

Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Pneumologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

zwischen



AOK Baden-Württemberg („AOK“)

Presselstr. 19, 70191 Stuttgart

vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Johannes Bauernfeind



Bosch BKK („BKK“)

Kruppstraße 19, 70469 Stuttgart

vertreten durch die Vorständin Dr. Gertrud Prinzing,



MEDI Baden-Württemberg e.V. („MEDI BW e.V.“)

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch den Vorstand Dr. Werner Baumgärtner



MEDIVERBUND AG („MEDIVERBUND“)

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch die Vorstände Frank Hofmann und Dr. jur. Wolfgang Schnörer

und

teilnehmenden FACHÄRZTEN

sowie



Berufsverband der Pneumologen
in Baden-Württemberg e.V.

Baden-Württemberg

Berufsverband der Pneumologen in Baden-Württemberg e.V. (BdP BW e.V.)

Hainenbachstraße 25, 89522 Heidenheim

vertreten durch den Vorstand Dr. med. Frank J. Heimann

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND | 3 |
| Präambel | 3 |
| § 1 Vertragsgegenstand | 4 |
| ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES | 5 |
| § 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren | 5 |
| § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme | 5 |
| § 4 Einschreibung von AOK- und BKK-Versicherten | 7 |
| § 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES | 8 |
| § 6 Informationspflichten des FACHARZTES | 11 |
| § 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT | 11 |
| § 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag | 12 |
| ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE | 13 |
| § 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte | 13 |
| ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, BKK, MEDIVERBUND, 13 | |
| BdP BW und MEDI BW e.V. UNTEREINANDER | 13 |
| § 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts | 13 |
| § 11 Leistungen der Managementgesellschaft | 13 |
| § 12 Pflichten der AOK und BKK | 15 |
| § 13 Rechte und Pflichten von .MEDI BW e.V. und BdP BW e.V. | 16 |
| § 14 Wechselseitige Unterstützung | 16 |
| § 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing | 17 |
| § 16 Vertragssoftware | 17 |
| § 17 Kündigung und Laufzeit | 17 |
| § 18 Schlichtungsverfahren | 18 |
| ABSCHNITT V: ABRECHNUNG | 18 |
| § 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft | 18 |
| § 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK | 21 |
| § 21 Verwaltungskostengebühr | 21 |
| ABSCHNITT VI:BEIRAT | 22 |
| § 22 Beirat | 22 |
| ABSCHNITT VII:ALLGEMEINE REGELUNGEN | 22 |
| § 23 Geltung der einzelnen Abschnitte | 22 |
| § 24 Vertragsbeginn und Vertragsende | 23 |
| § 25 Verfahren zur Vertragsänderung | 23 |
| § 26 Haftung und Freistellung | 24 |
| § 27 Qualitätssicherung | 25 |
| § 28 Datenschutz | 25 |
| § 29 Sonstiges | 25 |
| Anlagenübersicht | 27 |

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND

Präambel

Die ambulante pneumologische Versorgung stellt einen elementaren und unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens dar. Eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung durch pneumologisch tätige niedergelassene Fachärzte ermöglicht eine weitgehend ambulante, kostengünstige Versorgung der Patienten in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Durch Zusammenarbeit und Vernetzung der Versorgungsstrukturen, insbesondere mit den Hausärzten, und unter Berücksichtigung des Grundsatzes ambulant vor stationär, soll durch diesen Vertrag die medizinische Versorgung optimiert und gleichzeitig wirtschaftlicher werden.

Die AOK und die Bosch BKK als gesetzliche Krankenkassen mit über 4,4 Millionen Versicherten in Baden-Württemberg möchten gemeinsam mit dem MEDIVERBUND sowie an diesem Vertrag („**Vertrag**“) teilnehmenden Ärzten/-innen und Medizinischen Versorgungszentren (**im Folgenden „FACHÄRZTE“ genannt**) Versicherten eine besondere ambulante Versorgung gemäß § 140a SGB V („**SGB V**“) anbieten. Die AOK, die BKK, der MEDIVERBUND und die teilnehmenden FACHÄRZTE werden hierbei nach Maßgabe dieses Vertrages durch den BdP BW e.V. und MEDI BW e.V. berufspolitisch unterstützt. Die AOK und die BKK erfüllen durch das Angebot der Vertragspartner den Sicherstellungsauftrag gegenüber den teilnehmenden Versicherten.

