorgung** gemäß § 4 des Vertrages teilnehmen.

Hiermit beantrage ich zusätzlich gemäß § 4 Abs. 3 des Vertrages die Möglichkeit der Übernahme von **Aufgaben eines koordinierenden Arztes** gem. § 3 Abs. 2 des Vertrages für Patienten, die ich bereits vor der Einschreibung dauerhaft betreut habe und für Patienten, für die eine kontinuierliche Betreuung im fachärztlichen Versorgungssektor aus medizinischen Gründen erforderlich ist. (Zur Zeit werden in meiner Praxis insgesamt Patienten betreut)

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Ich möchte am Vertrag wie folgt teilnehmen:

persönlich

durch die bei mir angestellten Ärzte

Für die Teilnahme am Vertrag, durch bei mir angestellte Ärzte, habe ich die Anlage 5.3 (Ergänzungserklärung des Arztes) ausgefüllt und beigelegt.

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

a) _____ [BSNR]

b) _____ [NBSNR]

c) _____ [NBSNR]

Ich versichere, dass die nachfolgenden Voraussetzungen in jeder Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte vorgehalten werden.

Folgende fachliche Voraussetzung wird durch mich erfüllt:

A. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen

- der Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“

und/oder

- der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“

oder

B. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung jedoch mit nachgewiesener pulmologischer Schwerpunkttaetigkeit und der Genehmigung zur Abrechnung der GNRn 13650 und 13651 durch die KV Berlin

oder

C. Ärzte mit der Arztbezeichnung „Lungenarzt“ bzw. „Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde“

Anlage 5.2

Folgende apparativen/räumlichen Voraussetzungen werden durch mich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte erfüllt:

Möglichkeit zur Durchführung von:

- | | |
|--|--------------------------|
| Spirometrie (mit einem CE-geprüften Gerät) | <input type="checkbox"/> |
| Ganzkörper-Plethysmographie (mit einem CE-geprüften Gerät) | <input type="checkbox"/> |
| Bestimmung der kapillaren Blutgase | <input type="checkbox"/> |
| Röntgenaufnahme Thorax, ggf. als Auftragsleistung | <input type="checkbox"/> |

Ich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte verpflichten sich:

zur Teilnahme an einer COPD-spezifischen Fortbildung (z.B. durch die Ärztekammer oder von den Fachgesellschaften zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen) oder Teilnahme an COPD-spezifischen Qualitätszirkeln (mindestens einmal jährlich)

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 25 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen der Datenstelle nach § 25 des Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR, der Gemeinsamen Einrichtung DMP GbR sowie den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die in meiner Praxis im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der RSAV i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

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

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR und die Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Das Praxismanual habe ich sowie die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel
ggf. Unterschrift Leiter der Einrichtung

Ergänzungserklärung des Arztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V COPD zwischen der Kas-
senärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Erklärung zu jedem angestellten Arzt

Nachfolgend genannter in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen**
im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms COPD zwi-
schen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o.[NBSNR] als koord. Arzt § 3 als qual. FA § 4 ab Datum

- Folgende fachliche Voraussetzung gemäß § 3 wird durch den genannten, bei mir angestellten
Arzt, erfüllt:

**Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder
Praktischer Arzt/Ärztin bzw. Arzt/Ärztin mit
Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungssektor**

- Folgende fachliche Voraussetzung gemäß § 4 wird durch den genannten, bei mir angestellten
Arzt, erfüllt:

A. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen

- der Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“
- und/oder
- der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchial-
heilkunde“

oder

**B. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung
jedoch mit nachgewiesener pulmologischer Schwerpunkttätigkeit
und der Genehmigung zur Abrechnung der GNRn 13650 und 13651
durch die KV Berlin**

oder

**C. Ärzte mit der Arztbezeichnung „Lungenarzt“ bzw. „Arzt für
Lungen- und Bronchialheilkunde“**

Anlage 5.3

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms COPD zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o.[NBSNR] als koord. Arzt § 3 als qual. FA § 4 ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt

Unterschrift anstellender Arzt/
Leiter der Einrichtung und
Vertragsarztstempel

Anlage Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Leistungserbringer-Verzeichnis COPD (ambulanter Sektor)

Versorgungsebenen (nur Einfachnennung möglich)

