

**Vertrag zur Durchführung des
Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V**

**Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen:
chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)**

auf der Grundlage von § 73 a SGB V

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

und

**AOK Berlin – Die Gesundheitskasse,
zugleich handelnd für die See-Krankenkasse**

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

vertreten durch die Landesvertretung Berlin,
handelnd für seine Mitgliedsassen

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV)

vertreten durch die Landesvertretung Berlin,
handelnd für seine Mitgliedsassen

BKK-Landesverband Ost

BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse

handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4 SGB V für die Innungskrankenkassen mit Mitgliedern in Berlin

Knappschaft

- Dienststelle Berlin -

Krankenkasse für den Gartenbau,

handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung Berlin

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziel der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors
- § 5a Krankenhäuser
- § 5b Rehabilitationseinrichtungen
- § 6 Teilnahmeerklärung
- § 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 8 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 9 Verzeichnisse
- § 10 Vertragsmaßnahmen

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

- § 11 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm COPD

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 12 Grundlagen und Ziele
- § 13 Maßnahmen und Indikatoren
- § 14 Durchführung der Qualitätssicherung

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

- § 15 Teilnahmevoraussetzungen
- § 16 Information und Einschreibung

- § 17 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 18 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 19 Wechsel des koordinierenden Arztes
- § 20 nicht besetzt

Abschnitt VI – Information / Schulung / Fortbildung

- § 21 Information und Fortbildung der Vertragsärzte
- § 22 Information und Schulung der Versicherten

Abschnitt VII – Arbeitsgemeinschaft / Datenannahme- und -verarbeitungsstelle (Datenstelle) / Gemeinsame Einrichtung

- § 23 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft
- § 24 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 25 Datenstelle
- § 26 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung
- § 27 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung
- § 28 Kostenumlage

Abschnitt VIII – Datendokumentation und Datenverwendung

- § 29 Erst- und Folgedokumentation
- § 30 Datenverwendung
- § 31 Datenzugang
- § 32 Datenaufbewahrung und –löschung

Abschnitt IX

- § 33 Evaluation

Abschnitt X – Vergütung und Abrechnung

- § 34 Abrechnung und Vergütung

Abschnitt XI – Sonstige Bestimmungen

- § 35 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 36 Laufzeit und Kündigung
- § 37 Salvatorische Klausel

Anlagen 1-12

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV in der jeweils gültigen Fassung der Verordnung zur Änderung der RSAV beruhen, optimiert werden. Daher schließen die Krankenkassen in Berlin und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (in der Folge KV Berlin genannt) folgenden Vertrag zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (im Folgenden COPD genannt).

Nach Auffassung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei an COPD erkrankten Erwachsenen in Deutschland verbesserungsbedürftig. Die chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen stellen wegen der in vielen Fällen im Rahmen eines längeren Behandlungsablaufes notwendig werdenden stationären Behandlungsepisoden und/oder Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere in ihrer chronischen Verlaufsform eine Erkrankung dar, bei der ein sektorübergreifender Behandlungs- und Koordinationsbedarf besteht.

Bei der COPD vermag die Patientin oder der Patient durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren, z.B. durch eine Aufgabe des Rauchens, die Vermeidung von auslösenden Faktoren und durch körperliches Training, den Krankheitsverlauf erheblich zu beeinflussen. Diesem Umstand wird im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme Rechnung getragen.

Die Vertragspartner stimmen überein, dass die Durchführung des Programms, insbesondere die Regelungen zur Erfassung, Übermittlung und Nutzung von Behandlungsdaten so zu gestalten sind, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht beeinträchtigt wird.

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziel der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms COPD in der Region der KV Berlin.
- (2) Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte übernehmen mit Unterstützung der Krankenkassen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Darüber hinaus soll der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen angeregt werden, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und die in Abs. 3 genannten Ziele zu erreichen.

(3) Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm COPD sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend Anlage 11 Ziffer 1.3 der RSAV streben die Vertragspartner dieser Vereinbarung in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen folgende Therapieziele an:

1. Vermeidung/ Reduktion von:

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (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.

§ 2 Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

1. Vertragsärzte, Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gem. § 95 Abs. 1 SGB V und Ärzte in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V in der Region der KV Berlin, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben,
2. Versicherte der beteiligten Krankenkassen im Bereich der KV Berlin, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages eingeschrieben haben,
3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KV Berlin darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KV Berlin, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 34 anerkennen. Die KV Berlin informiert die teilnehmenden Vertragsärzte,
4. die Behandlung von Versicherten der BKK, die einen nach diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt gem. Ziffer 1 in Berlin aufsuchen und sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des Programms erfolgt durch die jeweilige BKK,
5. die Behandlung von Versicherten weiterer Innungskrankenkassen, die dem Vertrag beitreten können, sofern sie gegenüber der KV Berlin erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen nach § 34 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Die KV Berlin wird von der beitretenden Innungskrankenkasse informiert. Die Durchführung des Programms erfolgt

durch die in Berlin ansässige Innungskrankenkasse oder ggf. durch die beitretende Innungskrankenkasse.

- (2) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (3) Basis des Vertrages ist die RSAV in der jeweils gültigen Fassung der Verordnung zur Änderung der RSAV. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieser Vereinbarung zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 36 Abs. 3 dieser Vereinbarung. Die Anlagen, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich den Anlagen 11 Ziffer 1, 2, 3 sowie 12a und 12b der RSAV.

Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungsektors (koordinierender Arzt)

- (1) Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ erfüllen.
- (2) Zu den Aufgaben des teilnehmenden Vertragsarztes (koordinierender Vertragsarzt) gehören insbesondere:
 1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer vertraglich eingebundener Leistungserbringer, unter Beachtung der nach § 11 geregelten Versorgungsinhalte einschließlich der Kooperation gemäß Punkt 1.6,
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 16,
 3. die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie der Erst- und Folgedokumentation gemäß den Anlagen 12a und 12b RSAV entsprechend der Vorgabe in § 29 Abs. 3 an die Datenstelle nach § 25; der Vertragsarzt vergibt dabei für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende Fallnummer, die aus max. 7 Zeichen bestehen darf,
 4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 12 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 5. die Durchführung von Schulungen gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Berlin entsprechend nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen,

6. die Überweisung an andere Leistungserbringer, insbesondere die vertraglich eingebundenen, gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ und
7. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
 - therapierelevante Informationen entsprechend Anlage 8 „Versorgungsinhalte“, z.B. betreffend die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzuholen,
8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ genannten Indikationen eine Einweisung in ein am Programm teilnehmendes Krankenhaus entsprechend der Anlage 7 „Leistungserbringer-Verzeichnis (stationärer Sektor)“ vorzunehmen. In Zweifelsfällen hinsichtlich der Krankenseinweisung nach Ziffer 1.6.3 sollte der koordinierende Arzt zuvor die Zweitmeinung eines qualifizierten Arztes gem. § 4 einholen und dokumentieren.

Eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten muss unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstrukturen an diese vertraglich eingebundenen stationären Einrichtungen erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

9. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.4 der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ genannten Indikationen, die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

- (1) Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung ist der fachärztlich tätige Internist sowie der Arzt mit der Bezeichnung „Lungenarzt“ bzw. „Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde“, wenn er die Voraussetzungen und Verpflichtungen nach Anlage 2 „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ erfüllt. Die Strukturqualität muss der Vertragsarzt zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung erfolgt entsprechend § 7.
- (2) Zu den Aufgaben des teilnehmenden Facharztes gehören insbesondere:
 1. die Mit- und Weiterbehandlung des teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in Anlage 8 geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele gemäß § 12, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Schulungen gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung entsprechend nachgewiesen ist,
 4. die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“,

5. bei Überweisung an andere Leistungserbringer,
 - therapierelevante Informationen entsprechend Anlage 8 „Versorgungsinhalte“, z.B. betreffend die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzuholen,
 6. die Übermittlung therapierelevanter Informationen an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3, sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt,
 7. die Übermittlung therapierelevanter Informationen zur Erstellung der Dokumentation bei Wiederaufnahme der Behandlung des Versicherten durch den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3,
 8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ genannten Indikationen eine Einweisung in ein am Programm teilnehmendes Krankenhaus entsprechend der Anlage 7 „Leistungserbringer-Verzeichnis (stationärer Sektor)“ vorzunehmen und den koordinierenden Vertragsarzt hiervon zu unterrichten. Eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten muss unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstrukturen an diese vertraglich eingebundenen stationären Einrichtungen erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
 9. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.4 der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ genannten Indikationen, die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.
- (3) In Ausnahmefällen gemäß 1.6.1 der Anlage 11 der RSAV kann der nach § 4 teilnehmende Facharzt auf Antrag die Aufgaben eines koordinierenden Arztes gemäß § 3 Absatz 2 dieses Vertrages für Patienten übernehmen, die er bereits vor der Einschreibung dauerhaft betreut hat oder wenn diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Gemäß 1.6.1 der Anlage 11 der RSAV sind die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.6.2 von der gewählten Ärztin, vom gewählten Arzt zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientin oder des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.. Dabei hat er bei einer Stabilisierung des Zustandes des Versicherten zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an einen nach § 3 Absatz 1 teilnehmenden Arzt möglich ist.

§ 5a Krankenhäuser

Die Krankenkassen binden qualifizierte Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose COPD vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser verpflichten sich, die vertraglich vereinbarten Mindestanforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen und die Patienten gemäß den medizinischen Vorgaben der RSAV in der jeweils gültigen Fassung zu behandeln. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig.

§ 5b

Rehabilitationseinrichtungen

Die Krankenkassen binden Rehabilitationseinrichtungen für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten vertraglich ein. Die teilnehmende Rehabilitationseinrichtung verpflichtet sich, die medizinischen Grundlagen der RSAV in der jeweils gültigen Fassung zu beachten, die vertraglich vereinbarten Mindestanforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen und die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren (der GRV bzw. der GKV) nachzuweisen. Die Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig.

§ 6

Teilnahmeerklärung

Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 oder als fachärztlich tätiger Arzt nach § 4 gegenüber der KV Berlin schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlagen 5 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ zur Teilnahme am Disease-Management-Programm bereit. Er genehmigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den für ihn in Vertretung ohne Vollmacht mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag.

