

# **V E R E I N B A R U N G**

**zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und  
Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD)  
im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach  
§ 137f SGB V**

**in der Fassung vom 01.01.2018**

**zwischen der**

**Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, 44127 Dortmund  
vertreten durch den Vorstand  
(nachstehend KVWL genannt)**

**und**

**der AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse**

**dem BKK-Landesverband NORDWEST**

**der IKK classic**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG ) als  
Landwirtschaftliche Krankenkasse**

**der KNAPPSCHAFT**

**und den Ersatzkassen**

**Techniker Krankenkasse (TK)**

**BARMER**

**DAK-Gesundheit**

**Kaufmännische Krankenkasse - KKH Handelskrankenkasse (hkk)**

**HEK - Hanseatische Krankenkasse**

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch den Leiter  
der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen**

**(nachstehend Krankenkassen/-verbände genannt)**

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Präambel**

### **Abschnitt I**

#### **Ziele, Geltungsbereich**

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

### **Abschnitt II**

#### **Teilnahme der Vertragsärzte und Einrichtungen**

- § 3 Teilnahme-Grundsätze
- § 3a Teilnahmevoraussetzungen des koordinierenden Versorgungssektors
- § 4 Beteiligung des fachärztlichen/qualifizierten Versorgungssektors
- § 5a Einbindung von Krankenhäusern
- § 5b Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen
- § 6 Teilnahmeerklärung Asthma bronchiale/COPD
- § 7 Überprüfung der DMP-Teilnahmevoraussetzungen
- § 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 9 Ärzte- und Krankenhäuserverzeichnis

### **Abschnitt III**

#### **Versorgungsinhalte**

- § 10 Medizinische Anforderungen an die Behandlungsprogramme Asthma bronchiale und COPD
- § 10a Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors
- § 10b Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors
- § 10c Aufgaben der Krankenhäuser zur Betreuung von Versicherten mit Asthma bronchiale/COPD

### **Abschnitt IV**

#### **Qualitätssicherung**

- § 11 Grundlagen und Ziele
- § 12 Maßnahmen und Indikatoren
- § 13 Vertragsmaßnahmen

## **Abschnitt V**

### **Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

- § 14 Teilnahmevoraussetzungen
- § 15 Information und Einschreibung
- § 16 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 17 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 18 Wechsel des koordinierenden Arztes
- § 19 Meldung der Krankenkassen

## **Abschnitt VI**

### **Schulungen**

- § 20 Schulung, Information der Ärzte
- § 21 Schulung, Information der Versicherten

## **Abschnitt VII**

### **Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Nr. 4 RSAV**

- § 22 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft
- § 23 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 24 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung
- § 25 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

## **Abschnitt VIII**

### **Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben**

- § 26 Datenstelle
- § 27 Erst- und Folgedokumentation
- § 28 Datenfluss zur Datenstelle
- § 29 Datenzugang
- § 30 Datenaufbereitung und -löschung

## **Abschnitt IX**

### **Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVWL und zur Gemeinsamen Einrichtung**

- § 31 Datenfluss
- § 32 Datenzugang
- § 33 Datenaufbewahrung und -löschung

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

## **Abschnitt X**

### **Evaluation**

§ 34 Evaluation

## **Abschnitt XI**

### **Vergütung und Abrechnung**

§ 35 Vertragsärztliche Leistungen

§ 36 Qualitätsorientierte Vergütung

## **Abschnitt XII**

### **Sonstige Bestimmungen**

§ 37 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 38 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 39 Gemeinsamer Ausschuss

§ 40 Laufzeit und Kündigung

§ 41 Schriftform

§ 42 Salvatorische Klausel

## Anlagen

Anlage 1	Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor
Anlage 2	Strukturqualität fachärztlicher/qualifizierter Versorgungssektor
Anlage 3	Strukturqualität Krankenhaus
Anlage 4	Teilnahmeerklärung Asthma bronchiale/COPD
Anlage 4a	Ergänzende Erklärung zu angestellten Ärzten
Anlage 5	Versorgungsinhalte Asthma bronchiale
Anlage 6	Versorgungsinhalte COPD
Anlage 7	Ärzte- und Krankenhäuserverzeichnis
Anlage 8	arzt-/versichertenbezogene Qualitätssicherung Asthma bronchiale
Anlage 9	arzt-/versichertenbezogene Qualitätssicherung COPD
Anlage 10	unbesetzt
Anlage 11	unbesetzt
Anlage 12	unbesetzt
Anlage 13	Teilnahme-/Einwilligungserklärung Versicherter inkl. Datenschutz- und Patienteninformation indikationsübergreifend
Anlage 14a	Teilnahme/Einwilligungserklärung Versicherter DMP Asthma bronchiale inkl. Datenschutz- und Patienteninformation indikationsbezogen
Anlage 14b	Teilnahme/Einwilligungserklärung Versicherter DMP COPD inkl. Datenschutz- und Patienteninformation indikationsbezogen
Anlage 15	unbesetzt
Anlage 16	Patientenschulungen und Vergütung
Anlage 17	Vergütung DMP-Leistungen

## Erläuterungen

- „Ärzte/Vertragsärzte" sind Ärztinnen/Vertragsärztinnen und Ärzte/Vertragsärzte.
- „COPD“ ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung.
- „DMP" ist die Abkürzung für Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V.
- „DMP-A-RL“ ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V.
- „DMP-AF-RL" ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Aufbewahrungsfristen der für die Durchführung von Strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlichen personenbezogenen Daten nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V.
- „DMP-RL" ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V.
- „Dokumentationsdaten“ sind die Daten nach Anlage 2 der DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP- RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL.
- „Fachärztlich qualifizierte Ärzte" sind Vertragsärzte sowie bei diesen zur Erbringung von DMP-Leistungen berechnete angestellte Ärzte nach § 4 dieser Vereinbarung.
- „G-BA" ist der Gemeinsame Bundesausschuss.
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 24.
- „Koordinierende Ärzte" sind Vertragsärzte sowie bei diesen zur Erbringung von DMP-Leistungen berechnete angestellte Ärzte nach § 3a dieser Vereinbarung. Ferner können Ärzte nach § 4 dieser Vereinbarung die koordinierende Funktion im Ausnahmefall übernehmen, sofern sie die Patienten in Dauerbehandlung betreuen (vgl. § 3 Abs. 3).
- „RSAV" ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.
- „Versicherte" sind weibliche und männliche Versicherte.

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

## Präambel

Zu den chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen gehören die Indikationen Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Asthma bronchiale ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege, charakteristisch durch bronchiale Hyperreagibilität und variable Atemwegsobstruktion.