- A1 = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß § 73 sowie der vertraglich vereinbarten Strukturqualität [1. Ebene]
- A2 = Vertraglich eingebundene (pneumologisch) qualifizierte Fachärzte (Strukturqualität ist zu definieren, muss über der der „normalen“ Hausärzte liegen) oder ein vertraglich eingebundenes Krankenhaus, das nach § 116b SGB V bzw. durch Ermächtigung an der ambulanten Versorgung teilnimmt [1. Ebene, Ausnahmefälle]
- B1 = pneumologisch qualifizierter Arzt gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist, oder qualifizierte Einrichtungen, die für die Erbringung der Leistung(en) der 2. Versorgungsebene zugelassen oder ermächtigt sind oder die nach § 116b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen

Schulungsberechtigung (Mehrfachnennungen möglich)

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

LANR	BSNR	Status BS	Status Arzt	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis (Stadtbezirk)	Telefon-Nr.	Koord. Arzt	Versorg.-ebene	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Schulungsberechtigung

Status Betriebsstätte (BS)
 H = Hauptbetriebsstätte
 N = Nebenbetriebsstätte

Status Arzt
 V = Vertragsarzt
 A = Anstellender Vertragsarzt ohne persönliche DMP-Leistungserbringung
 G = Angestellter Arzt

Hinweise

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

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

Wird die Teilnahme bzw. DMP-Leistungserbringung in der LANR/BSNR-Kombination beendet, wird das Leistungserbringer-Verzeichnis mit dem Endedatum fortgeführt.

Ergänzung je Zeile:

Ggf. anstellender Arzt/Einrichtung				Postanschrift Bezeichnung Arztpraxis/Einrichtung	Postanschrift Straße, Hausnr.	Postanschrift PLZ	Postanschrift Ort
Anrede	Titel	Name	Vorname				

Anlage Versorgungsinhalte

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Versorgungsinhalte gemäß Anlage 11 Ziffer 1, 2 und 3 der RSAV

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

Teil II: Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

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

1.1 Definition der chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD)

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

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

1.2 Hinreichende Diagnostik zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm COPD

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

1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- täglich Husten, meist mit täglichem Auswurf, mindestens über ein Jahr,
- Atemnot bei körperlicher Belastung, bei schweren Formen auch in Ruhe,
- langjähriges Inhalationsrauchen,
- Berufsanamnese,
- Infektanamnese,
- differentialdiagnostisch relevante Erkrankungen, insbesondere Asthma bronchiale und Herzerkrankungen.

Die körperliche Untersuchung zielt ab auf den Nachweis von Zeichen einer bronchialen Obstruktion, einer Lungenüberblähung und eines Cor pulmonale. Bei Patientinnen und

Patienten mit geringer Ausprägung der COPD kann der körperliche Untersuchungsbefund unauffällig sein. Bei schwerer COPD können Giemen und Brummen fehlen, in diesen Fällen ist das Atemgeräusch deutlich abgeschwächt.

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

1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

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

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

– Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich 70 %

und

Zunahme der FEV₁ um weniger als 15 % und/oder um weniger als 200 ml 10 Minuten nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums oder 30 Minuten nach Inhalation eines kurz wirksamen Anticholinergikums (Bronchodilatator-Reversibilitätstestung).

– Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich 70 %

und

Zunahme der FEV₁ um weniger als 15 % und/oder um weniger als 200 ml nach mindestens 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder mindestens 28-tägiger Gabe eines inhalativen Glukokortikosteroids in einer stabilen Krankheitsphase (Glukokortikosteroid-Reversibilitätstestung).

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

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

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

1.3 Therapieziele

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

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

1. Vermeidung/Reduktion von:

– akuten und chronischen Krankheits-Beeinträchtigungen (z. B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),

– einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag,

– einer raschen Progredienz der Erkrankung

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

2. Reduktion der COPD-bedingten Letalität.

1.4 Differenzierte Therapieplanung

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

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

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen. Für die individuelle Risikoabschätzung sind insbesondere die Lungenfunktion (FEV₁) und das Körpergewicht prognostisch relevant.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Maßnahmen

1.5.1.1 Allgemeine nicht-medikamentöse Maßnahmen

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

– COPD-Noxen bzw. -Verursacher (z. B. Aktiv- und Passivrauchen, ausgeprägte, auch berufsbedingte Staubbelastung) und deren Vermeidung,

– Infektionsprophylaxe,

– Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung der COPD führen können,

– eine adäquate Ernährung (hyperkalorisch) bei Untergewicht ^{1), 2), 3)}.

1.5.1.2 Tabakentwöhnung

Inhalationsrauchen verschlechtert die Prognose einer COPD erheblich. Deswegen stehen Maßnahmen zur Raucherentwöhnung im Vordergrund der Therapie.