MEDI BW e.V. ist eine fachübergreifende Organisation niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die die ärztliche Freiberuflichkeit in wirtschaftlicher und therapeutischer Hinsicht stärken will. MEDI BW e.V. hat unter anderem für die Verhandlung, den Abschluss und die Umsetzung dieser Versorgungsverträge die MEDIVERBUND AG gegründet. Der MEDIVERBUND führt die Managementaufgaben nach diesem Vertrag durch.

Der BdP BW e.V. ist der Berufsverband der Pneumologen in Baden-Württemberg.

Durch den Vertrag wird der FACHARZT gegen die Vergütung nach diesem Vertrag zur Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen verpflichtet. Diese besondere Qualität und die Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern, insbesondere den Hausärzten, soll die Versorgung der daran teilnehmenden Versicherten (Patienten) optimieren. Der FACHARZT wird in die Lage versetzt, mehr Zeit für die Behandlung seiner Patienten aufzuwenden. Durch eine zielgenauere Leistungssteuerung und insbesondere eine rationale und transparente Pharmakotherapie sowie Heil- und Hilfsmittelversorgung erwarten die AOK und die BKK die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Dieses Ziel wird durch eine Vertragssoftware unterstützt. Diese ermöglicht dem FACHARZT insbesondere die Verordnung der Medikamente, die Überweisung von Patienten und die Abrechnung der Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass dieser Vertrag eine fachärztliche Ergänzung zum HZV-Vertrag der AOK vom 08.05.2008 bzw. der Bosch BKK vom 29.09.2009 und Teil des AOK-Facharztprogramms bzw. des Bosch BKK-Facharztprogramms ist, in dem bereits Facharztverträge nach § 73c SGB V a.F. und § 140a SGB V bestehen. Nach einer öffentlichen Ausschreibung sollen ergänzend Verträge mit weiteren Facharztgruppen nach § 140a SGB V angegliedert werden. Der HZV-Vertrag sowie alle Facharztverträge nach § 73c SGB V a.F. sowie § 140a SGB V sollen medizinisch und wirtschaftlich zu einer optimal vernetzten, ambulanten Versorgung für die Patienten verbunden werden.

Die Versorgung nach diesem Vertrag soll darüber hinaus sinnvoll durch weitergehende und auf sie abgestimmte Versorgungsformen und -elemente ergänzt werden: insbesondere Integrationsversorgung nach §§ 140a ff. SGB V, Rabattverträge nach § 130a SGB V sowie strukturierte Behandlungsprogramme der AOK und BKK nach § 137f SGB V.

Die Vertragspartner verfolgen im Rahmen eines **Kodex** insbesondere folgende gemeinsame Versorgungsziele:

- (1) Im Sinne der „sprechenden Medizin“ nehmen sich die FACHÄRZTE in der Sprechstunde ausreichend Zeit für notwendige intensive Gespräche und eine motivationale Beratung (bio-psycho-sozialer Ansatz); die AOK und die BKK informieren ihre Versicherten dahingehend, dass hiermit unnötige Behandlungen vermieden werden sollen.
- (2) Die FACHÄRZTE arbeiten intensiv mit dem HAUSARZT des Patienten und anderen beteiligten FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN zusammen. Dabei geht es v.a. um eine gegenseitige, zeitnahe Information per Arztbrief (auch elektronisch) und die fachübergreifende Kooperation bei Diagnostik und Therapie. Die AOK und die BKK weisen ihre am Facharztprogramm teilnehmenden Versicherten ausführlich darauf hin, wie wichtig die Therapietreue bei der Lösung ihrer gesundheitlichen Probleme ist.
- (3) In diesem Sinne organisieren die Partner analog der Kundenbefragung im Qualitätsmanagement ein Patienten-Feedback, das ausschließlich dem einzelnen FACHARZT zugänglich ist.
- (4) FACHÄRZTE und HAUSÄRZTE arbeiten beim Versorgungsmanagement (gemäß § 11 Abs. 4 SGB V) komplexer Fallkonstellationen vertrauensvoll zusammen und binden im Einverständnis mit dem Patienten in Erfüllung ihrer Unterstützungsfunktion den Sozialen Dienst der AOK / die Patientenbegleitung der Bosch BKK mit ein.
- (5) Ziel der Vertragspartner ist, mit erweiterten Behandlungsmöglichkeiten und intensiverer Betreuung durch den FACHARZT und HAUSARZT sowie insoweit qualifizierte Mitarbeiter der Kassen eine verbesserte Versorgung zu erreichen und unnötige Ausgaben bei veranlassten Leistungen zu vermeiden.
- (6) Die Vertragspartner unterstützen telemedizinische Modellprojekte und Versorgungsangebote als Ergänzung bzw. Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung.
- (7) Die Vertragspartner arbeiten gemeinsam an der Einführung und Weiterentwicklung einer online-basierten Terminvergabe zur besseren Koordinierung und Vernetzung von FACHÄRZTEN und HAUSÄRZTEN.