§ 7

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und -verpflichtungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4 sowie der Schulungsberechtigungen entsprechend der Anforderungen des Schulungsprogramms wird von der KV Berlin geprüft und die Teilnahme genehmigt.
- (2) Die Krankenkassenverbände erhalten von der Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung eine Kopie der erstellten negativen Bescheide. Die Information über erteilte positive Entscheide erfolgt in Form einer Excel-Tabelle auf elektronischem Wege.
- (3) Die Gemeinsame Einrichtung wird über Widersprüche von Vertragsärzten informiert und hat die Möglichkeit, ein Votum gegenüber dem Büro der Widerspruchsstelle der KV Berlin abzugeben.
- (4) Die KV Berlin legt der Gemeinsamen Einrichtung jährlich einen zusammenfassenden Bericht vor, aus dem die kontinuierliche Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und -verpflichtungen der Vertragsärzte hervorgeht.

§ 8 Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Programm beginnt mit dem Datum der Genehmigung durch die KV Berlin. Voraussetzung ist die Einschreibung bei der KV Berlin gem. der Anlagen 5 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ und die Vorlage der vollständigen Nachweise gemäß der Teilnahmevoraussetzungen. Die Teilnahme wird von der KV Berlin nach Eingang der Teilnahmeerklärung und der Nachweise innerhalb von 14 Kalendertagen schriftlich genehmigt.
- (2) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Berlin zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Vertragsarztes, können die Krankenkassen die hiervon betroffenen Versicherten ohne Angabe von Gründen darüber informieren und ihnen das Vertragsärzterverzeichnis gemäß § 9 zukommen lassen.

§ 9 Verzeichnisse

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gemäß den §§ 3 und 4 führt die KV Berlin ein Verzeichnis. Die KV Berlin stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassenverbänden und der Datenstelle nach § 25 dieses Vertrages in elektronischer Form, z.B. als Excel-Datei, entsprechend der Anlage 6 „Vertragsärzterverzeichnis“ wöchentlich zur Verfügung.
- (2) Die teilnehmenden Krankenkassen bzw. deren Verbände stellen das Vertragsärzterverzeichnis dem BVA beim Antrag auf Akkreditierung und nachfolgend auf Anforderung zur Verfügung. Der Prüfbehörde wird das Verzeichnis auf Anforderung zur Verfügung gestellt.
- (3) Die teilnehmenden Krankenkassen führen ein Verzeichnis der nach § 5a des Vertrages teilnehmenden Krankenhäuser und nach § 5b des Vertrages teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen. Das Leistungserbringer-Verzeichnis (stationärer Sektor) gemäß Anlage 7 stellen die Krankenkassen der KV Berlin und dem BVA beim Antrag auf Akkreditierung und nachfolgend auf Anforderung zur Verfügung. Der Prüfbehörde wird das Verzeichnis auf Anforderung zur Verfügung gestellt.
- (4) Weiterhin werden die Verzeichnisse folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 - am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten,
 - bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung.

§ 10 Vertragsmaßnahmen

- (1) Im Rahmen des Disease-Management-Programms sind sich die Vertragspartner darüber einig, die teilnehmenden Leistungserbringer, die gegen die im Programm festgelegten Anforderungen verstoßen, wirksam zu sanktionieren.
- (2) Verstößt ein Vertragsarzt gegen die Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung, löst dieses folgende Maßnahmen aus:
 1. keine Vergütung von unvollständigen/unplausiblen Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung,
 2. bei wiederholter Vertragsverletzung eines am Disease-Management-Programm teilnehmenden Arztes verständigt sich die Gemeinsame Einrichtung über nachfolgende Sanktionen:
 - Verwarnung,
 - ein vorübergehender Ausschluss von der Teilnahme am Disease-Management-Programm COPD,
 - ein endgültiger Ausschluss von der Teilnahme am Disease-Management-Programm COPD.
- (3) Grundsätzlich ergehen die Sanktionen nach Abs. 2 in der genannten Reihenfolge. Das gilt nicht bei schwerer Verfehlung.
- (4) Die jeweiligen Sanktionen werden von der KV Berlin vollzogen.

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 11 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm COPD

Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ definiert. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen der Anlage 11, Ziffer 1, 2 und 3 der RSAV. Der teilnehmende Leistungserbringer verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gem. § 6, insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 12 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in den Anlagen 9 „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2, Satz 2, Nr. 1 SGB V einschließlich Therapieempfehlungen,
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren gemäß 1.6 der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“,
4. Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität,
5. Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß den Anlagen 12a und 12b RSAV,
6. aktive Teilnahme des Versicherten.

§ 13 Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend der Ziffer 2 der Anlage 11 der RSAV sind diesem Disease-Management-Programm Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlagen 9 „Qualitätssicherung“ zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend Anlage 11 Ziffer 2 der RSAV insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; hierfür kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Verfahren sein,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in der Anlage 9 „Qualitätssicherung“ fixierten Indikatoren herangezogen.
- (4) Über die Weiterentwicklung der arztbezogenen Qualitätssicherung verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 26.

§ 14**Durchführung der Qualitätssicherung**

- (1) Die Datenstelle gemäß § 25 dieser Vereinbarung sichert mit der Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität die Qualität der Dokumentation und übernimmt mit der Nachforderung fehlender oder unplausibler Dokumentationsdaten eine Erinnerungsfunktion gegenüber den dokumentierenden Vertragsärzten.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung nach § 26 dieser Vereinbarung wertet die ihr gemäß § 25 Abs. 2 Nr. 4 dieser Vereinbarung übermittelten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der Anlage 9 „Qualitätssicherung“ zu dieser Vereinbarung arztbezogen aus und führt die Qualitätssicherung gemäß § 27 dieser Vereinbarung durch.
- (3) Die Krankenkassen werten die ihnen gemäß § 25 Abs. 3 dieser Vereinbarung übermittelten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der Anlage 9 versichertenbezogen aus.
Um die aktive Teilnahme der Versicherten am Programm zu gewährleisten, sehen die Krankenkassen insbesondere folgende Maßnahmen vor:

Die Krankenkassen

1. erinnern die eingeschriebenen Versicherten anhand schriftlicher Information an notwendige Nachsorge- und Behandlungstermine, wenn der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme aufgrund der von der Datenstelle gemäß § 25 dieser Vereinbarung an die Krankenkassen gemeldeten Daten fehlt,
 2. beraten die eingeschriebenen Versicherten individuell und anlassbezogen, wenn aufgrund der von der Datenstelle gemäß § 25 dieser Vereinbarung an die Krankenkassen gemeldeten Daten eine mangelnde Unterstützung des Behandlungsprogramms durch den Versicherten erkennbar ist,
 3. berichten der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 26 dieser Vereinbarung in regelmäßigen Abständen über die Ergebnisse der Erinnerungsmaßnahmen und berücksichtigen die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Maßnahmen.
- (4) Die KV Berlin
1. wertet die ihr gemäß § 25 Abs. 2 Nr. 4 dieser Vereinbarung übermittelten Dokumentationsdaten arztbezogen aus und übernimmt auf Grund des 12a-Datensatzes originär die weitergehende Qualitätssicherung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und entscheidet eigenverantwortlich über die Art und Weise und den Umfang,
 2. informiert die Gemeinsame Einrichtung nach § 26 dieser Vereinbarung über die Auswertungen gemäß Punkt 1,
 3. berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.
- (5) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden nach Abstimmung durch die Vertragspartner in geeigneter Weise, z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, Fachpresse oder Ärztezeitung regelmäßig, mindestens einmal jährlich, öffentlich dargelegt.

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 15 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht gleichzeitig in das DMP Asthma eingeschrieben sind oder werden, können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern folgende Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 11 Ziffer 3 der RSAV erfüllt sind:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend Anlage 11 Ziffer 1.2 der RSAV auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,
 2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
 3. die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, und dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.
- (2) Darüber hinaus hat der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen, die in der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ geregelt sind.
- (3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

§ 16 Information und Einschreibung

- (1) Die beteiligten Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Anlagen 10 „Patienteninformation“ bestehend aus dem Merkblatt, der Datenschutzinformation und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, umfassend über das Disease-Management-Programm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.

- (2) Koordinierende Vertragsärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 15 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 bei diesem koordinierenden Vertragsarzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 folgende Unterlagen notwendig:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt auf der Dokumentation der Einschreibekriterien (Zeile 1-12 der Erstdokumentation der Anlage 11 „Dokumentationsdaten 12a/b“ mit Versicherten- und Leistungserbringerbezug),
 2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der Arzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann,
 3. die Erstdokumentation (Zeile 13 ff. der Erstdokumentation der Anlage 11 „Dokumentationsdaten 12a/b“ mit Versichertenbezug).
- (4) Mit der Einschreibung in das Disease-Management-Programm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 10.3 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß der Anlage 11 an die Datenstelle gemäß § 25 weiterleitet. Die beteiligten Krankenkassen stellen sicher, dass der Versicherte nur bei einem koordinierenden Vertragsarzt für die Diagnose COPD eingeschrieben ist.
- (5) Auch die Krankenkasse kann Versicherte in das Disease-Management-Programm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden Vertragsarzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und weitergeleitet werden.
- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 in der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt die Krankenkasse dem Versicherten und dem koordinierenden Vertragsarzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem Disease-Management-Programm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn der Versicherte an mehreren in der RSAV genannten Erkrankungen leidet, kann er mit Ausnahme des DMP Asthma an verschiedenen Disease-Management-Programmen teilnehmen.
- (8) Die Krankenkassen statten eingeschriebene Versicherte mit neuen Krankenversichertenkarten aus, mit denen diese für die Abrechnung und für die Durchführung des Risikostrukturausgleiches als DMP-Versicherte erkennbar sind. Die Krankenkassen verpflichten sich, mit Ausgabe der neuen Versichertenkarten an die eingeschriebenen Versicherten, die alten Versichertenkarten zeitgleich einzuziehen.

§ 17**Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (vgl. Anlage 10.2 „Datenschutzinformation“) erklärt sich der Versicherte gemäß der Anlage 10.3 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ zur Teilnahme an dem Disease-Management-Programm bereit und willigt einmalig schriftlich in die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten ein.

§ 18**Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 16 Abs. 3 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gemäß § 16 Abs. 6.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme und/oder Einwilligung gemäß Anlage 10.3 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ jederzeit schriftlich gegenüber der zuständigen Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang des Kündigungsschreibens bei der Kasse aus.
- (3) Die zuständige Krankenkasse beendet die Teilnahme des Versicherten bei Vorliegen einer der in § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV genannten Tatbestände mit Wirkung zu dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum).
- (4) Die zuständige Krankenkasse informiert den Versicherten, den koordinierenden Vertragsarzt und die Datenstelle nach § 25 unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm.