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

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

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

Im Rahmen der Therapie klärt die/der behandelnde Ärztin/Arzt die Patientin oder den Patienten über die besonderen Risiken des Tabakrauchens für Patientinnen und Patienten mit COPD auf, verbunden mit spezifischen Beratungsstrategien^{4),5), 6), 7)} und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben:

- Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden.
- Raucherinnen und Raucher sollten in einer klaren, auffordernden und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es sollte festgestellt werden, ob die Raucherin oder der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Für ausstiegsbereite Raucherinnen und Raucher sollte professionelle Beratungshilfe (z. B. verhaltenstherapeutisch) zur Verfügung gestellt werden.
- Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

1.5.1.3 Körperliches Training

Körperliches Training führt in der Regel zu einer Verringerung der COPD-Symptomatik, zur Besserung der Belastbarkeit und kann zur Verbesserung der Lebensqualität oder Verringerung der Morbidität beitragen^{8), 9), 10)}.

Daher soll die/der behandelnde Ärztin/Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass die Patientin oder der Patient geeignete Maßnahmen des körperlichen Trainings ergreift. Ein regelmäßiges, mindestens einmal wöchentliches Training, soll empfohlen werden. Art und Umfang des körperlichen Trainings sollen sich an der Schwere der Erkrankung und der Verfügbarkeit der Angebote orientieren.

1.5.1.4 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

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

1.5.1.5 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5.2 Langzeit-Sauerstoff-Therapie

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

1.5.3 Häusliche Beatmung

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

1.5.4 Rehabilitation

Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem Patientinnen und Patienten mit COPD mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten^{10), 17), 18), 19), 20), 21), 22), 23)} sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die COPD und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken. Dabei ist den besonderen Bedürfnissen betroffener Kinder und Jugendlicher Rechnung zu tragen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5.5 Operative Verfahren

Lungenfunktionsverbessernde Verfahren sind in geeigneten Fällen (insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit großen Bullae bzw. schwerem oberfeldbetontem Emphysem) zu erwägen²⁴⁾.

1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

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

1.5.7 Medikamentöse Maßnahmen

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

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

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

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

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

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

24) Worth, H, Buhl, R, Cegla, U, Criée, CP, Gillissen, A, Kardos, P, Köhler, D, Magnussen, H, Meister, R, Nowak, D, Petro, W, Rabe, KF, Schultze-Werninghaus, G, Sitter, H, Teschler, H, Welte, T, Wettengel, R: Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) Pneumologie 2002; 11.

Vorrangig sollten folgende Wirkstoffgruppen bzw. Wirkstoffe verwendet werden:

Bedarfstherapie:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin),
- kurz wirksame Anticholinergika (Ipratropiumbromid),
- Kombination von kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika.

In begründeten Fällen:

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

Falls erforderlich zur Dauertherapie:

- lang wirksames Anticholinergikum (Tiotropiumbromid),
- lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Formoterol, Salmeterol).

In begründeten Einzelfällen:

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

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

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

1.5.7.1 S c h u t z i m p f u n g e n

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

1.5.7.2 A t e m w e g s i n f e k t e

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

25) Calverley P, Pauweis R, Vestbo J et al.: Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003; 561: 449-456.

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

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

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

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

1.6.1 Koordinierende/r Ärztin/Arzt

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

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit COPD eine/n zugelassene/n oder ermächtigte/n qualifizierte/n Fachärztin/Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin/diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.6.2 sind von der/dem gewählten Ärztin/Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

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

1.6.2 Überweisung von der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

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

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter Behandlung,
- wenn eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird,
- vorausgegangene Notfallbehandlung,
- Begleiterkrankungen (z. B. schweres Asthma bronchiale, symptomatische Herzinsuffizienz, zusätzliche chronische Lungenerkrankungen),
- Verdacht auf respiratorische Insuffizienz (z. B. zur Prüfung der Indikation zur Langzeitsauerstofftherapie bzw. intermittierenden häuslichen Beatmung),
- Verdacht auf berufsbedingte COPD.

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

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

- Verdacht auf lebensbedrohliche Exazerbation,

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

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

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

1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Eine Rehabilitationsleistung ist insbesondere zu erwägen bei ausgeprägten Formen der COPD mit relevanten Krankheitsfolgen trotz adäquater medizinischer Betreuung, insbesondere bei Ausschöpfung der Therapie bei schwierigen und instabilen Verläufen mit schwerer bronchialer Obstruktion, ausgeprägter bronchialer Hyperreagibilität, psychosozialer Belastung und/oder bei schweren medikamentös bedingten Folgekomplikationen ^{28), 29)}.

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

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.