Die Prävalenz des Asthmas in Deutschland wird auf ca. fünf bis sieben Prozent bei Erwachsenen geschätzt. Bei Kindern ist Asthma die häufigste chronische Erkrankung. Hier wird die Prävalenz auf ca. zehn bis 15 Prozent geschätzt. Von einer weiteren Zunahme der Asthma-Häufigkeit wird ausgegangen.

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. Die Datenlage zu COPD ist aufgrund von Klassifikationsschwierigkeiten unzureichend. Basierend auf den Angaben zur Symptommhäufigkeit leiden nach dem Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 zehn bis 30 Prozent der Erwachsenen in Deutschland an einer chronischen Bronchitis. Von diesen Menschen entwickeln wahrscheinlich 15 bis 20 Prozent eine obstruktive Lungenerkrankung.

Der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale/COPD messen die Partner dieser Vereinbarung einen hohen Stellenwert bei. Schon 2001 war nach Auffassung des Sachverständigenrates für die damalige Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei an Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Erwachsenen sowie 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 sektorenübergreifender Behandlungs- und Koordinationsbedarf besteht. Bei Asthma bronchiale/COPD vermag der Patient durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei lebensstilassozierten Risikofaktoren, Vermeidung Asthma bronchiale/COPD-auslösender Faktoren und körperliches Training, den Krankheitsverlauf deutlich positiv zu beeinflussen. Für COPD ist zusätzlich die Aufgabe des Rauchens

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

hervorzuheben. Diesem Umstand wird im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme Rechnung getragen.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose des Asthma bronchiale/der COPD zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und den kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, das Risiko des Auftretens von Folgekrankheiten und die Lebensqualität positiv beeinflusst werden können. Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten sowie eine individualisierte Therapie können die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten erheblich reduziert werden.

Deshalb schließen die Krankenkassen/-verbände in Westfalen-Lippe und die KVWL diese Vereinbarung. Um der Dynamik des medizinischen Fortschrittes und dem daraus resultierenden Wandel der Versorgung Rechnung zu tragen, werden die Vertragspartner Aktualisierungen der Anforderungen an dieses Programm fortlaufend berücksichtigen. Darüber hinaus werden Erkenntnisse aus der Evaluation der DMP und ergänzender Studien in die Weiterentwicklung dieser Programme einfließen.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL, die Änderungen der DMP-A-RL, die am 19.09.2014, 19.03.2016, 01.07.2016 und 01.01.2017 in Kraft getreten sind sowie den Beschluss des G-BA vom 19.10.2017, in Kraft getreten am 18.11.2017.



**Abschnitt I**  
**Ziele, Geltungsbereich**

**§ 1**  
**Ziele der Vereinbarung**

- (1) Ziel der Vereinbarung ist unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Asthma bronchiale/COPD. Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden koordinierenden Ärzte übernehmen die Versorgungs-aufgaben nach dieser Vereinbarung und strukturieren die Behandlungsabläufe in Zusammenarbeit mit fachärztlich qualifizierten Ärzten. Ärzte und Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten an den DMP Asthma bronchiale/COPD in Westfalen-Lippe hin.
  
- (2) Die Ziele und Anforderungen an die DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und den diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA festgelegt. Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der Asthma bronchiale/COPD-bezogenen Lebensqualität. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt:

Programmteil Asthma bronchiale (vgl. Ziffer 1.3 der DMP-RL Teil B II.):

1. Vermeidung/Reduktion von:

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

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

2. Reduktion der Asthma-bedingten Letalität.

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

Programmteil COPD (vgl. Ziffer 1.3 der Anlage 11 der DMP-A-RL):

1. Vermeidung/Reduktion von:

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptomen, 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.

3. adäquate Behandlung der Komorbiditäten.

## **§ 2**

### **Geltungsbereich**

(1) Diese Vereinbarung gilt für

1. westfälisch-lippische Vertragsärzte, die nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmen sowie für angestellte Ärzte, die Leistungen nach dieser Vereinbarung erbringen,
2. die Behandlung von Versicherten, die nach Maßgabe des Abschnitts V in ein zugelassenes DMP ihrer Krankenkasse eingeschrieben sind,
3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern ihre Krankenkasse nach Absatz 2 den Beitritt zum zugelassenen DMP der gleichen Kassenart erklärt hat.

(2) Dieser Vereinbarung können Krankenkassen mit Sitz außerhalb von Westfalen-Lippe, soweit erforderlich beitreten, sobald sie gegenüber der KVWL erklären, dass sie die Regelungen des § 36 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Das Programm soll vorrangig durch eine an dieser Vereinbarung teilnehmende westfälisch-lippische Krankenkasse der gleichen Kassenart durchgeführt werden. Die Krankenkassen/-verbände werden die KVWL über die Vorgehensweise der Krankenkassen informieren. Die Vergütungen erfolgen im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, die an diesen DMP für COPD oder Asthma bronchiale teilnehmenden Versicherten gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte und Einrichtungen bzw. Versicherte wegen COPD oder Asthma bronchiale auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

## **Abschnitt II**

### **Teilnahme der Vertragsärzte und Einrichtungen**

#### **§ 3**

##### **Teilnahme-Grundsätze**

- (1) Die Teilnahme der Hausärzte/fachärztlich qualifizierten Ärzte sowie die Beteiligung von angestellten Ärzten an dieser Vereinbarung ist freiwillig.
- (2) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (3) Die Anforderungen an die im Folgenden geforderten Strukturqualitäten können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

#### **§ 3a**

##### **Teilnahmevoraussetzungen des koordinierenden Versorgungssektors**

- (1) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor in den beiden Programmteilen Asthma bronchiale und COPD sind Vertragsärzte, die nach § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und persönlich bzw. durch angestellte Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 erfüllen.
- (2) Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 21 Jahren ist im DMP Asthma bronchiale ein besonderer Schwerpunkt gewidmet, da der Erkrankungsbeginn des Asthmatikers häufig im Kindes- und Jugendalter liegt. Aus diesem Grunde sind auch Pädiater für das DMP Asthma

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

bronchiale teilnahmeberechtigt, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 erfüllen.

- (3) In Ausnahmefällen können an beiden Programmteilen auch zugelassene qualifizierte Fachärzte als koordinierende Ärzte teilnehmen, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 erfüllen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Bei Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung des qualifizierten Facharztes befinden, soll dieser bei einer Stabilisierung des Zustandes prüfen, ob eine Rücküberweisung an den Hausarzt (Arztwechsel) möglich ist.