Dies vorausgeschickt, vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer qualifikations- und qualitätsbezogenen Versorgung im Fachgebiet der Pneumologie für Versicherte der AOK und BKK in Baden-Württemberg durch nach dem II. Abschnitt dieses Vertrages teilnehmende FACHÄRZTE. Der Abschnitt III. regelt die Teilnahme der Versicherten der AOK und BKK. Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft („**Managementgesellschaft**“) erbringt in diesem Zusammenhang die im IV. Abschnitt dieses Vertrages geregelten Managementleistungen und führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringenseite das im V. Abschnitt geregelte Abrechnungsmanagement durch.
- (2) Leistungen des organisierten Notfalldienstes sind nicht Bestandteil dieses Vertrages.
- (3) Leistungen gem. Kapitel 4.5.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind nicht Bestandteil des Vertrages.
- (4) Grundlage für die erfolgreiche Durchführung dieses Vertrages ist eine enge und von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit der Vertragspartner.

ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES

§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren

- (1) Die Vertragspartner eröffnen zugelassenen Vertragsärzten/-innen („**Ärzte**“), persönlich ermächtigten Ärzten/-innen („**Ermächtigte**“) und Medizinischen Versorgungszentren („**MVZ**“) die Möglichkeit der Teilnahme am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie nach Maßgabe dieses Vertrages.
- (2) Für die Teilnahme an diesem Vertrag ist es Voraussetzung, dass alle im jeweils zum Zeitpunkt des Beitritts gültigen Gesamtziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12) als „obligatorisch“ gekennzeichneten Ziffern erbracht werden müssen.
- (3) Ärzte und MVZs (§ 95 Abs. 1 und § 311 Abs. 2 SGB V) sind im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen zur Teilnahme an diesem Vertrag durch Vertragsbeitritt im Sinne von § 3 Abs. 4 lit. b) („**Vertragsteilnahme**“) berechtigt, wenn sie die in den nachfolgenden lit. a) bis c) genannten Eigenschaften und die in § 3 genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („**teilnahmeberechtigter Vertragsarzt**“):
 - a) Ärzte müssen
 - Fachärzte für Innere Medizin mit oder ohne Schwerpunkt Pneumologie bzw. Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde oder Lungenärzte sein und weitere in Anlage 12 Abschnitt I genannte Voraussetzungen erfüllen,
 - als zugelassener Arzt oder als zugelassenes MVZ an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V teilnehmen,
 - b) Persönlich ermächtigte Ärzte dürfen Leistungen dieses Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen. Sofern die Ermächtigung einen Überweisungsvorbehalt vorsieht, kann hiervon in Einzelfällen durch Beschluss des Beirates gemäß § 22 aus Sicherstellungsgründen abgewichen werden
 - c) Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte des Vertragsarztes/MVZ bzw. die für die persönliche Ermächtigung genutzten Räumlichkeiten liegen in Baden-Württemberg.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme

- (1) Ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt im Sinne von § 2 Abs. 3 kann die Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach **Anlage 1** schriftlich beantragen.
- (2) Managementgesellschaft ist der MEDIVERBUND. Die Teilnahmeerklärung ist an die Managementgesellschaft zu richten. Die Managementgesellschaft ist im Zusammenhang mit der Vertragsteilnahme, Durchführung und Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem FACHARZT und Entgegennahme von Erklärungen des FACHARZTES mit Wirkung für die anderen Vertragspartner berechtigt.
- (3) Voraussetzungen für die Vertragsteilnahme sind:
 - a) Erfüllung der Eigenschaften gemäß § 2;
 - b) Nachweis der Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung (in der Regel Präsenzveranstaltung gemäß Anlage 6). Die Teilnahme an einer solchen Schulung muss durch den Vertragsarzt, den persönlich ermächtigten bzw. den pneumologisch tätigen