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

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

Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt soll prüfen, ob die Diagnose der COPD gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu Ziffer 3.1 der Anlage 1 gelten entsprechend.

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

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

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Für die Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer COPD-typischen Anamnese, Nachweis einer Reduktion von FEV1 unter 80 % des Sollwertes und mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als zwölf Monate sein.

– Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 70 %

und

Zunahme der FEV1 um weniger als 15 % und/oder um weniger als 200 ml 10 Minuten nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums oder 30 Minuten nach Inhalation eines kurz wirksamen Anticholinergikums (Bronchodilatator-Reversibilitätstestung).

– Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 70 %

und

Zunahme der FEV1 um weniger als 15 % und/oder um weniger als 200 ml nach mindestens 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder mindestens 28-tägiger Gabe eines inhalativen Glukokortikosteroids in einer stabilen Krankheitsphase (Glukokortikosteroid-Reversibilitätstestung).

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

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

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

Anlage Qualitätssicherung

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

V 3.1 - Stand 03.07.2008

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

Teil 1

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

Teil 2

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

Anm.:

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
III. Vermeidung von Exazerbationen	<p>Anteil von Patientinnen und Patienten COPD mit zwei oder mehr Exazerbationen bei Betrachtung der letzten 6 Monate</p> <p><u>Zielwert:</u> ≤ 50%²</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 2 (ISD) (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) während der letzten 6 Monate ≥ 2</p> <p><u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP</p> <p><i>zusätzlich: Darstellung der patienten-bezogenen Häufigkeiten der Exazerbationen</i></p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	<p>LE: Information durch das Feedback</p> <p><i>LE: Information durch das Feedback</i></p>
IV. Erhöhung des Anteils der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	<p>Anteil der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 90 %</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 7 (ISD) (Inhalationstechnik überprüft) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle wegen COPD eingeschriebenen Patienten</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

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

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie				
V. Reduktion des Anteils der Patienten, die systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten.	Anteil der Patientinnen und Patienten, die in aufeinanderfolgenden Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide erhalten, bezogen auf alle Patienten <u>Zielwert:</u> ≤ 10% ³	<u>Zähler</u> Anzahl der Patienten mit Feld 8 (ISD) (sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Systemische Glukokortikosteroide“ in der aktuellen Dokumentation <u>und</u> in der vorhergehenden Dokumentationen <u>Nenner:</u> Alle wegen COPD eingeschriebenen Patienten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6				
VI. Erhöhung des Anteils der Patienten, die bei Beginn einer notwendigen Dauertherapie mit oralen Steroiden zum Facharzt überwiesen werden.	Anteil der Patienten, die zum Facharzt überwiesen werden, unter allen Patienten mit einer erstmaligen systemischen Glukokortikoidtherapie über 2 aufeinanderfolgende Dokumentationen <u>Zielwerte:</u> ≥ 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 (ISD) (COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung) veranlasst = „ja“ in der vorhergehenden Dokumentation <u>Nenner:</u> Alle Patienten mit Feld 8 (ISD) (Sonstige diagnosespezifische Medikation) = „Systemische Glukokortikosteroide“ in der aktuellen Dokumentation <u>und</u> in der vorhergehenden Dokumentation <u>und nicht</u> in der vorletzten Dokumentation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

³ Der Nutzen einer oralen Glukokortikoidtherapie als Langzeitgabe ist nicht belegt, die Rate schwerwiegender Nebenwirkungen ist hoch. Der Anteil der Versicherten mit oraler Steroidlangzeittherapie sollte unter 5 % betragen.

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation				
VII. Sicherstellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation	Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen <u>Zielwert:</u> ≥95%	<u>Zähler:</u> Anzahl der bei Ersteingang vollständigen und plausiblen Dokumentationen <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum	Wenn nicht alle erforderlichen Datenfelder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind	LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien				
VIII. Reduktion von Exazerbationen	Entfällt	entfällt	Wenn Feld 2 (ISD) (Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) > 1	Information des Versicherten über COPD über eine Versichertenbroschüre, maximal einmal pro Jahr
IX. Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 3 (ISD) (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation) > 0	Information des Versicherten über COPD über eine Versichertenbroschüre, maximal einmal pro Jahr
6. Aktive Teilnahme der Versicherten				
X. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
XI. Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (ADS) (Vom Patienten gewünschte Informationsangebote) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
XII. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 10 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich	Aufklärung/ Information über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr
XIII. Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	Anteil der verordneten Schulungen, die abgerechnet worden sind. <u>Zielwert:</u> ≥ 85%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten, für die innerhalb von 4 Quartalen nach Empfehlung eine COPD Schulung abgerechnet wird. <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 9 (ISD) (COPD-Schulung empfohlen) = „ja“	entfällt	Auswertung im Qualitätsbericht