#### **§ 4**

#### **Beteiligung des fachärztlichen/qualifizierten Versorgungssektors**

- (1) Die ambulante fachärztliche Versorgung wird aufgrund einer Überweisung des koordinierenden Vertragsarztes nach Ziffer 1.6.2 der DMP- RL Teil B II. bzw. Ziffer 1.6.2 der Anlage 11 DMP-A-RL aufgeführten qualifizierten Fachärzte, Psychotherapeuten bzw. Einrichtungen bei den dort genannten Indikationen gewährleistet.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die spezifische Asthma bronchiale/COPD-bedingte fachärztliche Versorgung sind Vertragsärzte, die folgende Voraussetzungen persönlich bzw. durch angestellte Ärzte nachweisen:

Programmteile Asthma bronchiale und COPD:

- Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie oder
- Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde

oder

- Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pulmologie oder
- Facharzt für Innere Medizin mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung.

Diese Ärzte können Kinder und Jugendliche im Rahmen des DMP Asthma bronchiale im Einzelfall betreuen; im Übrigen gilt Absatz 3.

- (3) Teilnahmeberechtigt für die spezifische Asthma bronchiale-bedingte Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind Vertragsärzte, die folgende Voraussetzungen persönlich bzw. durch angestellte Ärzte nachweisen:

Für Kinder und Jugendliche:

- Facharzt für Kinder und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie oder
- mit der Zusatzweiterbildung Allergologie oder
- mit der Schulungsberechtigung für ein akkreditiertes Patientenschulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale oder
- mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung auf dem Gebiet der Kinder-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte.

Die Strukturqualität muss der Vertragsarzt zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt nach § 7.

## **§ 5 a**

### **Einbindung von Krankenhäusern**

- (1) Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit den Diagnosen Asthma bronchiale bzw. COPD vertraglich ein. Diese müssen die Anforderungen der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL sowie nach Anlage 3 erfüllen und die Patienten entsprechend den medizinischen Vorgaben der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL behandeln. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig.
- (2) Die Träger der Krankenhäuser geben schriftlich eine Bereiterklärung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung ab und senden diese an die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KG NW). Nach Sichtung durch die KG NW sendet diese die Unterlagen binnen einer Woche an die Krankenkassen/-verbände in Westfalen-Lippe oder eine von ihnen benannte Stelle. Die Bereiterklärung wird von den Krankenkassen/-verbänden geprüft.

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

- (3) Die Krankenkassen/-verbände stellen fest, ob die Teilnahmevoraussetzungen vorliegen. Sie können sich im Hinblick auf die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen externen Sachverständigen bedienen. Die Krankenkassen/-verbände entscheiden unter Berücksichtigung der Ziele der Krankenhausplanung gemeinsam und einheitlich im Einvernehmen mit der KG NW über die Annahme der Bereiterklärung; sie teilen dem Krankenhaus das Ergebnis ihrer Entscheidung schriftlich mit.

## **§ 5 b**

### **Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen**

Rehabilitationsmaßnahmen sind zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Förderung einer auf das Krankheitsbild ausgerichteten Lebensweise des Patienten insbesondere nach einem stationären Aufenthalt sinnvoll. Rehabilitationsmaßnahmen werden unter Berücksichtigung der leistungsrechtlichen Vorgaben des SGB V und des SGB VI veranlasst. Die Krankenkassen stellen sicher, dass sie Belegungszusagen nur an Einrichtungen erteilen, die ihre Behandlungsinhalte und -abläufe an den Vorgaben der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL ausrichten.

## **§ 6**

### **Teilnahmeerklärung Ärzte**

- (1) Der koordinierende Vertragsarzt nach § 3a erklärt die Teilnahme an den jeweiligen Programmteilen Asthma bronchiale und COPD dieser Vereinbarung schriftlich gegenüber der KVWL auf dem Vordruck nach Anlage 4.
- (2) Der anstellende Vertragsarzt gibt die notwendigen ergänzenden Erklärungen für die angestellten Ärzte nach Anlage 4a ab. Mit seinen Unterschriften auf der Teilnahmeerklärung nach den Anlagen 4 und der ergänzenden Erklärung nach Anlage 4a bestätigt der anstellende Arzt, dass die arzt- und betriebsstätten-bezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Der anstellende Arzt stellt durch arbeitsvertragliche Regelungen sicher, dass die Anforderungen nach der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL durch den angestellten Arzt beachtet werden.

## **§ 7**

### **Überprüfung der DMP-Teilnahmevoraussetzungen**

Die KVWL prüft die Voraussetzungen und erteilt den Vertragsärzten schriftlich die Genehmigung zur Teilnahme an den jeweiligen Programmteilen Asthma bronchiale und COPD nach dieser Vereinbarung, wenn diese die in den Anlagen 1 bis 2 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen. Unter dieser Voraussetzung gilt die Genehmigung vom Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung an.

## **§ 8**

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

- (1) Die Teilnahme des koordinierenden Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem in der Genehmigung nach § 7 genannten Datum, frühestens jedoch mit Beginn dieser Vereinbarung.
- (2) Der koordinierende Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVWL kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVWL) beträgt drei Monate zum Ende eines Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Vertragsarztes bzw. fachärztlichen Vertragsarztes, können die Krankenkassen den hiervon betroffenen Versicherten das Ärzteverzeichnis (vgl. § 9) zur Wahl eines anderen koordinierenden Arztes bzw. fachärztlich qualifizierten Arztes zukommen lassen.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet ebenfalls mit dem Bescheid der Zulassungsinstanzen über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung oder durch Bescheid der KVWL aufgrund eines Ausschlusses nach § 13 Abs. 1 Nr. 3 dieser Vereinbarung.
- (5) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität nicht am DMP teilnimmt. Sie ruht in Teilen, sofern die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist mit der Teilnahmeerklärung nach Anlage 4a nachzuweisen.

- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die Strukturqualität für den koordinierenden bzw. fachärztlich qualifizierten Versorgungssektor erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung nach dieser Vereinbarung berechtigt.

## **§ 9**

### **Ärzte- und Krankenhäuserverzeichnis**

- (1) Die KVWL führt unter Angabe des jeweiligen Programmteils ein Verzeichnis über an dieser Vereinbarung nach den §§ 3a und 4 teilnehmende und ausscheidende Ärzte und stellt dieses Verzeichnis regelmäßig, mindestens monatlich, aktualisiert in elektronischer Form (z. B. Excel-Datei) entsprechend Anlage 7
- der Datenstelle nach § 26,
  - den Krankenkassen/-verbänden,
  - der KGNW,
  - der Gemeinsamen Einrichtung nach § 24,
  - den koordinierenden Ärzten sowie fachärztlich qualifizierten Ärzten
- zur Verfügung.