- angestellten Arzt des MVZ und mindestens eine/n bei dem Vertragsarzt bzw. MVZ angestellte/n medizinische/n Fachangestellte/n erfolgen;
- c) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT, die den Betriebssystemanforderungen des Softwarehauses der Vertragssoftware entspricht und Anbindung über z.B. DSL zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus **Anlage 3**;
 - d) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem);
 - e) Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software („**Vertragssoftware**“) in der stets aktuellen Version. Näheres zur Ausstattung und den technischen Voraussetzungen (einschließlich Hardware) ist in **Anlage 3** geregelt;
 - f) Befüllen eines elektronischen Patientenpasses auf Wunsch des Patienten, soweit die technischen Voraussetzungen vorliegen;
 - g) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät) und Angabe einer E-Mail-Adresse. Die Managementgesellschaft wird die FACHÄRZTE je nach Art und Umfang der Information über die vom FACHARZT benannte E-Mail-Adresse informieren;
 - h) Erfüllung sämtlicher folgender Mindestanforderungen an den FACHARZT: Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT die Fortbildungen gemäß Anlage 2 nachzuweisen.
 - i) Vorhalten einer apparativen Ausstattung und entsprechend qualifizierten Personals, soweit es gemäß **Anlage 2** für die Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag entsprechend dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens notwendig ist.
 - j) Teilnahme an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß **Anlage 2**
 - Sektorenübergreifende Qualitätssicherung gemäß § 137a SGB V (nach Implementierung)
 - Erfüllung der Anforderungen der „Qualitätsmanagements-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung
- (4) Die Managementgesellschaft prüft die Teilnahmeberechtigung des Facharztes nach dem vorstehenden Absatz und teilt ihm spätestens 2 Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Managementgesellschaft schriftlich ein Zwischenergebnis bzw. das Ergebnis ihrer Prüfung wie folgt mit:
- a) **Aufforderung zur Nachbesserung zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen.** Erfüllt ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 zum Zeitpunkt der Abgabe der Teilnahmeerklärung nicht und ergibt sich dies nach Prüfung durch die Managementgesellschaft, setzt die Managementgesellschaft eine Frist von 3 Monaten, innerhalb derer der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt für die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen sorgen kann. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, zum Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen geeignete Unterlagen anzufordern, wenn sie Zweifel an der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen hat. Erfüllt der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht innerhalb der Frist nach Satz 1, ist die Abgabe eines neuen Vertragsangebotes durch diesen Arzt gemäß Absatz 1 erforderlich.
 - b) **Zulassung zum AOK-FacharztProgramm/Bosch BKK-Facharztprogramm**

Pneumologie. Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 3 vor, gegebenenfalls nach Nachbesserung im Sinne von lit. a), nimmt die Managementgesellschaft das Vertragsangebot des teilnahmeberechtigten Vertragsarztes zur Teilnahme am AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie unverzüglich an. Die Annahme erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung (in der Regel per Fax) der Managementgesellschaft an den teilnahmeberechtigten Vertragsarzt über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 3. Mit Zugang dieser Bestätigung über die Vertragsteilnahme wird der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt Vertragspartner als FACHARZT dieses Vertrages.