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

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

Erläuterungen zu den Algorithmen

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

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

Im Falle verlaufsbezogener Auswertungen nach Teilnahmedauer (s.u.) ergibt sich die Notwendigkeit, Zeiträume eindeutig zu definieren: Bezugsgrößen sind hier immer das Datum der Einschreibung sowie die im DMP durchlaufene Mindest-Teilnahmezeit, die durch den Beginn des darauf folgenden Berichtszeitraums beendet wird. So entspricht z. B. bei halbjährlichen Berichtszeiträumen eine Teilnahmedauer von 1 Jahr einer Folgedokumentation ≥ 1 Jahr und $< 1,5$ Jahre nach Datum der Einschreibung des zugehörigen Patienten. Auch hier gilt bei

Vorliegen mehrerer Dokumentationen im selben Zeitraum, dass die jüngere Dokumentation maßgeblich ist. Nach längerer Laufzeit des DMPs können verlaufsbezogene Darstellungen aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit auch auf Jahresräume abzielen.

Allgemein

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

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

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

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

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

Literatur

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

Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

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

Nichtmedikamentöse Therapie

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

Medikamentöse Therapie

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

Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

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

Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6

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

Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität

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

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

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

Aktive Teilnahme der Versicherten

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

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

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

Literatur

Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten

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

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für COPD

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

OB0AH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

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

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für COPD

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

OBDAH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

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

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für COPD

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

060AH

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig) Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig) Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

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

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

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

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

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

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

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

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

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

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

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

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

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

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

Die wesentlichen Therapieziele bei COPD sind:

1. Vermeidung/Reduktion von

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

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

2. Reduktion der COPD-bedingten Sterblichkeit

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

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen.

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

Medikamente zur Dauertherapie:

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

und in begründeten Einzelfällen:

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

Medikamente der Bedarfstherapie:

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

und in begründeten Fällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)

Medikamente der Bedarfstherapie werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind.

Weitere wichtige Behandlungsbestandteile sind u. a. Schulungen und Informationen, wodurch Sie besser über Ihre individuelle Behandlung mitentscheiden können, die Aufklärung über die Vermeidung von auslösenden Faktoren Ihrer Erkrankung und die Förderung des körperlichen Trainings.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

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

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

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

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

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

Teilnahmevoraussetzungen

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

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

Dokumentationsdaten

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der RSAV

Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Familienname, Vorname
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträger	Name der Krankenkasse
5	Krankenkassen-Nummer	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/Asthma bronchiale/COPD
11	Modul-Teilnahme ¹⁾	Chronische Herzinsuffizienz ²⁾ : Ja/Nein
12	Geschlecht	Männlich/Weiblich
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck ³⁾	mm Hg
16	Raucher	Ja/Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/ Diabetes mellitus/KHK/AVK/Schlaganfall/ Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/ COPD/Keine der genannten Erkrankungen
18	Serum-Kreatinin ⁴⁾	mg/dl/ μ mol/l/Nicht bestimmt
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/ Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21	Nächste Dokumentationserstellung geplant am (optionales Feld)	TT.MM.JJJJ

1) Nur bei DMP KHK auszufüllen.

2) Systolische Herzinsuffizienz mit LVEF < 40 %.

3) Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen.

4) Bei KHK, Asthma bronchiale und COPD nur optional auszufüllen.*

„Anlage 12
(zu §§ 28b bis 28g)

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Dokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate)	X,XX Liter/Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
2	Häufigkeit von Exazerbationen ¹⁾ seit der letzten Dokumentation ²⁾	Anzahl
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation ²⁾	Anzahl
Medikamente		
4	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika	Bei Bedarf/Dauemedikation/Keine/ Kontraindikation
5	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf/Dauemedikation/Keine/ Kontraindikation
6	Lang wirksame Anticholinergika	Bei Bedarf/Dauemedikation/Keine/ Kontraindikation
7	Inhalationstechnik überprüft	Ja/Nein
8	Sonstige diagnosespezifische Medikation	Nein/Theophyllin/Inhalative Glukokortiko- steroid/ Systemische Glukokortikosteroid/ Andere
Schulung		
9	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja/Nein

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

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

Anlage Patientenschulung

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Patientenschulungen nach § 22

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages ist das nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramm für Versicherte mit COPD zielgruppenspezifisch durchzuführen:

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

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