§ 19**Wechsel des koordinierenden Arztes**

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 zu wechseln. Hierfür unterschreibt der Versicherte bei seinem neuen koordinierenden Vertragsarzt erneut die Einschreibeunterlagen nach § 17 und kreuzt „Arztwechsel“ an. Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend der Anlage 11 und übersendet die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Folgedokumentation innerhalb von 7 Kalendertagen an die Datenstelle gemäß § 25. Nach Eingang der vollständigen Unterlagen wird auch der bisherige koordinierende Vertragsarzt von der zuständigen Krankenkasse informiert.

- nicht besetzt -

Abschnitt VI – Information / Schulung / Fortbildung

§ 21

Information und Fortbildung der Vertragsärzte

- (1) Die Krankenkassen und die KV Berlin informieren die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte umfassend über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms COPD. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Information auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 6 dieser Vereinbarung.

Die zu verwendenden Informationsmaterialien stimmen die Vertragspartner ab.

- (2) Fortbildung, z.B. durch Schulungen der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte, dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten ab, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit.
- (3) Die Gemeinsame Einrichtung gem. § 26 definiert bedarfsorientiert Anforderungen an die für die Disease-Management-Programme relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Vertragsärzte. Die beschlossenen Anforderungskriterien werden Teil der Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ sowie der Anlage 2 „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ des Vertrages und sind den Vertragsärzten in geeigneter Form bekannt zu geben. Die im Rahmen der Strukturqualität geforderte regelmäßige Fortbildung ist entsprechend der Regelung in der Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ sowie der Anlage 2 „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ nachzuweisen.

§ 22

Information und Schulung der Versicherten

- (1) Die Krankenkassen informieren anhand der Patienteninformation, bestehend aus dem Merkblatt, der Datenschutzinformation und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (vgl. Anlagen 10) ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms COPD. Hierbei werden auch die

vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere betreffend der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 8 „Versorgungsinhalte“, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der RSAV widersprechen, verzichtet werden.
- (4) Das Nähere zu Patientenschulungen regelt die Anlage 12 „Patientenschulung“.

Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft / Datenannahme- und -verarbeitungsstelle (Datenstelle) / Gemeinsame Einrichtung

§ 23

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird durch Gesellschafterbeschluss geregelt.

§ 24

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KV Berlin und die nach § 26 gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat die Aufgabe, auf Verlangen eines jeden Vertragspartners, der Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, den Versichertenbezug wieder herzustellen, wenn dies im Einzelfall für die Erfüllung seiner jeweiligen Aufgabe zur Prüfung der Qualität der im Rahmen des Disease-Management-Programms erbrachten vertragsärztlichen Leistungen oder zur Sicherstellung der Vollständigkeit und Plausibilität der auf Grundlage der Dokumentationsdaten 12a und 12b der RSAV erstellten Dokumentationen erforderlich ist.

§ 25 **Datenstelle**

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen bzw. deren Verbände und die Arbeitsgemeinschaft nach § 23 beauftragen eine Datenannahme- und -verarbeitungsstelle (Datenstelle).
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 23 beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten 12a der RSAV,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 3. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten 12a der RSAV,
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten 12a der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug in weiterverarbeitungsfähiger Form an die Gemeinsame Einrichtung gem. § 26 und die KV Berlin.
- (3) Die teilnehmenden Krankenkassen bzw. deren Verbände beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten 12b der RSAV und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 3. Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
 4. Weiterleitung der Zeilen 1-11 der Erstdokumentation des von der Datenstelle erfassten Datensatzes 12b gem. Anlage 11 mit Versichertenbezug und Arztbezug unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
 5. Weiterleitung der übrigen Daten der Erst- bzw. Folgedokumentation des von der Datenstelle erfassten Datensatzes 12b gem. Anlage 11 mit Versichertenbezug ohne Arztbezug an die jeweilige Krankenkasse.
- (4) Das Nähere zu den Absätzen (2) und (3) regeln jeweils die Krankenkassen bzw. deren Verbände und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X, die Bestandteil dieser Vereinbarung sind. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt die Arbeitsgemeinschaft durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenstelle zu einem späteren Zeitpunkt mit noch zu bestimmenden Aufgaben der Datenaufbereitung beauftragen kann. Wird eine entsprechende Beauftragung vorgenommen, ist der hierzu nach § 80 SGB X notwendige Vertrag dem BVA unverzüglich zu übermitteln.
- (5) Die Teilnahmeerklärung (Anlage 5.1) des koordinierenden Arztes nach § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,

2. Trennung der Dokumentationen in die Datensätze 12a und 12b der RSAV,
 3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten 12a der RSAV an die Arbeitsgemeinschaft,
 4. Anonymisierung des Arztbezuges bezüglich der Dokumentationsdaten 12b der RSAV – mit Ausnahme der Zeilen 1-11 der Dokumentationsdaten 12b (Erstdokumentation) – sowie Bereitstellung dieser Daten für die jeweilige Krankenkasse.
 5. bei elektronischer Übermittlung der Dokumentationsdaten, sofern die Ärztin/der Arzt keine qualifizierte elektronische Signatur einsetzen kann, die Erzeugung einer Versandliste für alle von der Arztpraxis übermittelten Dokumentationsdatensätze,
 6. die unmittelbare Übermittlung der Versandliste nach Erhalt der Dokumentationsdaten an die Arztpraxis mit der Bitte um Prüfung, Unterzeichnung und sofortige Rücksendung an die Datenstelle,
 7. Überprüfung, ob die Versandliste resp. das Bestätigungsschreiben gemäß Variante III der Verfahrensbeschreibung zum Nachweis der Arztunterschrift bei elektronischer DMP-Datenübermittlung unterschrieben und innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums in der Datenstelle vorgelegen hat.
- (6) Zur Erfüllung der in Absatz 5 genannten Aufgaben genehmigt der Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gem. Anlagen 5 den für ihn in Vertretung/ohne Vollmacht zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle nach Absatz 1 geschlossenen Vertrag und beauftragt die Datenstelle mit diesen Aufgaben.

§ 26

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft erweitern die Aufgaben der bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 4 der RSAV zur Erfüllung der Aufgaben nach § 28c und g der RSAV. Das Nähere wird durch Gesellschafterbeschluss geregelt.

§ 27

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gem. Anlage 9 „Qualitätssicherung“ durchzuführen. Dazu gehört:
 1. eine Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten 12a der RSAV,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten 12a der RSAV,

3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten 12a der RSAV und
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 28g RSAV.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung wird hierzu eine regelmäßige Evaluation der Umsetzung des Vertrages insbesondere unter den Fragestellungen durchführen, ob
- die Dokumentationsqualität ausreichend ist,
 - die Anforderungen an die Behandlung von den teilnehmenden Vertragsärzten beachtet werden,
 - die aktive Teilnahme der Versicherten ausreicht.
- (3) Die Gemeinsame Einrichtung wertet gemäß § 14 Abs. 2 die ihr übermittelten Dokumentationsdaten arztbezogen aus und übernimmt die in Anlage 9 vereinbarten Maßnahmen im Verhältnis zu den Vertragsärzten und stellt eine systematische und aktuelle Information der Vertragsärzte sicher.
- (4) Die Gemeinsame Einrichtung wird über die aus der Wiederherstellung des Versichertenbezugs einzelner Datensätze gewonnenen Erkenntnisse nach § 24 Abs. 2 informiert.
- (5) Die Gemeinsame Einrichtung nimmt darüber hinaus regelmäßige Berichte der KV Berlin gemäß § 14 Abs. 4 Nr. 2 und der Krankenkassen gemäß § 14 Abs. 3 Nr. 3 über durchgeführte arztbezogene Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie arzt- und versichertenbezogene Erinnerungsmaßnahmen zur Kenntnis und berät Vorschläge zur Weiterentwicklung der Erinnerungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- (6) Bei Vertragsverletzungen verständigt sich die Gemeinsame Einrichtung auf die durchzuführenden Vertragsmaßnahmen gem. § 10.

§ 28 Kostenumlage

Die KV Berlin beteiligt sich an den Aufwendungen für die Bildung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung einschließlich der Aufwendungen für die Erfüllung ihrer Aufgaben sowie die Kosten der Datenstelle in Höhe bis zu 2,5 % der abgerechneten Dokumentationsgebühren (Symbolnummern 99201 und 99202).

Abschnitt VIII – Datendokumentation und Datenverwendung

§ 29

Erst- und Folgedokumentation

- (1) Die Dokumentationen umfassen die Daten nach den Anlagen 12a und 12b zu den §§ 28b bis 28g RSAV und werden nur für die Durchführung der in den §§ 28b bis 28g RSAV genannten Maßnahmen genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen gemäß den Anlagen 12a und 12b RSAV entsprechend der Ausprägung des Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (quartalsweise / jedes zweite Quartal) für den jeweiligen eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.
- (3) Die Dokumentationen werden nach Maßgabe der Dokumentationsintervalle nach Absatz 2 erstellt und innerhalb von 7 Kalendertagen an die Datenstelle nach § 25 versandt. Dies kann auch auf elektronischem Weg per Datenträger (CD-Rom, Diskette) oder per Datenfernübertragung (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) geschehen. Bei elektronischer Übermittlung der Dokumentationsdaten verpflichtet sich der koordinierende Arzt, die von der Datenstelle gemäß der auf Spitzenverbandsebene abgestimmten Regelungen erzeugte Versandliste resp. das Bestätigungsschreiben gemäß Variante III der Verfahrensbeschreibung zum Nachweis der Arztunterschrift bei elektronischer DMP-Datenübermittlung unverzüglich zu kontrollieren, zu bestätigen und an die Datenstelle zurückzusenden.

§ 30

Datenverwendung

- (1) Maßnahmen der Krankenkassen auf der Grundlage der versichertenbezogenen Dokumentationsdaten beachten folgende Grundsätze:
 1. Die Krankenkasse informiert den Arzt mit Zustimmung des Versicherten
 - bei Erstellung eines Rehabilitationsplanes nach SGB IX,
 - bei Angebot einer individuellen Beratung über weitere Leistungen der Krankenkassen unter Berücksichtigung des häuslichen Umfeldes.
 2. Folgende Maßnahmen werden von den Krankenkassen nur im Benehmen mit dem koordinierenden Arzt veranlasst:
 - Angebot einer Patientenschulung oder (modularer) Nachschulung, z.B. Diabetes mellitus oder Hypertonie,
 - Erinnerung an einen Arztbesuch,
 - Angebot/Information zur Raucherberatung,
 - Angebot/Information zur Ernährungsberatung.

- (2) Die Regelungen zur Datenverwendung gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des Disease-Management-Programms oder Kündigung dieses Vertrages bis zum Ende der in § 28f Abs. 1 Nr. 3 RSAV genannten Aufbewahrungsfrist.