§ 4 Einschreibung von AOK- und BKK-Versicherten

- (1) Versicherte der AOK Baden-Württemberg („**Versicherte**“), die in das AOK-HausarztProgramm eingeschrieben sind, können sich in das AOK-FacharztProgramm einschreiben. Das AOK-FacharztProgramm besteht derzeit aus den Modulen Kardiologie, Gastroenterologie, PNP (Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), Orthopädie, Rheumatologie, Urologie, Diabetologie, Nephrologie sowie Pneumologie und wird sukzessive ausgebaut. Mit der Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm verpflichtet sich der Versicherte, in den Fachgebieten, für die Module des AOK-FacharztProgramms bestehen, nach freier Wahl ausschließlich solche Fachärzte auszuwählen, die an diesem FacharztProgramm der AOK teilnehmen.
- (2) Für Versicherte der BKK ist die Teilnahme am Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ Voraussetzung für die Einschreibung in das Bosch BKK-Facharztprogramm. Das Bosch BKK-Facharztprogramm besteht derzeit aus den Modulen Kardiologie, Gastroenterologie, PNP (Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), Orthopädie, Rheumatologie, Urologie sowie Pneumologie und wird sukzessive ausgebaut. Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte der BKK, nach freier Wahl nur solche FACHÄRZTE auszuwählen, die am Bosch BKK-Facharztprogramm teilnehmen.
- (3) Versicherte der AOK und der BKK können sich auf folgendem Wege durch Abgabe einer entsprechenden Teilnahmeerklärung („**Versicherten-Teilnahmeerklärung**“) in das **AOK-FacharztProgramm** bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm einschreiben:
 - a) Beim FACHARZT. Dieser ist ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme berechtigt und auf Wunsch des Versicherten verpflichtet, Versicherten-Teilnahmeerklärungen von diesen entgegenzunehmen. Der FACHARZT erfasst die Teilnahme in der Vertragssoftware und leitet die Daten unverzüglich elektronisch an die Managementgesellschaft weiter. Der FACHARZT bewahrt einen Ausdruck der Teilnahmeerklärung entsprechend den gesetzlichen Fristen auf (zurzeit 10 Jahre). Der zweite Ausdruck wird dem Patienten ausgehändigt.
 - b) Bei Ärzten, die am jeweiligen HZV-Vertrag gemäß § 73b SGB V teilnehmen („**HAUSARZT**“).
 - c) Bei FACHÄRZTEN aus anderen Modulen des AOK-FacharztProgramms bzw. Bosch BKK-Facharztprogramms.
- (4) Teilnahmeerklärungen von Versicherten führen, soweit die Voraussetzungen für eine Teilnahme dieser Versicherten gegeben sind (§ 9), zur Einschreibung mit Wirkung für das nächstmögliche Abrechnungsquartal. Voraussetzung für die Einschreibung mit Wirkung zu dem nächsten Abrechnungsquartal ist jedoch weiter, dass die Teilnahmeerklärungen spätestens bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals bei der AOK bzw. BKK eingegangen sind (01. Februar, 01. Mai, 01. August, 01.

November). Für das weitere Verfahren der Einschreibung gelten die Vorgaben der in **Anlage 6** enthaltenen „**Prozessbeschreibung FACHARZT**“. AOK, BKK und MEDIVERBUND können einvernehmlich die genannten Fristen um bis zu einen Monat verlängern. Für die Sofortabrechnung nach Einschreibung geltend abweichend und ergänzend hiervon die Regelungen der Ergänzungsvereinbarung vom 12.04.2012 in der jeweils aktuellen Fassung. Ersetzende Vereinbarungen dieser Ergänzungsvereinbarung vom 12.04.2012 werden entsprechend berücksichtigt.

- (5) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die FACHÄRZTE den Teilnahmestatus der Versicherten abrufen können. Ärztliche Leistungen von FACHÄRZTEN für am AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm teilnehmende Versicherte dürfen nach Maßgabe des **Abschnitt V** dieses Vertrages abgerechnet werden.
- (6) AOK, BKK und MEDIVERBUND setzen gemeinsam die elektronische Einschreibung und elektronische Datenübermittlung mittels Vertragssoftware für die Teilnahme der Versicherten im Vertrag für alle FACHÄRZTE um. Näheres ergibt sich aus Anlage 6 zu diesem Vertrag. Der FACHARZT hat seinen gesetzlichen Pflichten zur Archivierung der Teilnahmeformulare nachzukommen.
- (7) **Ein Anspruch von Versicherten zur Teilnahme ergibt sich allein aus der Satzung der AOK bzw. BKK in Verbindung mit den Teilnahmebedingungen. Ansprüche von Versicherten werden unmittelbar durch diesen Vertrag nicht begründet.**