Die Verzeichnisse werden arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:

- Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
- Postanschrift der Praxis/Einrichtung,
- lebenslange Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) und
- angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.

Ferner stellt die KVWL sicher, dass die Krankenkassen/-verbände sowie die Datenstelle nach § 26 zeitnah, spätestens innerhalb von zehn Tagen, in geeigneter Form (Änderungsmeldungen, Listen entsprechend Anlage 7) über Zu- bzw. Abgänge sowie Änderungen informiert werden.

- (2) Die Krankenkassen/-verbände leiten ein von der KGNW zur Verfügung gestelltes Verzeichnis der nach § 5a teilnehmenden Krankenhäuser unverzüglich

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V



- der KVWL
  - der Gemeinsamen Einrichtung nach § 24
- weiter.

Die Krankenkassen/-verbände stellen ferner die umgehende Weiterleitung der Verzeichnisse nach Absatz 1 an die von ihnen vertretenen Krankenkassen und bei Bedarf die Weiterleitung an interessierte teilnehmende bzw. teilnahmewillige Versicherte sicher.

- (3) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 und 2 werden von den Krankenkassen/-verbänden dem Bundesversicherungsamt (BVA) mit dem Antrag auf Zulassung eines DMP vorgelegt. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BVA alle fünf Jahre (und auf Aufforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 und 2 können veröffentlicht werden. Ferner werden die Patienten durch die einzelnen Krankenkassen/-verbände bzw. andere Informationsquellen, wie z. B. Bürgerinformationen der KVWL/ÄKWL, zu ihrem Recht der Information zur Aufgabenteilung der Versorgungsebenen einschließlich der verfügbaren Ärzte bzw. sonstigen Leistungserbringer informiert.

### **Abschnitt III Versorgungsinhalte**

#### **§ 10**

#### **Medizinische Anforderungen an die Behandlungsprogramme Asthma bronchiale und COPD**

Die medizinischen Anforderungen an die Behandlungsprogramme Asthma bronchiale und COPD sind in der Anlage 5 und 6 definiert und Bestandteil des Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlagen entsprechen den Anforderungen an die Behandlung nach Teil B II. der DMP-RL und Anlage 11 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen den Anforderungen an die Behandlung nach Teil B II. der DMP-RL und Anlage 11 der DMP-A-RL. Die Ärzte und sonstigen Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-RL und der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten.

Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 6 insbesondere, die Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Diagnostik und Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

## § 10 a

### Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors

Zu den Aufgaben des koordinierenden Vertragsarztes gehören insbesondere:

1. die Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Ärzte unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln nach Ziffer 1.6.1 Anlage 11 der DMP-A-RL bzw. der DMP-RL Teil B II.,
3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten nach § 15 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VIII und IX,
4. die vollständige Erstellung und Übermittlung der Dokumentation entsprechend Anlage 2 DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL; soweit diese fehlerhaft weitergeleitet wurde, die nachträgliche Korrektur auf Anforderung,
5. die Wiedereinbestellung des Patienten zum Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung,
6. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
7. die Durchführung von Patientenschulungen nach § 21, soweit die Schulungsberechtigung nach § 21 Abs. 4 gegenüber der KVWL nachgewiesen ist, oder die Veranlassung von Patientenschulungen,
8. die Überweisung an andere Vertragsärzte oder die Einbeziehung weiterer Ärzte, soweit diese aufgrund der Versorgungsinhalte nach der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL vorgenommen werden muss (im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über die Einbeziehung anderer Ärzte),
9. bei Einbeziehung anderer Ärzte
  - die Übermittlung therapierelevanter Informationen entsprechend § 10, wie z. B. über die medikamentöse Therapie,
  - das Einholen der therapierelevanten Informationen von diesen Ärzten,
10. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 11 der DMP-A-RL sowie der DMP-RL Teil B II. genannten Indikationen (mit Ausnahme von Notfallindikationen) eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus entsprechend der Anlage 3 vorzunehmen und auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist,
11. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.4 der Anlage 11 der DMP-A-RL sowie der DMP-RL Teil B II. genannten Indikationen eine Rehabilitationsmaßnahme zu erwägen. Sobald Rehabilitationskliniken vertraglich in dieses Programm eingebunden sind, werden die

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

Kostenträger sicherstellen, dass die Versicherten vorrangig in vertraglich eingebundenen Rehabilitationseinrichtungen rehabilitiert werden.

Wird die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt übernommen, gelten die Ziffern 1 bis 11 entsprechend.

## **§ 10b**

### **Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors**

Zu den Aufgaben des fachärztlich qualifizierten Versorgungssektors gehören insbesondere:

1. die Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Durchführung von Patientenschulungen nach § 21 auf Veranlassung des koordinierenden Vertragsarztes, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVWL nachgewiesen ist,
4. die Einbeziehung anderer Ärzte, soweit diese aufgrund der Versorgungsinhalte nach der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL zu dieser Vereinbarung erforderlich ist (im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über die Einbeziehung anderer Ärzte),
5. bei Einbeziehung anderer Ärzte
  - die Übermittlung therapierelevanter Informationen entsprechend § 10, wie z. B. über die medikamentöse Therapie,
  - das Einholen der therapierelevanten Informationen von diesen Ärzten,
6. Rückmeldung an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3a unter Angabe therapierelevanter Informationen (einschließlich derjenigen Informationen von ggf. einbezogenen anderen Ärzten) zur Erstellung der Dokumentationen. Dies soll spätestens zwei Wochen nach der Befunderhebung erfolgen,
7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 11 der DMP-A-RL sowie der DMP-RL Teil B II. genannten Indikationen (mit Ausnahme von Notfallindikationen) ist eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus entsprechend der Anlage 3 vorzunehmen und auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist,

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.4 der Anlage der DMP-A-RL sowie der DMP- RL Teil B II. genannten Indikationen eine Rehabilitationsmaßnahme zu erwägen. Sobald Rehabilitationskliniken vertraglich in dieses Programm eingebunden sind, werden die Kostenträger sicherstellen, dass die Versicherten vorrangig in vertraglich eingebundenen Rehabilitationseinrichtungen rehabilitiert werden.

Wird die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt übernommen, gelten die Ziffern 1 bis 8 entsprechend.