§ 31 Datenzugang

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

§ 32 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von der Arbeitsgemeinschaft oder der Datenstelle sieben Jahre archiviert, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr. Gleiches gilt für Daten, die an die Gemeinsame Einrichtung, die KV Berlin und die Krankenkassen übermittelt werden. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages. Die Originaldokumente werden nach Aufbereitung und Erfassung vernichtet.

Abschnitt IX

§ 33 Evaluation

- (1) Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung des § 28g RSAV sowie der Vorgaben des Bundesversicherungsamtes.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Datenzentren der Krankenkassen für Disease-Management-Programme und der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.

- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KV Berlin gemäß § 295 Abs. 2, Satz 1 und 4 SGB V, die Leistungsdaten der beteiligten Krankenkassen und die Daten zur Lebensqualität.
- (4) Die Ergebnisse der Evaluation werden in geeigneter Weise der zuständigen Prüfbehörde gegenüber nachgewiesen und, z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, Fachpresse oder Ärztezeitung, regelmäßig, mindestens einmal jährlich, öffentlich dargelegt.

Abschnitt X- Vergütung und Abrechnung

§ 34

Abrechnung und Vergütung

Die Vergütung und Abrechnung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

Die Vergütungsvereinbarung berührt die Bestimmungen dieses Vertrages nicht.

Abschnitt XI – Sonstige Bestimmungen

§ 35

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KV Berlin liefert gemäß § 295 Absatz 2 Satz 3 und 4 SGB V die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten an die Krankenkassen.

Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

- (2) Die Vertragspartner sind sich einig, den Einsatz von Arzneimitteln gemäß den Anforderungen der Anlage 11 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung zur medikamentösen Behandlung von nach § 16 in das Programm eingeschriebenen Versicherten durch die an diesem DMP-Vertrag teilnehmenden Ärzte, soweit dieser über die entsprechenden durchschnittlichen Kosten der Fachgruppe hinausgeht, im Falle einer Richtgrößenprüfung als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen. Nähere Details werden in einer Nachtragsvereinbarung zur Richtgrößenvereinbarung für die Dauer dieses DMP-Vertrages geregelt. Die Nachtragsvereinbarung tritt zeitgleich mit diesem DMP-Vertrag in Kraft.

§ 36 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2007 in Kraft. Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden.
- (2) Die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Leistungserbringer und Versicherten gelten bei einer Verlängerung der Zulassung des Programms weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.
- (3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer Änderung der RSAV oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich gemäß der in § 28b Absatz 3 RSAV genannten Fristen vorgenommen werden.
- (4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme oder bei Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs oder bei Nicht-Zulassung, Nicht-Verlängerung oder Aufhebung der Zulassung des Programms durch das BVA, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- (5) Die Kündigung dieses Vertrages durch einzelne Krankenkassenverbände berührt nicht die Fortgeltung dieses Vertrages zwischen den übrigen Vertragspartnern.
- (6) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 37 Salvatorische Klausel

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

Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Berlin, den

AOK Berlin – Die Gesundheitskasse,
zugleich handelnd für die See-Krankenkasse
Der Vorstand

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
Der Leiter der Landesvertretung Berlin

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV)
Der Leiter der Landesvertretung Berlin

BKK-Landesverband Ost
Der Vorstand

BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse
handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4 SGB V für die Innungskranken-
kassen mit Mitgliedern in Berlin
Der Vorstand

Knappschaft
- Dienststelle Berlin -

Krankenkasse für den Gartenbau,
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung Berlin

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand

Anlagen

Anlage 1	Strukturqualität koordinierender Arzt
Anlage 2	Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor
Anlage 3	nicht besetzt
Anlage 4	nicht besetzt
Anlagen 5	Teilnahmeerklärung Vertragsarzt 5.1 Teilnahmeerklärung „Koordinierender Vertragsarzt“ 5.2 Teilnahmeerklärung „Fachärztlicher Versorgungssektor“
Anlage 6	Vertragsärzteverzeichnis
Anlage 7	Leistungserbringer-Verzeichnis (stationärer Sektor)
Anlage 8	Versorgungsinhalte
Anlage 9	Qualitätssicherung
Anlagen 10	Patienteninformation 10.1 Merkblatt 10.2 Datenschutzinformation 10.3 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
Anlage 11	Dokumentationsdaten 12a/b
Anlage 12	Patientenschulung

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 Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, die nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten und die Kenntnisnahme der Information durch das Praxismanual bestätigen.

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 anerkannte oder zertifizierte 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, die folgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte einhalten und die Kenntnisnahme der Information durch das Praxismanual bestätigen:

Voraussetzung	Zeitpunkt/Häufigkeit
<p>1. Allgemeine Voraussetzungen</p> <p>Teilnahme an einer Arztinformativveranstaltung oder Information durch Kenntnisnahme des Praxismanuals</p>	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme
<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 pulmologischer Schwerpunkttätigkeit und Genehmigung zur Abrechnung der GNRn 13650 und 13651 durch die KV Berlin</p>	Zu Beginn der Teilnahme
<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 	Zu Beginn der Teilnahme
<p>4. Fortbildungsveranstaltungen</p> <p>Teilnahme an COPD-spezifischen (z.B. durch die Ärztekammer oder von den Fachgesellschaften zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen) oder</p>	In regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich.

Teilnahme an COPD-spezifischen Qualitätszirkeln	
---	--

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 Vertragsarztes

„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:

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 Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 1, der Versorgungsinhalte gemäß § 11, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, 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
- vor der Weitergabe von Patientendaten an Dritte die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten auf der Einwilligungserklärung einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift in dem gesonderten „Vertragsärzteverzeichnis“ gem. § 9,
- der Weitergabe des „Vertragsärzteverzeichnisses“ an die teilnehmenden Vertragsärzte, 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.

Mir 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. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 10 sanktioniert werden.

Ich möchte als **koordinierender Vertragsarzt** 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.

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 Voraussetzung wird durch mich erfüllt:

Information durch das Praxismanual zu Beginn der Teilnahme, oder Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung

Folgende apparativ/räumlichen Voraussetzungen werden erfüllt:

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

Ich verpflichte mich außerdem:

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

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 GbR,
der Gemeinsamen Einrichtung DMP GbR sowie
den Krankenkassenverbänden Berlin
spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Trennung der Dokumentationen in die Datensätze 12a und 12b (entsprechend den Anlagen 12a und 12b der RSAV) durchzuführen, um die Anonymisierung des Arztbezugs bezüglich der Dokumentationsdaten 12b mit Ausnahme der Zeilen 1 -11 der Dokumentationsdaten 12b der Erstdokumentation i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV durchzuführen und an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

Ich habe den genauen Vertragsinhalt zur Kenntnis genommen.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR und die Krankenkassenverbände Berlin 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 erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen
oder

ich habe die Arztinformationsveranstaltung am _____ besucht.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

ggf. Unterschrift Leiter der Einrichtung

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes

„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:

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 Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 2, der Versorgungsinhalte gemäß § 11, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, 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
- vor der Weitergabe von Patientendaten an Dritte die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten auf der Einwilligungserklärung einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift in dem gesonderten „Vertragsärzterverzeichnis“ gem. § 9,
- der Weitergabe des „Vertragsärzterverzeichnisses“ an die teilnehmenden Vertragsärzte, 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.

Mir 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. Vertragsärzte 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.

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 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“

Folgende Voraussetzung wird durch mich erfüllt:

- Information durch das Praxismanual zu Beginn der Teilnahme,
oder Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung

Folgende apparativ/räumlichen Voraussetzungen werden erfüllt:

Möglichkeit zur Durchführung von:

- Spirometrie (mit einem CE-geprüften Gerät)
- Ganzkörper-Plethysmographie (mit einem CE-geprüften Gerät)
- Bestimmung der kapillaren Blutgase
- Röntgenaufnahme Thorax, ggf. als Auftragsleistung

Ich verpflichte mich außerdem:

Zur Teilnahme an einer COPD-spezifischen durch die Ärztekammer oder von den Fachgesellschaften zertifizierten Fortbildungsveranstaltung
oder Teilnahme an COPD-spezifischen Qualitätszirkeln

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 GbR,
der Gemeinsamen Einrichtung DMP GbR sowie
den Krankenkassenverbänden Berlin
spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Trennung der Dokumentationen in die Datensätze 12a und 12b (entsprechend den Anlagen 12a und 12b der RSAV) durchzuführen, um die Anonymisierung des Arztbezugs bezüglich der Dokumentationsdaten 12b mit Ausnahme der Zeilen 1 -11 der Dokumentationsdaten 12b der Erstdokumentation i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV durchzuführen und an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

Ich habe den genauen Vertragsinhalt zur Kenntnis genommen.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR und die Krankenkassenverbände Berlin 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 erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen

oder

ich habe die Arztinformationsveranstaltung am _____ besucht.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

ggf. Unterschrift Leiter der Einrichtung

Anlage Vertragsärzterverzeichnis

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)

Arzt-Nr.	Aktuelle Arzt-Nr.	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon-Nr.	Koord. Arzt	Versorg.-ebene	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Schulungsberechtigung

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.

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, Farrero 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, Pearcy 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 werden ²⁷⁾.