§ 5 **Besondere Leistungen des FACHARZTES**

- (1) Der FACHARZT ist gegenüber der Managementgesellschaft gemäß den folgenden Absätzen 2 bis 7 zum Angebot einer besonderen Versorgung an die teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der nach Maßgabe von **Abschnitt V** erbring- und abrechenbaren Leistungen sowie besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen verpflichtet. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten verbleibt bei dem behandelnden FACHARZT. Er erbringt seine ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht.
- (2) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden **Qualitätsanforderungen hinsichtlich des Sprechstundenangebots, der Terminvergabe und der Praxisausstattung** erfüllen:
 - a) Zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ gelten folgende Fristen:
 - Reguläre Sprechstundentermine oder Erstkontakte erfolgen in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung,
 - Behandlung von Not-/Akutfällen am Tag des Anrufs durch den HAUSARZT/FACHARZT, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden,
 - b) Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten (Not-/ Akutfälle sind bevorzugt zu behandeln).
 - c) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, d.h. ein Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Montag bis Freitag).
 - d) Angebot einer Abendsprechstunde pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr (Terminsprechstunde) für berufstätige eingeschriebene Versicherte.

- e) Alle relevanten Befunde werden - mit Einverständnis des Patienten - dem HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen übermittelt. Bei Notfällen wird der Befund dem Patienten mitgegeben bzw. sofort übermittelt. Die Übermittlung erfolgt, soweit technisch möglich, per elektronischem Arztbrief unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß **Anlage 3**.
 - f) Anfragen der AOK, der BKK und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu Arbeitsunfähigkeit werden vom FACHARZT innerhalb von 4 Werktagen beantwortet.
 - g) Zudem müssen die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 erfüllt werden.
- (3) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden **Qualifikationsanforderungen** selbst und ggf. durch einen im Rahmen des Zulassungsrechts angestellten Arzt bzw. als MVZ durch einen Vertragsarzt/angestellten Arzt erfüllen:
- a) Aktive Unterstützung von hausärztlichen Qualitätszirkeln zu pneumologischen Themen nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - b) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - c) Konsequente Berücksichtigung der für die Behandlung in der pneumologischen Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien sowie der Qualitätssicherungsmaßnahmen (Anhang 1 zu Anlage 2) nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - d) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V. Vertragsspezifische Fortbildungspflichten gemäß **Anlage 2** sind jährlich bei der Managementgesellschaft einzureichen.
- (4) Der FACHARZT erbringt im AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie folgende **besondere Leistungen für eingeschriebene Versicherte**:
- a) Bereitstellung von begleitenden Informationen über die Versorgung nach diesem Vertrag und über die Rechte und Pflichten der eingeschriebenen Versicherten bei einer Teilnahme an dem AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm auf deren Nachfrage, zusätzlich zu den Informationen der Krankenkassen gemäß § 73c Abs. 5 SGB V a.F. ;
 - b) Überweisung durch den FACHARZT an weitere FACHÄRZTE oder andere Fachärzte im Rahmen der gestellten Fragestellung unter Einbeziehung des HAUSARZTES und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung aller dem FACHARZT möglichen und notwendigen Abklärungen; Tätigkeit und Überweisung nur unter Berücksichtigung und Übermittlung der Vorbefunde sowie unter Beachtung der **Anlage 17**. Bei Klinikeinweisungen ist analog zu verfahren; es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 39 Abs. 1 SGB V).
 - c) Überweisungen vom FACHARZT zu den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind weiterhin in begründeten Ausnahmefällen möglich.
 - d) Sammlung, Dokumentation und sofortige Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten, vorliegenden Befunde einschließlich der korrekten und endstelligen ICD-10-Kodierungen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich. Die Übermittlung erfolgt - mit Einverständnis des Patienten - nach Abschluss der Diagnostik in jedem Fall an den HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen und, wenn nötig, zusätzlich an
 - den weiterbehandelnden FACHARZT

- das Krankenhaus bei notwendiger stationärer Einweisung.

Die Übermittlung erfolgt per **elektronischem Arztbrief** unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** soweit technisch möglich.