### **§ 10 c**

#### **Aufgaben der Krankenhäuser zur Betreuung von Versicherten mit Asthma bronchiale/COPD**

Zu den Aufgaben der teilnehmenden Krankenhäuser gehören:

- die stationäre Behandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der Versorgungsinhalte nach der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL,
- die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne dieser Vereinbarung,
- die Rückmeldung an den koordinierenden Arzt unter Angabe therapierelevanter Informationen zur Erstellung der Dokumentation. Dies soll möglichst umgehend, spätestens zwei Wochen nach Entlassung erfolgen. Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie sind dabei an § 115c SGB V sowie den Regelungen der Ziffer 1 der DMP-RL Teil B II. bzw. Ziffer 1 der Anlage 11 der DMP-A-RL auszurichten,
- die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 dieser Vereinbarung einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- die Übergabe der Patienteninformation über das DMP Asthma bronchiale bzw. COPD an die teilnahmeberechtigten Versicherten. Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten erstellt das Krankenhaus die Teilnahme-/Einwilligungserklärung des teilnahmeberechtigten Versicherten und händigt ihm diese bei Entlassung im Original (mit allen Durchschlägen) zur Weitergabe an den von ihm benannten koordinierenden Arzt aus. Bei Bedarf informiert das Krankenhaus die Patienten über die am DMP teilnehmenden koordinierenden Ärzte auf der Basis des Verzeichnisses nach § 9 Abs. 2. Mit der Teilnahme-/Einwilligungserklärung wählt der Versicherte den koordinierenden Arzt für das DMP Asthma bronchiale bzw. COPD.

**Abschnitt IV**  
**Qualitätssicherung**

**§ 11**

**Grundlagen und Ziele**

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in den Anlagen 8 bzw. 9 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere:

- Einhaltung der medizinischen Anforderungen nach der Anlage 11 der DMP-A-RL sowie der DMP-RL Teil B II. einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren nach Ziffer 1.6 der Anlage 11 der DMP-A-RL sowie der DMP-RL Teil B II. einschließlich der Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlagen 1 und 2 zu dieser Vereinbarung,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationsdaten
- aktive Teilnahme der Versicherten.

**§ 12**

**Maßnahmen und Indikatoren**

(1) Entsprechend Ziffer 2 der DMP-RL Teil B II. sowie § 2 i. V. m. Ziffer 2 der Anlage 11 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele nach § 11 zugrunde gelegt.

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die koordinierenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle,
- die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte sein,
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung der in den Anlagen 8 bzw. 9 (Qualitätssicherungsanlagen) fixierten Indikatoren sind die Dokumentationsdaten nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V einzubeziehen.
  - (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach den Anlagen 8 und 9 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich, zu veröffentlichen.
  - (5) Die KVWL stellt sicher, dass die von koordinierenden Vertragsärzten erteilten Aufträge nur von Vertragsärzten oder Psychotherapeuten mit entsprechenden Genehmigungen (Qualitätssicherungs-Richtlinien) erbracht werden.

### **§ 13**

#### **Vertragsmaßnahmen**

- (1) Verstößt der koordinierende Arzt bzw. der fachärztlich qualifizierte Arzt gegen die Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung, löst dieses folgende Maßnahmen aus:
  1. Keine Vergütung für nicht vertragsgemäße Dokumentationen,
  2. auf Veranlassung eines Partners dieser Vereinbarung und ggf. Beratung im Gemeinsamen Ausschuss nach § 39 die schriftliche Aufforderung der KVWL an den koordinierenden Arzt bzw. den fachärztlich qualifizierten Arzt, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten; hierbei kann auf die Möglichkeit einer Maßnahme nach Ziffer 3 hingewiesen werden,
  3. sofortiger und fristloser Ausschluss des koordinierenden Arztes bzw. fachärztlich qualifizierten Arztes von der Teilnahme durch sofortigen Widerruf der Genehmigung, wenn er die eingegangenen Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung trotz einer Maßnahme nach Ziffer 2 weiterhin nicht einhält. Über den Ausschluss entscheidet die KVWL im Einvernehmen mit den Krankenkassen/-verbänden nach Beratung im Gemeinsamen Ausschuss nach § 39.
- (2) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie die Verpflichtung zur Wiedergutmachung eines entstandenen Schadens bleiben unberührt.

- (3) Die Teilnahme von Krankenhäusern kann mit sofortiger Wirkung widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen für die Teilnahme nicht mehr erfüllt werden oder die Mitarbeiter des Krankenhauses die medizinischen Vorgaben nach der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL nicht beachten. Vor Beschlussfassung durch die Krankenkassen/-verbände wird die KG NW informiert. Diese wird das Krankenhaus um Stellungnahme bitten und mit diesem den Sachverhalt mit dem Ziel erörtern, festgestellte Mängel umgehend abzustellen; über das Ergebnis informiert die KG NW die Verbände der Krankenkassen Krankenkassen/-verbände innerhalb von acht Wochen. Der Bericht der KG NW sowie die Stellungnahme des Krankenhauses sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen. Erforderlichenfalls aktualisieren die Krankenkassen/-verbände das Teilnahmeverzeichnis nach § 9 Abs. 2.

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

### **§ 14**

#### **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte können freiwillig auf Basis eines zugelassenen DMP ihrer Krankenkasse an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen, wenn :
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Ziffer 1.2 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL sowie
  2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten (Minderjährige Versicherte: Gesetzliche Vertreter erklären Teilnahme- und Einwilligung) und
  3. die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über
    - die Programminhalte,
    - die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkassen übermittelt werden und von diesen im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können,
    - die Möglichkeit, dass Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
    - die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

- die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme am Programm wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten vorliegen.
- (2) Ergänzend zu den allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen sind die speziellen Teilnahmevoraussetzungen zu prüfen:
- Programmteil Asthma bronchiale (vgl. Ziffer 3.2 der DMP-RL Teil B II.)
  - Kinder können erst ab Vollendung des fünften Lebensjahres am DMP Asthma bronchiale teilnehmen. Ferner sind die Kriterien der speziellen Teilnahmevoraussetzungen für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche im Alter von fünf bis 17 Jahren zu unterscheiden.
  - Programmteil COPD (vgl. Ziffer 3.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL)
  - Versicherte unter 18 Jahren können nicht in das DMP COPD eingeschrieben werden.
- (3) Eine gleichzeitige Einschreibung in die DMP Asthma bronchiale und COPD ist nicht möglich.
- (4) Die Teilnahme schränkt die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) nicht ein.