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 (§ 137 f 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 (§ 137 f 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 (12a)
Version 1.2**

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

**QUALITÄTSSICHERUNGSZIELE, -INDIKATOREN UND -MASSNAHMEN
COPD
auf Grundlage des Datensatzes 12a**

Stand 11-01-2006

QUALITÄTSSICHERUNG COPD Auf Grundlage des Datensatzes 12a

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Algorithmus ¹	QS-Maßnahmen
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien			
Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen	<p>Anteil der Patientinnen und Patienten mit COPD ohne stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit COPD</p> <p>Zielwerte: ²</p> <p>1. Jahr: $\geq 40\%$</p> <p>2. Jahr: $\geq 50\%$</p> <p>3. Jahr: $\geq 60\%$</p> <p>Zusätzlich: Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der stationären notfallmäßigen Behandlungen</p>	<p>Zähler:</p> <p>Anzahl der Patienten mit Feld 14=0</p> <p>innerhalb der letzten 12 Monate</p> <p>Nenner: alle eingeschriebenen Patienten</p>	Aufklärung/Information des LE über das Feedback

¹ Die Felder beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die lfd. Nr. der Folgedokumentation der Anlage 12a der 11. RSAV-Änderung

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	Algorithmus ³	QS-Maßnahmen
Reduktion notfallmäßiger nicht-stationärer Behandlungen	<p>Anteil der Patientinnen und Patienten mit COPD mit weniger als 2 nicht-stationären notfallmäßigen Behandlungen der COPD in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit COPD</p> <p>Zielwerte ⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Jahr: $\geq 30\%$ • 2. Jahr: $\geq 40\%$ • 3. Jahr: $\geq 50\%$ <p>zusätzlich: Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der nicht-stationären notfallmäßigen Behandlungen</p>	<p>Zähler: Anzahl der Patienten mit Feld 15<2 innerhalb der letzten 12 Monate</p> <p>Nenner: alle eingeschriebenen Patienten</p>	Aufklärung/Information des LE über das Feedback
Erhöhung des Anteils der rauchenden Patienten, denen ein Rauchverzicht empfohlen wurde.	<p>Anteil der rauchenden Patienten mit COPD, denen ein Rauchverzicht empfohlen wurde.</p> <p>Zielwerte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.Jahr: $\geq 80\%$ • 2.Jahr: $\geq 90\%$ • 3.Jahr: $\geq 95\%$ 	<p>Zähler: wenn in Feld 10 =ja und in Feld 28 =ja Nenner: wenn in Feld 10 =ja</p>	Aufklärung/Information des LE über das Feedback

³ Die Felder beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die lfd. Nr. der Folgedokumentation der Anlage 12a der 11. RSAV-Änderung

⁴ 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	Algorithmus ⁵	QS-Maßnahmen
Erhöhung des Anteils der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	Anteil der Patienten mit überprüfter Inhalationstechnik Ziel: 1.Jahr: $\geq 70\%$ 2.Jahr: $\geq 80\%$ 3.Jahr: $\geq 90\%$	Zähler: Feld 26 =ja Nenner: alle eingeschriebenen Patienten	Aufklärung/Information des LE über das Feedback

⁵ Die Felder beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die lfd. Nr. der Folgedokumentation der Anlage 12a der 11. RSAV-Änderung

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Algorithmus ⁶	QS-Maßnahmen
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie			
Reduktion des Anteils der Patienten, die systemische Glukokortikoide als Dauertherapie erhalten.	Der Anteil der Versicherten, die keine systemischen Glukokortikoide als Dauertherapie erhalten bezogen auf alle eingeschriebenen Versicherten. ⁷ Zielwerte: <ul style="list-style-type: none"> • 1. Jahr $\geq 70\%$ • 2. Jahr $\geq 80\%$ • 3. Jahr $\geq 90\%$ 	Zähler: Anzahl der Patienten mit Feld 21 =Dauermedikation Nenner: Alle eingeschriebenen Patienten	Aufklärung/Information des LE über das Feedback

⁶ Die Felder beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die lfd. Nr. der Folgedokumentation der Anlage 12a der 11. RSAV-Änderung

⁷ 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	Algorithmus ⁸	QS-Maßnahmen
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.6			
Erhöhung des Anteils der Patienten, die bei Beginn einer notwendigen Dauertherapie mit systemischen Steroiden zum Facharzt überwiesen werden.	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Überweisung zum Facharzt, bei Beginn einer Dauertherapie mit systemischen Steroiden notwendig Ziel: <ul style="list-style-type: none"> • 1.Jahr $\geq 75\%$ • 2.Jahr $\geq 85\%$ • 3.Jahr $\geq 90\%$ 	Zähler: Wenn in Feld 21= Dauermedikation und in Feld 27=ja Und In der vorhergehenden Dokumentation Feld 21=keine und/oder Bei Bedarf Nenner: Wenn in Feld 21= Dauermedikation Und In der vorhergehenden Dokumentation Feld 21=keine und/oder bei Bedarf	Aufklärung/Information des LE über das Feedback

⁸ Die Felder beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die lfd. Nr. der Folgedokumentation der Anlage 12a der 11. RSAV-Änderung

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Algorithmus ⁹	QS-Maßnahmen
4. Einhaltung der in Verträgen vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität			
Einhaltung der Strukturqualität	100 % der Vertragsärzte erfüllen die vertraglich beschriebenen Anforderungen an die Strukturqualität	Jährliche Prüfung der Anforderungen an die Strukturqualität für die Vertragsärzte	Vertraglich festgelegte Maßnahmen dieses Vertrags bei Verstoß gegen die vertraglich festgelegten Anforderungen und Pflichten
5. Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation			
Sicherstellung der korrekten Einschreibung	Dauerhaft 100% korrekte Einschreibung	Negativer Plausibilitätstest der Felder 10-12 der Erstdokumentation	LE: Dokumentationsbogen mit der Bitte um korrekte Einschreibung zurückschicken

⁹ Die Felder beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die lfd. Nr. der Folgedokumentation der Anlage 12a der 11. RSAV-Änderung

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Algorithmus ¹⁰	QS-Maßnahmen
6. Aktive Teilnahme der Versicherten			
<p>Erhöhung des Anteils der Wahrnehmung empfohlener Schulungen</p>	<p>Anteil der Patientinnen und Patienten, die eine empfohlene Schulung bis zur nächsten Dokumentation wahrgenommen haben.</p> <p>Vereinbarte Qualitätsziele</p> <p style="padding-left: 40px;">COPD-Schulung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Jahr $\geq 40\%$ • 2. Jahr $\geq 50\%$ • 3. Jahr $\geq 60\%$ 	<p><u>Zähler</u>: Anzahl der Patientinnen und Patienten mit im Feld 24= ja.</p> <p><u>Nenner</u>: Anzahl der Patienten im Feld 25 der Vordokumentation=ja</p>	<p>Aufklärung / Information des LE über den Feedbackbericht</p>

¹⁰ Die Felder beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die lfd. Nr. der Folgedokumentation der Anlage 12a der 11. RSAV-Änderung

Erläuterungen und wissenschaftliche Quellen zur Qualitätssicherung (QS) Auf Grundlage des Datensatzes 12a

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 Qualitätssicherung auf der Grundlage des Datensatzes **12a** 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, das 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.
- 57. 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
- 48. 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 bzw. der nicht-stationären notfallmäßigen Behandlungen wegen COPD sowie auf den von Patienten, die eine Empfehlung zum Tabakverzicht erhalten haben, da der Verlust der Lungenfunktion bei COPD-Patienten insbesondere auf fortgesetztes Inhalationsrauchen zurückzuführen ist.

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

¹ RAND: 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)

² ICSI: 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, StockJ., 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.

Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation

Für diesen Bereich soll die Qualitätssicherung gewährleisten, dass in allen Fällen eine korrekte Einschreibung erfolgt. Das heißt, dass auch tatsächlich nur Versicherte mit einer gesicherten Diagnose COPD eingeschrieben werden und die ausgefüllten Dokumentationen zeitnah zur Verfügung stehen. Durch einen Reminder an den Leistungserbringer soll außerdem an ausstehende Dokumentationen erinnert werden sowie durch eine Auflistung der vereinbarten Wiederstellungstermine des nächsten Quartals eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet werden.

Die Vollständigkeit der Dokumentationen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Qualitätssicherung und die Evaluation. Jedoch zeigen die Erfahrungen aus bereits stattfindenden Programmen zur strukturierten Versorgung von Patienten mit Diabetes

mellitus Typ 2 auch nach einer Laufzeit von über einem Jahr, dass zu keiner Zeit *alle* eingegangenen Dokumentationsbögen *ohne Nacherfassung* vollständig waren.

**Anlage Qualitätssicherung (12b)
Version 1.2**

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

**QUALITÄTSSICHERUNGSZIELE, -INDIKATOREN UND -MASSNAHMEN
COPD
auf Grundlage des Datensatzes 12b**

Stand 11-01-2006

QUALITÄTSSICHERUNG COPD Auf Grundlage des Datensatzes 12b

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Algorithmus ¹	QS-Maßnahmen
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien			
Reduktion notfallmäßiger stationärer Behandlungen	Anteil der Patientinnen und Patienten mit COPD mit stationärer notfallmäßiger Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten Ziel ² : 1.Jahr ≤ 60% 2.Jahr ≤ 50% 3.Jahr ≤ 40%	Zähler: Anzahl der Patienten mit Feld 10>0 Innerhalb der letzten 12 Monate Nenner: alle eingeschriebenen Patienten Auslöser: Wenn Feld 10>0	Information des Versicherten über COPD über eine Versichertenbroschüre maximal einmal pro Jahr

¹ Die Felder beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die lfd. Nr. der Folgedokumentation der Anlage 12b der 11.RSAV-Änderung

² Exakte Daten zur Berechnung der Zielwerte dieses Qualitätsindikators liegen nicht vor. Orientierend kann eine jährliche Exazerbationsrate von 1-2,5 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	Algorithmus ³	QS-Maßnahmen
Reduktion notfallmäßiger nicht stationärer Behandlungen	<p>Anteil der Patientinnen und Patienten mit COPD mit 2 oder mehr nicht-stationären notfallmäßigen Behandlungen der COPD in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit COPD</p> <p>Ziel⁴:</p> <p>1.Jahr ≤ 70%</p> <p>2.Jahr ≤ 60%</p> <p>3.Jahr ≤ 50%</p>	<p>Zähler:</p> <p>Anzahl der Patienten mit Feld 11>1 Innerhalb der letzten 12 Monate</p> <p>Nenner: alle eingeschriebenen Patienten</p> <p>Auslöser: Wenn Feld 11>1</p>	Information des Versicherten über COPD über ein Versichertenbroschüre maximal einmal pro Jahr

³ Die Felder beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die lfd. Nr. der Folgedokumentation der Anlage 12b der 11.RSAV-Änderung

⁴ Exakte Daten zur Berechnung der Zielwerte dieses Qualitätsindikators liegen nicht vor. Orientierend kann eine jährliche Exazerbationsrate von 1-2,5 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	Algorithmus ⁵	QS-Maßnahmen
6. Aktive Teilnahme der Versicherten			
Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	<p>Über die gesamte Programmlaufzeit sollen im Mittel für mind. 90 % der eingeschriebenen Versicherten regelmäßige Dokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) vorliegen</p> <p>Vereinbarte Qualitätsziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Jahr \geq 85 % • 2. Jahr \geq 90 % • 3. Jahr \geq 95 % 	Überprüfung der Anzahl eingegangener Dokumentationen bezogen auf die festgelegten Dokumentationsintervalle (Feld 18)	V: Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche

⁵ Die Felder beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die lfd. Nr. der Folgedokumentation der Anlage 12b der 11.RSAV-Änderung