## **§ 15**

### **Information und Einschreibung**

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten zur Unterstützung der koordinierenden und fachärztlich qualifizierten Ärzte entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch Patienteninformationen, über das Behandlungsprogramm. Der Versicherte bestätigt Erhalt und Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme-/Einwilligungserklärung. (vgl. Anlagen 13 / 14a bzw. 14b).
- (2) Die koordinierenden Ärzte informieren entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 14 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 16 beim koordinierenden Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung der Versicherten in das jeweilige Behandlungsprogramm sind folgende Unterlagen notwendig:

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V



1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten nach Anlage 13 / 14a bzw. 14b mit Bestätigung und Unterschrift des koordinierenden Arztes, dass die angegebene Diagnose gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind; insbesondere erklärt der Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann, sowie
  2. die vollständigen/plausiblen Daten der Erstdokumentation nach Anlage 2 der DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Arzt nach § 3a an der Vereinbarung teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 13 / 14a bzw. 14b sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 der DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 26 weiterleitet. Die Unterlagen sind dort innerhalb der Frist nach § 27 Abs. 4 einzureichen. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte im Rahmen der DMP Asthma bronchiale/COPD nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.
- (5) Wenn sich der Versicherte zur Einschreibung in das Behandlungsprogramm direkt an seine Krankenkasse wendet, kann diese für den Patienten - nach Information über die teilnehmenden Ärzte - einen koordinierenden Arzt vermitteln, damit die nach Absatz 3 notwendigen Unterlagen erstellt und übermittelt werden können.
- (6) Nachdem der Krankenkasse alle Einschreibeunterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-RL sowie der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen (Ausnahme: Keine gleichzeitige Einschreibung in die DMP Asthma bronchiale und COPD).
- (8) Soweit ein an einem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Absatz 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

## **§ 16**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Nach umfassender Information über das Behandlungsprogramm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erklärt der Versicherte auf der Teilnahme-/Einwilligungserklärung nach Anlage 13 / 14a bzw. 14b seine Teilnahme an dem Behandlungsprogramm und sein Einverständnis zur Freigabe der erforderlichen Daten. Dies gilt auch, wenn der Versicherte bereits an einem anderen DMP teilnimmt.

## **§ 17**

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

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse nach § 15 Abs. 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 15 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen; die Form der Kündigung richtet sich nach den Erfordernissen der jeweiligen Krankenkasse.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm endet in den Fällen des § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV mit dem Tag der letzten Dokumentation nach Anlage 2 der DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL Beendigungsgründe im Einzelnen:
  - Der Versicherte erfüllt die Voraussetzung für eine Einschreibung nicht mehr.
  - Der Versicherte hat innerhalb von 12 Monaten zwei der in den Dokumentationen nach Anlage 2 der DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen.
  - Zwei aufeinander folgende der quartalsbezogenen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 der DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL sind nicht innerhalb der Dokumentationsfrist übermittelt worden.

- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet ferner mit dem Tag des Endes der Mitgliedschaft des Versicherten (Kassenwechsel) bzw. des Endes der Programmzulassung. Bei einer Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zu einer Krankenkasse, die sich nicht über mehr als sechs Monate erstreckt, kann die Teilnahme am Programm aufgrund einer Folgedokumentation fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt Absatz 3 entsprechend. Im Übrigen ist eine erneute Einschreibung möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 14 vorliegen.
- (5) Im Programmteil Asthma bronchiale soll der koordinierende Vertragsarzt nach 12-monatiger Symptombefreiheit ohne asthmaspezifische Therapie prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3 der DMP-RL Teil B II. genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- (6) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

## **§ 18**

### **Wechsel des koordinierenden Arztes**

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend der Anlage 2 der DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL und übermittelt die vollständige, plausible Folgedokumentation an die Datenstelle nach § 26. Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neu gewählten Arzt.

## **§ 19**

### **Meldung der Krankenkassen**

Die Krankenkassen/-verbände können der KVWL quartalsweise die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken übermitteln.

## **Abschnitt VI Schulungen**

### **§ 20**

#### **Schulung, Information der Ärzte**

- (1) Die Krankenkassen und die KVWL informieren die teilnahmeberechtigten koordinierenden Ärzte sowie die Fachärzte richtlinienkonform über Ziele und Inhalte der DMP Asthma bronchiale/COPD. Hierbei werden auch die vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte erhalten hierzu umfangreiche tagesaktuelle Informationen über die Internetseiten der KVWL.
- (2) Die Schulungen der teilnahmeberechtigten Ärzte dienen der Erreichung der vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Partner dieser Vereinbarung definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an eine für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Vertragsärzte.
- (3) Die in den Anlagen 1 und 2 (Strukturqualität) geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVWL nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie nach § 10 dieser Vereinbarung einzubeziehen.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.
- (5) Eine Information über die zur Verfügung stehenden Tabakentwöhnungsprogramme erhalten die Ärzte über die Internet-Seiten der jeweiligen Krankenkasse.

## § 21

### Schulung, Information der Versicherten

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte der DMP insbesondere durch die Patienteninformation nach Anlage 13 / 14a bzw. 14b. Hierbei werden auch die vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Grundsätzlich erhält jeder teilnehmende Versicherte Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm nach Anlage 16. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Schulungsmaßnahmen sind für Patienten vorgesehen, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie nach § 10 dieser Vereinbarung, einzubeziehen. Auf Inhalte, die der RSAV sowie den diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA widersprechen, muss verzichtet werden.
- (4) Die KVWL stellt sicher, dass Schulungen nur unter der Voraussetzung durchgeführt werden, dass sämtliche Strukturvoraussetzungen nach Anlage 16 erfüllt werden. Hierzu verpflichtet die KVWL die durchführenden Praxen, u. a. Änderungen des Schulungspersonals der KVWL umgehend anzuzeigen.
- (5) Die Vertragspartner informieren die am DMP Asthma/COPD teilnehmenden Ärzte/Versicherten in geeigneter Weise über die nach der DMP-A-RL zulässigen Tabakentwöhnungsprogramme.

## **Abschnitt VII**

### **Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V und Gemeinsame Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 c RSAV**

#### **§ 22**

##### **Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Partner dieser Vereinbarung haben eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V gegründet. Das Nähere ergibt sich aus der Vereinbarung über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V. Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V um die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden weiteren Aufgaben.

#### **§ 23**

##### **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten zu pseudonymisieren und sie dann an die KVWL und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung nach Anlage 8 bzw. 9 weiterzuleiten.
- (2) Soweit die Arbeitsgemeinschaft die Funktion der Datenstelle nach § 26 nicht selbst wahrnimmt, beauftragt sie unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle nach § 26 mit der Durchführung der in den Absatz 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für eine ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

#### **§ 24**

##### **Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung**

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der Aufgaben nach den Ziffern 2 und 6 der DMP-RL Teil B II. bzw. § 2 in Verbindung mit der Ziffer 2 der Anlage 11 und § 6 der DMP-A-RL gegründet. Das Nähere ergibt sich aus der hierzu geschlossenen Vereinbarung.