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Algorithmus ⁶	QS-Maßnahmen
Wahrnehmung empfohlener Schulungen	<p>Anteil der Patientinnen und Patienten, die eine empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen haben.</p> <p>Vereinbarte Qualitätsziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Jahr ≥ 40 % • 2. Jahr ≥ 50 % • 3. Jahr ≥ 60 % 	<p><u>Zähler</u>: Anzahl der Patienten mit Feld 13= ja</p> <p><u>Nenner</u>: Anzahl der Patienten im Feld 14 der Vordokumentation = ja</p> <p><u>Auslöser</u>: Wenn in Feld 14 der Vordokumentation = ja und in der aktuellen Dokumentation <u>nicht</u> Feld 13 =ja</p>	Aufklärung/ Information über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr
Sicherstellung der Wahrnehmung der empfohlenen Schulungstermine	<p>Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen eine empfohlene Schulung innerhalb eines Jahres abgerechnet wird.</p> <p>Vereinbarte Qualitätsziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Jahr ≥ 60 % • 2. Jahr ≥ 70 % • 3. Jahr ≥ 80 % 	<p><u>Zähler</u>: Wenn Feld 14= ja und innerhalb eines Jahres eine Schulung abgerechnet wird</p> <p><u>Nenner</u>: Alle Patienten mit Feld 14=ja</p> <p><u>Auslöser</u>: Wenn Feld 14=ja und nicht innerhalb eines Jahres eine Schulung abgerechnet wird</p>	V: Infos über DMP und Bedeutung der Schulungen

⁶ Die Felder beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf die lfd. Nr. der Folgedokumentation der Anlage 12b der 11.RSAV-Änderung

Erläuterungen und wissenschaftliche Quellen zur Qualitätssicherung (QS) Auf Grundlage des Datensatzes 12b

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 evidenzbasierten 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 relevanten Bereiche, auf die der Versicherte Einfluss nehmen kann und die über die Parameter der Anlage 12b bzw. die Leistungsdaten der Krankenkasse überprüfbar sind, in der Qualitätssicherung als jeweils relevante und nachvollziehbare QS-Ziele überprüft werden. Dies betrifft für den Versicherten insbesondere die Bereiche

- Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien (einschließlich Therapieempfehlung)
- Aktive Teilnahme der Versicherten.

Darüber hinaus werden durch eine vertraglich vereinbarte ärztliche Qualitätssicherung auf der Grundlage der Anlage 12a die übrigen Bereiche der Qualitätssicherung abgedeckt. Für den Bereich der Einhaltung der Anforderung der Strukturqualität werden vertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer geschlossen. Hierdurch wird für den Versicherten sichergestellt, dass nur Leistungserbringer, die diese Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen, am Programm teilnehmen können.

Die Qualitätssicherung auf der Grundlage des Datensatzes **12b** wird vorrangig über eine individuelle, anlassbezogene Versichertenkommunikation geleistet. Diese Aufklärung erfolgt primär durch die Zusendung von Broschüren oder Informationsschriften, ggf. kann ein persönliches Telefonat oder ein Gespräch mit dem dafür einschlägig geschulten Krankenkassenmitarbeiter stattfinden.

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 evidenzbasierten 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.

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.

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 Atemwegliga 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 d, V, van der PJ, 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

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 bzw. der nicht-stationären notfallmäßigen Behandlungen wegen COPD. Einigkeit besteht auch darin, dass bei der COPD die Mitarbeit der Patienten eine entscheidende Rolle spielt. Insofern gelten Schulungen ebenfalls als wichtiges abprüfbares Qualitätsziel.

¹ RAND: 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, StockJ., Broge B : Qualität greifbarer machen: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze; Managed Care 2003; 1:18-20

Strukturiertes Behandlungsprogramm für COPD

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine Erkrankung an COPD diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms wollen wir Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Deshalb sollten Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen nutzen.

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Sie werden durch intensive Beratung, Zugang zu qualifizierten Schulungen und ausführliche Informationen in die Lage versetzt, gemeinsam mit dem Arzt Ihres Vertrauens individuelle Therapieziele festzulegen und aktiv an der Umsetzung mitzuwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei COPD sind:

1. Vermeidung/Reduktion von:
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
 - einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag und
 - einem raschen Voranschreiten der Erkrankungbei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie.
2. Reduktion der COPD-bedingten Sterblichkeit.

Diese Behandlungsprogramme, auch Disease-Management-Programme genannt, basieren auf gesetzlichen Grundlagen, die gemeinsam von Ärzten, Wissenschaftlern und Krankenkassen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erarbeitet wurden. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen, die regelmäßig von einer neutralen Stelle (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft werden.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Am wichtigsten ist es, eine weitere Schädigung der Lunge zu verhindern. Da das Rauchen in den meisten Fällen diese Schäden verursacht, steht der Rauchverzicht an erster Stelle. Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch vorrangig zu verwendende Medikamente genannt, die man danach unterscheidet, ob sie zur Dauer- oder zur Bedarfstherapie eingesetzt werden.

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, sowie die Infektionsvorbeugung bei COPD.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung ist, dass dieser Arzt seine Teilnahme am DMP erklärt hat. Leiden Sie an mehreren Krankheiten (z. B. COPD und Koronare Herzkrankheit) können Sie gleichzeitig an mehreren Programmen teilnehmen. Eine gleichzeitige Teilnahme an einem Programm für Asthma und COPD ist nicht möglich. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Verlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Darüber hinaus übernimmt Ihr Arzt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass alle Spezialisten reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, welche Spezialisten hinzu gezogen werden sollen.

Dokumentationen verschaffen Ihnen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Damit sichergestellt ist, dass Sie einen Überblick über Ihren Krankheitsverlauf haben, erhalten Sie von jeder Dokumentation eine Kopie oder einen Ausdruck für Ihre Unterlagen. Einen Teil der Behandlungsdaten übermittelt Ihr Arzt an die Krankenkasse oder an einen durch sie beauftragten Dritten (z.B. Dienstleister). Sie benötigen diese Daten, z.B. um Sie an Ihre Arzttermine zu erinnern und Ihnen Informationen zu Ihrer Erkrankung zukommen zu lassen. Die gesamten Dokumentationsdaten werden zur wissenschaftlichen Auswertung an eine gemeinsam von Krankenkassen und Ärzten getragene unabhängige Stelle weitergeleitet. Diese Auswertungen bilden die Grundlage für zukünftige Verbesserungen der Therapie von Patienten mit COPD. Vor der Weiterleitung von Daten hat der Gesetzgeber eine ausführliche Information hinsichtlich des Datenschutzes der Programmteilnehmer vorgesehen. Diese schriftliche Information erhalten Sie mit der Teilnahmeerklärung. 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 gegebenenfalls von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Die regelmäßige Wahrnehmung der mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten Wiedervorstellungstermine und die gemeinsame Verfolgung der Behandlungsziele bilden die Basis für Ihre aktive Mitwirkung im Programm. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an einem speziell für das jeweilige DMP zugelassene Schulungs- und Behandlungsprogramm ermöglicht es Ihnen Ihr Leben und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Über Nutzen und Möglichkeiten z.B. der Raucherentwöhnung und körperlicher Aktivitäten sowie über den Umgang mit weiteren Risikofaktoren Ihrer Erkrankung soll Sie Ihr Arzt aufklären und eine gemeinsame Handlungsstrategie abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut!

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationsmaterialien zur Diagnose und zum Programmablauf sowie auf Wunsch auch im Rahmen von persönlichen Gesprächen. Darüber hinaus bietet sie Ihnen kassenspezifische Serviceangebote an. Sie erhalten auf Wunsch den Zugang zu Adressen der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer, wie Arztpraxen und Krankenhäuser in Ihrem Einzugsbereich.

Wann können Sie teilnehmen?

Voraussetzungen für Ihre Teilnahme sind:

- Sie sind bei einer Krankenkasse, die dieses Programm anbietet, versichert,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung. Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder in den Geschäftsstellen der Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Die Teilnahme am Programm kann jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen. Der Gesetzgeber sieht ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Programm vor, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen haben oder die Dokumentationstermine nicht regelmäßig wahrnehmen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse schnellstens.

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

Erläuterung zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung

Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Versicherte, die an einer oder mehreren bestimmten chronischen Erkrankungen leiden.

Die Behandlungsprogramme basieren auf gesetzlichen Grundlagen, die gemeinsam von Ärzten, Wissenschaftlern und Krankenkassen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erarbeitet wurden. Sie werden eventuell erleben, dass Ihr Arzt aufgrund der Programme häufiger einen anderen Kollegen für Ihre Behandlung zu Rate zieht oder bestimmte Werte öfter überprüft, als es in der Vergangenheit vielleicht geschehen ist.

Außerdem bieten die Programme Schulungen für Sie an. Hier lernen Sie, so mit Ihrer Erkrankung/Ihren Erkrankungen umzugehen, dass Ihre Lebensqualität so wenig wie möglich eingeschränkt wird. Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen die Aufgabe zur Durchführung dieser Programme übertragen. Das heißt sie müssen sicher stellen, dass das jeweilige Programm mit all seinen Inhalten korrekt durchgeführt wird. Daher benötigt die Krankenkasse einen Teil der personenbezogenen Daten, die Ihr Arzt im Rahmen des Betreuungsprogramms von Ihnen erhebt.

Darüber hinaus werden zur Überprüfung der Wirksamkeit und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Programme krankheitsbezogene Daten erhoben und extern wissenschaftlich ausgewertet.

Zu dieser wissenschaftlichen Begleitung gehört auch, dass die Qualität der Programme bewertet wird, indem ein zufällig ausgewählter Teil der eingeschriebenen Versicherten persönlich zu Lebensqualität und Zufriedenheit befragt wird.

Warum sollten Sie an strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen?

Diese Programme stellen sicher, dass Sie nach neuesten medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnissen versorgt werden und die Zusammenarbeit der Ärzte optimiert wird. Mit diesen strukturierten Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Teilnahme an einem/mehreren Programm/en ist **freiwillig** und kostenfrei. Die Teilnahme ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

Was passiert mit den krankheitsbezogenen Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung willigen Sie ein, dass die erforderlichen Daten mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergegeben werden. Ein Teil der Daten wird von dieser Datenstelle an Ihre Krankenkasse oder an einen durch sie beauftragten Dritten (z. B. Dienstleister) übermittelt, ein anderer Teil an die Kassenärztliche Vereinigung und an eine Gemeinsame Einrichtung, die von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung zur Qualitätssicherung gegründet wurde. Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie gegebenenfalls von der Krankenkasse in dieser Region im Programm betreut und die Daten von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

Die in diesen Programmen erfassten Informationen werden zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet. Um den Datenschutz sicherzustellen, wird vor dieser Auswertung gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören – die Daten werden mit verschlüsselten Nummern versehen (pseudonymisiert). Die wissenschaftliche Auswertung überprüft, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es sich auf die Qualität der Behandlung auswirkt. Eine anderweitige Verwendung Ihrer Daten ist ausgeschlossen.

Wohin werden die Daten weitergeleitet?

Ihr Arzt

Die das Programm betreffenden Daten leitet Ihr Arzt in Form standardisierter Dokumentationen an die Datenstelle weiter. Damit Ihr Arzt Ihre Daten weiterleiten darf, benötigt er von Ihnen eine einmalige schriftliche Einwilligung. Um zu wissen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet, erhalten Sie eine Kopie oder einen Ausdruck der Dokumentation. Die Daten, die an die Krankenkassen weitergeleitet werden, sind zudem gesondert gekennzeichnet.

Die beauftragte Datenstelle

Die Datenstelle wird durch Ihren Arzt über die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung beauftragt. Sie prüft die Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die fristgerechte Erstellung und Übermittlung und leitet die Daten an die Krankenkasse, die Kassenärztliche Vereinigung bzw. an die Gemeinsame Einrichtung weiter.

Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass unter Beachtung strenger Sicherheitsvorschriften nur speziell für das Programm ausgewählte und dafür besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten haben.

Ihre Krankenkasse

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z.B. Krankenhausdaten) zusammen. Die Krankenkasse nutzt diese Daten für Ihre individuelle Beratung, z.B. erhalten Sie gezielte Informationsmaterialien. Zu ihrer Unterstützung kann die Krankenkasse hierfür auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) einbinden oder beauftragen.

Das Datenzentrum Ihrer Krankenkasse sowie mögliche Dienstleister behandeln Ihre Daten vertraulich, sie sind nur speziell für das Programm ausgewählte und dafür besonders geschulten Krankenkassenmitarbeitern zugänglich.

Eine externe Institution wird mit der wissenschaftlichen Bewertung (Evaluation) des jeweiligen Programms beauftragt. Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der subjektiven Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer.

Falls Sie zu den Teilnehmern gehören, die vom evaluierenden Institut zu Lebensqualität und Zufriedenheit befragt werden sollen, wird die Krankenkasse Ihnen den Fragebogen zusenden.

Die Gemeinsame Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung erhält ausschließlich pseudonymisierte Daten, also Daten ohne Bezug zu Ihrer Person. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob die Durchführung des Behandlungsprogramms die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Für diese wissenschaftliche Auswertung werden nur pseudonymisierte Daten, also Daten ohne Bezug auf Personen, verwendet. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

Zudem werden die Daten aus der Gemeinsamen Einrichtung sowie aus dem DMP-Datenzentrum der Krankenkassen bzw. von einem durch diese beauftragten Dritten für strukturierte Behandlungsprogramme von einem externen Institut in pseudonymisierter Form ausgewertet. Diese Ergebnisse werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für COPD

- Einschreibung
- Arztwechsel

060H

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig) <input style="width: 95%;" type="text"/>	Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig) <input style="width: 95%;" type="text"/>	Fax-Nr. (Angabe freiwillig) <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--	--

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Hiermit erkläre ich,

- dass mich mein koordinierender Arzt bzw. meine oder 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 zur Versicherteninformation erhalten und kenne sie,
- dass ich darüber informiert bin, dass mir auf Verlangen Verzeichnisse über die am Programm teilnehmenden Leistungserbringer von meiner Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden,
- dass mir bekannt ist, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen, und mir auch bekannt ist, wann meine Teilnahme an dem Programm, beispielsweise aufgrund meiner Kündigung oder der fehlenden Mitwirkung, beendet wird,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm hingewiesen wurde und darauf, 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,
- dass ich über die Aufgaben des Arztes informiert wurde. Die Auswahl meines Arztes ist Voraussetzung für die Programmteilnahme und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen geändert werden (bei einem Arztwechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich),
- dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle:

Name des koordinierenden Arztes oder Krankenhauses:	Praxisanschrift: Straße/Nr.:	PLZ, Ort:
_____	_____	_____

2. Einwilligungserklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Die vom Gesetzgeber vorgegebene und im Merkblatt zum Datenschutz (diesem Formular beigelegt) beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von genau bestimmten Daten (standardisierte Dokumentationsbögen) habe ich zur Kenntnis genommen. Insbesondere ist mir bekannt,

- dass die Erhebung von medizinischen Daten sowie Daten zum Behandlungsverlauf regelmäßig durch meinen koordinierenden Arzt erfolgt, ich eine Ausfertigung bzw. einen Ausdruck der übermittelten Daten erhalte und ich mit dieser Erklärung in die nachfolgend beschriebene Übermittlung der Daten einwillige (siehe Rückseite),
- dass diese Daten neben meiner Teilnahmeerklärung unter Beachtung des Datenschutzes an eine Datenstelle (siehe Rückseite) gesendet, dort erfasst, aufbereitet, teilweise pseudonymisiert und wie im Folgenden beschrieben weitergeleitet werden können. Mein Name und alle weiteren Merkmale, über die es möglich wäre, diese Daten meiner Person zuzuordnen, werden bei der Pseudonymisierung durch ein Kennzeichen ersetzt und nur in Verbindung mit diesem Kennzeichen gespeichert,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen und gesondert gekennzeichneten Daten versichertenbezogen an meine Krankenkasse oder an einen durch sie beauftragten Dritten (z. B. Dienstleister) (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information genutzt werden,
- dass im Fall einer Programmteilnahme außerhalb des Geltungsbereichs meiner Krankenkasse die o. g. Daten gegebenenfalls an die von meiner Krankenkasse beauftragte Krankenkasse oder einen von dieser beauftragten Dritten weitergeleitet und von dieser ebenfalls unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information im Programm genutzt werden,
- dass mir meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse einen Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusenden kann,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von der Gemeinsamen Einrichtung (siehe Rückseite) genutzt werden,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für eine Analyse an ein wissenschaftliches Institut (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort mit ebenfalls pseudonymisierten Leistungs- und Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse sowie der Kassenärztlichen Vereinigung sowie ggf. mit meinen pseudonymisierten Angaben aus dem o. g. Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusammengeführt werden,
- dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der Krankenkasse der Austritt aus dem Programm verbunden ist,
- 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 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter 1. an dem Programm teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich bin mit der unter 2. beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zur Bestätigung der Erklärungen unter 1. und 2.:

- vom koordinierenden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen -

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft 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 koordinierender Arzt:

Stempel:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für COPD

- Einschreibung
- Arztwechsel

0604

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Hiermit erkläre ich,

- dass mich mein koordinierender Arzt bzw. meine oder 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 zur Versicherteninformation erhalten und kenne sie,
- dass ich darüber informiert bin, dass mir auf Verlangen Verzeichnisse über die am Programm teilnehmenden Leistungserbringer von meiner Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden,
- dass mir bekannt ist, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen, und mir auch bekannt ist, wann meine Teilnahme an dem Programm, beispielsweise aufgrund meiner Kündigung oder der fehlenden Mitwirkung, beendet wird,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm hingewiesen wurde und darauf, 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,
- dass ich über die Aufgaben des Arztes informiert wurde. Die Auswahl meines Arztes ist Voraussetzung für die Programmteilnahme und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen geändert werden (bei einem Arztwechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich),
- dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle:

Name des koordinierenden Arztes oder Krankenhauses:

Praxisanschrift: Straße/Nr.:

PLZ, Ort:

2. Einwilligungserklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Die vom Gesetzgeber vorgegebene und im Merkblatt zum Datenschutz (diesem Formular beigelegt) beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von genau bestimmten Daten (standardisierte Dokumentationsbögen) habe ich zur Kenntnis genommen. Insbesondere ist mir bekannt,

- dass die Erhebung von medizinischen Daten sowie Daten zum Behandlungsverlauf regelmäßig durch meinen koordinierenden Arzt erfolgt, ich eine Ausfertigung bzw. einen Ausdruck der übermittelten Daten erhalte und ich mit dieser Erklärung in die nachfolgend beschriebene Übermittlung der Daten einwillige (siehe Rückseite),
- dass diese Daten neben meiner Teilnahmeerklärung unter Beachtung des Datenschutzes an eine Datenstelle (siehe Rückseite) gesendet, dort erfasst, aufbereitet, teilweise pseudonymisiert und wie im Folgenden beschrieben weitergeleitet werden können. Mein Name und alle weiteren Merkmale, über die es möglich wäre, diese Daten meiner Person zuzuordnen, werden bei der Pseudonymisierung durch ein Kennzeichen ersetzt und nur in Verbindung mit diesem Kennzeichen gespeichert,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen und gesondert gekennzeichneten Daten versichertenbezogen an meine Krankenkasse oder an einen durch sie beauftragten Dritten (z. B. Dienstleister) (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information genutzt werden,
- dass im Fall einer Programmteilnahme außerhalb des Geltungsbereichs meiner Krankenkasse die o. g. Daten gegebenenfalls an die von meiner Krankenkasse beauftragte Krankenkasse oder einen von dieser beauftragten Dritten weitergeleitet und von dieser ebenfalls unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information im Programm genutzt werden,
- dass mir meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse einen Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusenden kann,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von der Gemeinsamen Einrichtung (siehe Rückseite) genutzt werden,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für eine Analyse an ein wissenschaftliches Institut (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort mit ebenfalls pseudonymisierten Leistungs- und Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse sowie der Kassenärztlichen Vereinigung sowie ggf. mit meinen pseudonymisierten Angaben aus dem o. g. Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusammengeführt werden,
- dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der Krankenkasse der Austritt aus dem Programm verbunden ist,
- 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 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter 1. an dem Programm teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich bin mit der unter 2. beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zur Bestätigung der Erklärungen unter 1. und 2.:

- vom koordinierenden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen -

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft 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 koordinierender Arzt:

Stempel:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für COPD

- Einschreibung
- Arztwechsel

0604

Krankenhaus-IK

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

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Hiermit erkläre ich,

- dass mich mein koordinierender Arzt bzw. meine oder 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 zur Versicherteninformation erhalten und kenne sie,
- dass ich darüber informiert bin, dass mir auf Verlangen Verzeichnisse über die am Programm teilnehmenden Leistungserbringer von meiner Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden,
- dass mir bekannt ist, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen, und mir auch bekannt ist, wann meine Teilnahme an dem Programm, beispielsweise aufgrund meiner Kündigung oder der fehlenden Mitwirkung, beendet wird,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm hingewiesen wurde und darauf, 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,
- dass ich über die Aufgaben des Arztes informiert wurde. Die Auswahl meines Arztes ist Voraussetzung für die Programmteilnahme und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen geändert werden (bei einem Arztwechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich),
- dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle:

Name des koordinierenden Arztes oder Krankenhauses: _____ Praxisanschrift: Straße/Nr. _____ PLZ, Ort: _____

2. Einwilligungserklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Die vom Gesetzgeber vorgegebene und im Merkblatt zum Datenschutz (diesem Formular beigelegt) beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von genau bestimmten Daten (standardisierte Dokumentationsbögen) habe ich zur Kenntnis genommen. Insbesondere ist mir bekannt,

- dass die Erhebung von medizinischen Daten sowie Daten zum Behandlungsverlauf regelmäßig durch meinen koordinierenden Arzt erfolgt, ich eine Aufbereitung bzw. einen Ausdruck der übermittelten Daten erhalte und ich mit dieser Erklärung in die nachfolgend beschriebene Übermittlung der Daten einwillige (siehe Rückseite),
- dass diese Daten neben meiner Teilnahmeerklärung unter Beachtung des Datenschutzes an eine Datenstelle (siehe Rückseite) gesendet, dort erfasst, aufbereitet, teilweise pseudonymisiert und wie im Folgenden beschrieben weitergeleitet werden können. Mein Name und alle weiteren Merkmale, über die es möglich wäre, diese Daten meiner Person zuzuordnen, werden bei der Pseudonymisierung durch ein Kennzeichen ersetzt und nur in Verbindung mit diesem Kennzeichen gespeichert,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen und gesondert gekennzeichneten Daten versichertenbezogen an meine Krankenkasse oder an einen durch sie beauftragten Dritten (z. B. Dienstleister) (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information genutzt werden,
- dass im Fall einer Programmteilnahme außerhalb des Geltungsbereichs meiner Krankenkasse die o. g. Daten gegebenenfalls an die von meiner Krankenkasse beauftragte Krankenkasse oder einen von dieser beauftragten Dritten weitergeleitet und von dieser ebenfalls unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information im Programm genutzt werden,
- dass mir meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse einen Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusenden kann,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von der Gemeinsamen Einrichtung (siehe Rückseite) genutzt werden,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für eine Analyse an ein wissenschaftliches Institut (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort mit ebenfalls pseudonymisierten Leistungs- und Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse sowie der Kassenärztlichen Vereinigung sowie ggf. mit meinen pseudonymisierten Angaben aus dem o. g. Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusammengeführt werden,
- dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der Krankenkasse der Austritt aus dem Programm verbunden ist,
- 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 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter 1. an dem Programm teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich bin mit der unter 2. beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zur Bestätigung der Erklärungen unter 1. und 2.: _____

- vom koordinierenden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen -

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft 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 koordinierender Arzt: _____

Stempel:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Erst-Dokumentation COPD

Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

0611

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung *Für die Einschreibung muss eine COPD-typische Anamnese und eine Reduktion der FEV₁ unter 80 % des Sollwerts vorliegen und mindestens eines der drei folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.*

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika oder Anticholinergika FEV₁/VC ≤ 70 % **und** Zunahme der FEV₁ < 15 % **und/oder** < 200 ml

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage) in einer stabilen Krankheitsphase FEV₁/VC ≤ 70 % **und** Zunahme der FEV₁ < 15 % **und/oder** < 200 ml

Falls FEV₁/VC > 70 % **und** radiologischer Ausschluss anderer Erkrankungen Diagnose gesichert durch: Atemwegswiderstandserhöhung Lungenüberblähung Gasaustauschstörung

Anamnese

Diagnose bekannt seit

Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen

keine Asthma bronchiale
 andere Lungenerkrankung kardiale Erkrankung

Raucher/in

ja nein

Aktuelle Befunde

Körpergröße m

Körpergewicht kg

Aktueller FEV₁-Wert Liter

Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl

Aktuelle Medikation

Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation ja nein

Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika	<input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf	<input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation	<input checked="" type="checkbox"/> keine
Langwirksame Anticholinergika	<input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf	<input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation	<input checked="" type="checkbox"/> keine
Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika	<input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf	<input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation	<input checked="" type="checkbox"/> keine
Theophyllin	<input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf	<input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation	<input checked="" type="checkbox"/> keine
Systemische Glukokortikosteroide	<input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf	<input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation	<input checked="" type="checkbox"/> keine
Inhalative Glukokortikosteroide	<input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf	<input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation	<input checked="" type="checkbox"/> keine

Sonstige Behandlung

keine Langzeitsauerstofftherapie häusliche Beatmung operative Verfahren

Schulungen

COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen ja nein

COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) ja nein

Inhalationstechnik überprüft ja nein

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Empfehlung zum Tabakverzicht ja nein

Empfehlung zum körperlichen Training ja nein

COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst ja nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise
 jedes zweite Quartal

Datum

Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Erst-Dokumentation COPD

Blatt 2
Durchschrift für den
ausstellenden Arzt

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

0611

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung *Für die Einschreibung muss eine COPD-typische Anamnese und eine Reduktion der FEV₁ unter 80 % des Sollwerts vorliegen und mindestens eines der drei folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.*

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika oder Anticholinergika FEV₁/VC ≤ 70 % **und** Zunahme der FEV₁ < 15 % **und/oder** < 200 ml

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage) in einer stabilen Krankheitsphase FEV₁/VC ≤ 70 % **und** Zunahme der FEV₁ < 15 % **und/oder** < 200 ml

Falls FEV₁/VC > 70 % **und** radiologischer Ausschluss anderer Erkrankungen Diagnose gesichert durch: Atemwegswiderstandserhöhung Lungenüberblähung Gasaustauschstörung

Anamnese

Diagnose bekannt seit

Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen

keine Asthma bronchiale
 andere Lungenerkrankung kardiale Erkrankung

Raucher/in
 ja nein

Aktuelle Befunde

Körpergröße m Körpergewicht kg Aktueller FEV₁-Wert Liter

Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl

Aktuelle Medikation

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

Sonstige Behandlung

keine Langzeitsauerstofftherapie häusliche Beatmung operative Verfahren

Schulungen

COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen ja nein

COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) ja nein

Inhalationstechnik überprüft ja nein

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Empfehlung zum Tabakverzicht ja nein

Empfehlung zum körperlichen Training ja nein

COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst ja nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise

jedes zweite Quartal

Datum

Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

0611

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung Für die Einschreibung muss eine COPD-typische Anamnese und eine Reduktion der FEV₁ unter 80 % des Sollwerts vorliegen und mindestens eines der drei folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika oder Anticholinergika FEV₁/VC ≤ 70 % **und** Zunahme der FEV₁ < 15 % **und/oder** < 200 ml

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage) in einer stabilen Krankheitsphase FEV₁/VC ≤ 70 % **und** Zunahme der FEV₁ < 15 % **und/oder** < 200 ml

Falls FEV₁/VC > 70 % **und** radiologischer Ausschluss anderer Erkrankungen Atemwegswiderstandserhöhung Lungenüberblähung Gasaustauschstörung

Anamnese

Diagnose bekannt seit

Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen

keine Asthma bronchiale
 andere Lungenerkrankung kardiale Erkrankung

Raucher/in
 ja nein

Aktuelle Befunde

Körpergröße m Körpergewicht kg Aktueller FEV₁-Wert Liter

Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl
Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl

Aktuelle Medikation

Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation ja nein

Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika	<input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf	<input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation	<input checked="" type="checkbox"/> keine
Langwirksame Anticholinergika	<input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf	<input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation	<input checked="" type="checkbox"/> keine
Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika	<input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf	<input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation	<input checked="" type="checkbox"/> keine
Theophyllin	<input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf	<input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation	<input checked="" type="checkbox"/> keine
Systemische Glukokortikosteroide	<input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf	<input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation	<input checked="" type="checkbox"/> keine
Inhalative Glukokortikosteroide	<input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf	<input checked="" type="checkbox"/> Dauermedikation	<input checked="" type="checkbox"/> keine

Sonstige Behandlung

keine Langzeitsauerstofftherapie häusliche Beatmung operative Verfahren

Schulungen

COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen ja nein COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) ja nein
Inhalationstechnik überprüft ja nein

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Empfehlung zum Tabakverzicht ja nein
Empfehlung zum körperlichen Training ja nein
COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst ja nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise
 jedes zweite Quartal

Datum

Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Folge-Dokumentation COPD

Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

Arztwechsel DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

062H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen

- keine Asthma bronchiale
 andere Lungenerkrankung kardiale Erkrankung

Raucher/in

- ja nein

Aktuelle Befunde

Aktuelles Körpergewicht kg Aktueller FEV₁-Wert Liter nicht durchgeführt

Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation Anzahl

Aktuelle Medikation

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

Sonstige Behandlung

- keine Langzeitsauerstofftherapie häusliche Beatmung operative Verfahren

Schulungen

- Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) ja nein
 war aktuell nicht möglich
 bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) ja nein

Inhalationstechnik überprüft ja nein

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

- Empfehlung zum Tabakverzicht ja nein
Empfehlung zum körperlichen Training ja nein
COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst ja nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise
 jedes zweite Quartal

Datum

Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Folge-Dokumentation COPD

Blatt 2
Durchschrift für den
ausstellenden Arzt

Arztwechsel

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

062H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen

- keine Asthma bronchiale
 andere Lungenerkrankung kardiale Erkrankung

Raucher/in

- ja nein

Aktuelle Befunde

Aktuelles Körpergewicht kg | Aktueller FEV₁-Wert , Liter nicht durchgeführt

Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation Anzahl

Aktuelle Medikation

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

Sonstige Behandlung

- keine Langzeitsauerstofftherapie häusliche Beatmung operative Verfahren

Schulungen

- Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) ja nein
 war aktuell nicht möglich
 bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) ja nein

Inhalationstechnik überprüft ja nein

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

- Empfehlung zum Tabakverzicht ja nein
Empfehlung zum körperlichen Training ja nein
COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst ja nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

..

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise

jedes zweite Quartal

Datum

..

Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Folge-Dokumentation COPD

Blatt 3
Durchschrift für den
Versicherten

Arztwechsel

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

062H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen

- keine Asthma bronchiale
 andere Lungenerkrankung kardiale Erkrankung

Raucher/in

- ja nein

Aktuelle Befunde

Aktuelles Körpergewicht kg | Aktueller FEV₁-Wert , Liter nicht durchgeführt

Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation Anzahl

Aktuelle Medikation

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

Sonstige Behandlung

- keine Langzeitsauerstofftherapie häusliche Beatmung operative Verfahren

Schulungen

- Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) ja nein
 war aktuell nicht möglich
 bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) ja nein

Inhalationstechnik überprüft ja nein

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

- Empfehlung zum Tabakverzicht ja nein
Empfehlung zum körperlichen Training ja nein
COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst ja nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

..

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise

jedes zweite Quartal

Datum

..

Unterschrift des Arztes

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)“)