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung um die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden weiteren Aufgaben.

## **§ 25**

### **Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung nach Anlagen 8 und 9 durchzuführen. Dies umfasst insbesondere:

- die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten,
- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie nach Ziffer 2 der DMP-RL Teil B II. bzw. § 2 der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten,
- die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten,
- die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach Ziffer 6 der DMP-RL Teil B II. bzw. § 6 der DMP-A-RL und
- die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

## **Abschnitt VIII**

### **Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben**

## **§ 26**

### **Datenstelle**

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen/-verbände und die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 beauftragen eine Datenstelle mit den in den nachfolgenden Absätzen genannten Aufgaben. Soweit die Arbeitsgemeinschaft als Datenstelle fungiert, übernimmt sie die unter Absatz 3, 4 und 6 beschriebenen Aufgaben.

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

- (2) Zur Erfüllung der in Absatz 6 genannten Aufgaben genehmigt der koordinierende Vertragsarzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 4 den für ihn - in Vertretung/ohne Vollmacht - zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle nach Absatz 1 geschlossenen Vertrag bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt, und beauftragt die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit diesen Aufgaben.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt die Datenstelle (soweit sie diese Funktion nicht selbst wahrnimmt) mit folgenden Aufgaben:
- Erfassung der Dokumentationsdaten,
  - Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten,
  - Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
  - Weiterleitung der Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KVWL.
- (4) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit folgenden Aufgaben:
- Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
  - Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten,
  - Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
  - Weiterleitung von der Datenstelle erfassten Dokumentationsdaten unmittelbar an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.
- (5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen/-verbände und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X, die Bestandteil dieser Vereinbarung sind. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenstelle zu einem späteren Zeitpunkt ebenfalls mit noch zu bestimmenden Aufgaben, unter Beibehaltung der Kernaufgaben bei der Gemeinsamen Einrichtung, beauftragt. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, wird der hierzu nach § 80 SGB X notwendige Vertrag dem Bundesversicherungsamt unmittelbar übermittelt.

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V



- (6) Die Teilnahmeerklärung (vgl. Anlage 4) des koordinierenden Vertragsarztes nach § 3a beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit folgenden Aufgaben:
- Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
  - Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die Arbeitsgemeinschaft,
  - Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.

## **§ 27**

### **Erst- und Folgedokumentation**

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationsdaten umfassen nur die in der Anlage 2 der DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach Ziffer 2 der DMP-RL Teil B II. bzw. der Anlage 11 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Ärzte nach Ziffer 4 der DMP-RL Teil B II. bzw. der Anlage 11 der DMP-A-RL und die Evaluation nach Ziffer 6 der DMP-RL Teil B II. bzw. § 6 der DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 der DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL unter Berücksichtigung der Ausprägung des Erkrankungsbildes das Dokumentationsintervall (-drei oder sechs Monate) für den jeweiligen eingeschriebenen Versicherten fest.
- (3) Bei einem Dokumentationszeitraum von drei Monaten ist die Dokumentation einmal je Quartal zu erstellen. Bei einem Dokumentationszeitraum von sechs Monaten ist die Dokumentation jedes zweite Quartal zu erstellen.

- (4) Dokumentationen nach Anlage 2 der DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL werden nach Maßgabe der Dokumentationsintervalle nach Absatz 2 grundsätzlich am Behandlungstag erstellt. Sie müssen der Datenstelle innerhalb von zehn Tagen nach Erstellung der Dokumentation vorliegen. Hierzu werden sie mindestens einmal wöchentlich an die Datenstelle nach § 26 versandt.

## **§ 28**

### **Datenfluss und Datenstelle**

- (1) Der nach § 3a koordinierende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung nach § 6,
- a) die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose und
  - b) die vollständige Erst-/Folgedokumentation nach Anlage 2 der DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL
- innerhalb der Frist nach § 27 Abs. 4 an die Datenstelle nach § 26 weiterzuleiten. Der koordinierende Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer (maximal sieben Ziffern). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (2) Der Versicherte willigt einmalig mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme-/Einwilligungserklärung in die Datenübermittlung schriftlich ein. Er wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten mittels einer Ausfertigung einer Dokumentation informiert.

Bei einem Wechsel des koordinierenden Arztes nach § 18 übermittelt der neue koordinierende Arzt nach § 3a innerhalb der Frist nach § 27 Abs. 4 die Folgedokumentation an die Datenstelle nach § 26.

## **§ 29**

### **Datenzugang**

- (1) Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 26 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten.

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

(2) Die nach § 26 Abs. 4 an die jeweilige Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Dokumentationsdaten werden von den Krankenkassen unter Berücksichtigung des § 38 Abs. 2 und 3 insbesondere für folgende Zwecke genutzt:

1. Ansprache von Versicherten bei fehlenden Dokumentationen,
2. Beendigung der Teilnahme gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 der RSAV,
3. schriftliche Information von Versicherten unmittelbar im Zusammenhang mit der Neueinschreibung in das DMP; die jeweilige Krankenkasse und die KVWL verständigen sich über die Inhalte dieser schriftlichen Information,
4. schriftliche Information von Versicherten zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation,
5. notwendige Qualitätssicherungsmaßnahmen einschließlich Weitergabe von Erkenntnissen zur Qualitätssicherung an die Gemeinsame Einrichtung.

Weitere Nutzungszwecke bedürfen im Interesse der Behandlungserfolge der Abstimmung unter den Vertragspartnern.

(3) Die Regelungen in Absatz 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der in § 2 und § 2a der DMP-AF-RL genannten Aufbewahrungsfrist.

### **§ 30**

#### **Datenaufbewahrung und -löschung**

Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.

## **Abschnitt IX**

### **Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVWL und zur Gemeinsamen Einrichtung**

#### **§ 31**

##### **Datenfluss**

- (1) Die Datenstelle übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten unmittelbar an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die Gemeinsame Einrichtung.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die KVWL.
- (4) Die Datenstelle übermittelt quartalsweise elektronisch einen arztbezogenen Nachweis der plausibel, vollständig und fristgerecht eingegangenen Dokumentationsdaten zu Abrechnungszwecken. Näheres hierzu ist in Anlage 17 geregelt.

#### **§ 32**

##### **Datenzugang**

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KVWL und an das DMP-Datenzentrum der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben nach dieser Vereinbarung bzw. einem zugelassenen DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

#### **§ 33**

##### **Datenaufbewahrung und -löschung**

Die übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden gemäß den gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 SGB V archiviert.

## **Abschnitt X**

### **Evaluation**

#### **§ 34**

### **Evaluation**

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

## **Abschnitt XI**

### **Vergütung und Abrechnung**

#### **§ 35**

### **Vertragsärztliche Leistungen**

- (1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen mit Ausnahme der Leistungen nach § 36 nach Maßgabe des jeweils gültigen EBM und sind mit der in der Honorarvergütungsvereinbarung mit der KVWL definierten morbiditätsbedingten Vergütung abgegolten.
- (2) Die Vertragspartner werden die Entwicklung der Leistungsmenge gemeinsam beobachten. Sofern die Leistungsmenge überproportional zunimmt, analysieren die Vertragspartner, ob und ggf. inwieweit diese Entwicklung ursächlich auf die Einführung der DMP zurückzuführen ist; ist dieser Zusammenhang unstrittig, werden die Vertragspartner zeitnah über die Konsequenzen wegen der Leistungsmenge verhandeln.

#### **§ 36**

### **Qualitätsorientierte Vergütung**

- (1) Für die Erbringung der Leistungen zur Optimierung der Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale/COPD werden folgende qualitätsorientierte Vergütungen vereinbart:

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

1. DMP-Leistungen nach Anlage 17,
  2. Patientenschulungen nach Anlage 16.
- 
- (2) Details zur Abrechnungsprüfung (z. B. Informationen der Datenstelle zu vollständig, plausibel und fristgerecht erstellen/übermittelten Dokumentationen als Abrechnungsgrundlage, Verschlüsselung der gesicherten Diagnose) sind in den Anlagen 16 und 17 erläutert.
  - (3) Die Leistungen nach Absatz 1 werden entsprechend den Honorarverträgen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet und schließen eine Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit Leistungen nach dieser Vereinbarung aus.
  - (4) Die KVWL sorgt dafür, dass die Vergütungen aus dieser Vereinbarung gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden.
  - (5) Die Krankenkassen erhalten je Quartal von der KVWL einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen (z. B. Ausweis der Vergütungen im Formblatt 3, Excel-Tabelle mit Arzt-/Versichertenbezug).
  - (6) Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.

## **Abschnitt XII**

### **Sonstige Bestimmungen**

#### **§ 37**

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

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die Vertragsärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Ärzten sowie sonstigen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieser Vereinbarung vorzunehmen.

### **§ 38**

#### **Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

- (1) Die KVWL liefert nach § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für die jeweiligen Programmteile erforderlichen Abrechnungsdaten versichertenbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt nach den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern.
- (2) Die Krankenkassen bieten dem koordinierenden Vertragsarzt versichertenbezogene Unterstützung bei der Durchführung der DMP an.
- (3) Soweit die Krankenkassen aufgrund von arzt-/versichertenbezogenen Informationen im Rahmen der Versorgungsoptimierung tätig werden (z. B. Gesundheits-Coaching, Gesundheitstipps, Reminderprozesse), erfolgt dies im Sinne der zwischen Arzt und Patient vereinbarten Behandlungsziele.
- (4) Verhaltensweisen, die insbesondere im Zusammenhang mit der Abstimmung nach Absatz 3 Satz 2 dem Gebot einer vertrauensvollen Zusammenarbeit widersprechen, sind kurzfristig vom koordinierenden Vertragsarzt der KVWL und den Krankenkassen/-verbänden von der Krankenkasse ihrem Verband mitzuteilen. Die KVWL und der betroffene Verband entscheiden über eine bilaterale Klärung oder Einberufung des Gemeinsamen Ausschusses nach § 39.
- (5) Die KVWL und die Krankenkassen/-verbände werden sich mit an sie herangetragenen Beanstandungen unverzüglich mit dem Ziel einer Verständigung befassen.

### **§ 39**

#### **Gemeinsamer Ausschuss**

- (1) Zur Klärung von Auslegungsfragen, Beilegung von Meinungsverschiedenheiten und Beratung bei Verstößen gegen diese Vereinbarung können die Partner dieser Vereinbarung einen Gemeinsamen Ausschuss bilden.
- (2) Der Gemeinsame Ausschuss wird paritätisch mit Vertretern der KVWL und der Krankenkassen/-verbände besetzt. Eine Einberufung erfolgt bei Bedarf.
- (3) Entscheidungen des Gemeinsamen Ausschusses werden einvernehmlich getroffen.

### **§ 40**

#### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2018 in Kraft und löst die Vereinbarung in der Fassung vom 01.07.2013 ab.
- (2) Die Anwendung der Regelungen dieser Vereinbarung in Bezug auf die jeweilige Krankenkasse setzt voraus, dass diese über ein zugelassenes DMP verfügt. Die Regelungen dieser Vereinbarung zum Datenfluss (Abschnitt VII bis IX) sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.
- (3) Erforderliche Änderungen dieser Vereinbarung oder Anpassungen der DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen erfolgen müssen, werden unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen.
- (4) Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, rechtzeitig, d. h. mit ausreichend zeitlichem Vorlauf, um ihnen zum Zeitpunkt der geforderten Umsetzung entsprechen zu können, zu unterrichten.

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V



- (5) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung der DMP gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist nicht notwendig.
- (6) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Die Regelungen zur Vergütung (vgl. § 36 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i. V. m. den Anlagen 16 und 17) können unabhängig von dieser Vereinbarung mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Kündigungen nach Satz 1 und 2 können auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse erklärt werden; eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.
- (7) Bei wichtigem Grund kann diese Vereinbarung von jedem Partner nach erfolgloser Erörterung im Gemeinsamen Ausschuss nach § 39 mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Ein wichtiger Grund kann auch ein wiederholter, schwerer Verstoß gegen § 38 Abs. 4 sein. Ferner kann die Vereinbarung von jedem Partner mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende bei Wegfall/Änderung der RSA-Anbindung der DMP bzw. bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung des DMP gekündigt werden. Für Kündigungen nach Satz 1 und 3 gilt Abs. 6 Satz 3 entsprechend.

#### **§ 41**

##### **Schriftform**

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

#### **§ 42**

##### **Salvatorische Klausel**

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Partei dieser Vereinbarung derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Parteien dieser Vereinbarung 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.

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

Bochum, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Münster, den 15.12.2017

---

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe

---

AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse.

---

BKK-Landesverband NORDWEST

---

KNAPPSCHAFT

---

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

---

IKK classic

---

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen

2. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2018 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V