- e) Bekanntmachung und Information des Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt in für die Versicherten zumutbarer Entfernung. Vertretungen müssen innerhalb des AOK-FacharztProgramms/Bosch BKK-Facharztprogramms organisiert werden. Die Managementgesellschaft veröffentlicht die Vertretungsärzte im Internet.
 - f) Befüllen eines elektronischen Patientenpasses auf Wunsch und bei Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen.
 - g) Information der teilnehmenden Versicherten über spezifische Angebote der AOK bzw. BKK, z. B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst/Patientenbegleitung, Präventionsangebote und spezielle Rehabilitationsangebote (siehe **Anlage 12**).
 - h) Übermittlung der nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben für die Abrechnung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen an die Managementgesellschaft (vgl. 295a Abs. 1 SGB V).
 - i) Übergabe der Praxisdokumentation bei einem Arztwechsel des eingeschriebenen Versicherten innerhalb des AOK-FacharztProgramms bzw. Bosch BKK-Facharztprogramms Pneumologie auf Wunsch und mit Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten.
 - j) Die Leistungen gemäß § 5 Abs. 2.
 - k) Der FACHARZT erbringt alle gemäß Anlage 12, insbesondere Anhang 1 (Gesamtziffernkranz), vertraglich definierten Leistungen innerhalb dieses Vertrags. Weder Leistungen dieses Vertrages noch Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung dürfen von FACHÄRZTEN privat liquidiert werden.
 - l) Falls die AOK oder BKK für ihre Versicherten ein zusätzliches Diagnostik- und/oder Behandlungsangebot insbesondere bei schwerwiegenden pneumologischen Erkrankungen anbietet, unterstützt der FACHARZT dieses Angebot und leitet im Einzelfall Berichte datenschutzkonform und mit Einverständnis des Versicherten an die entsprechenden ärztlichen Leistungserbringer weiter.
 - m) Mögliche Nutzung und Angebot von Leistungen bzw. Fachanwendungen im Rahmen der elektronischen Arztvernetzung gemäß Anhang 6 zu Anlage 12, insbesondere wenn hierfür die erforderlichen technischen und vertraglichen (z.B. Teilnahmeerklärung des Arztes) Voraussetzungen vorliegen.
- (5) Der FACHARZT ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise, im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmitteltherapie insbesondere verpflichtet,
- a) bevorzugt Arzneimittel gemäß den jeweils gültigen Verträgen der AOK bzw. BKK mit pharmazeutischen Unternehmern nach § 130a Abs. 8 bzw. § 130c SGB V zu verordnen;
 - b) unbeschadet der Regelungen in a) die in den Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2** genannten Wirkstoffe zu beachten;

- c) unbeschadet der Regelungen in a) insbesondere auf die Verwendung von preisgünstigen Generika und die Auswahl von preisgünstigen Arzneimitteln zu achten.
 - d) Die wirtschaftliche Verordnung von Hilfsmitteln regeln Anlage 12 und Anlage 17.
- (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, bei Verordnungen, Überweisungen und bei der Abrechnung gegenüber der Managementgesellschaft nach Maßgabe des **V. Abschnitts** (Seite 18 ff.) eine Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu nutzen, die ihn bei der Erfüllung seiner Verpflichtungen nach Abs. 5 lit. a) bis c) unterstützt. Er ist zur Beachtung und Nutzung der Informationen hinsichtlich der Leistungserbringung und -steuerung für Arzneimittelverordnungen verpflichtet, die über die Vertragssoftware bereitgestellt werden. **Einzelheiten zu den mit der Vertragssoftware verbundenen technischen Voraussetzungen und Funktionen der Software ergeben sich aus Anlage 3.**
- (7) Die Installation und Nutzung spezifischer Hardware in Form eines „HZV-Online Key“ ist verpflichtend. Einzelheiten hierzu regelt die **Anlage 3**. Dabei wird das Ziel einer zukunftsorientierten elektronischen Praxisinfrastruktur zur Optimierung der Versorgung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sowie der möglichen Nutzung von Mehrwertdiensten verfolgt. Einzelheiten regelt **Anlage 3**.

§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist verpflichtet, die im folgenden Absatz 2 genannten Änderungen spätestens 3 Monate vor Eintritt der jeweiligen Änderung durch Übermittlung des in der **Anlage 1** beigefügten Meldeformulars („**Stammdatenblatt**“) an die Managementgesellschaft schriftlich anzuzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen.
- (2) Als Änderung im Sinne von Absatz 1 gelten insbesondere
- a) Umzug der Praxis des FACHARZTES (Änderung der Betriebsstätte; Wechsel der Betriebsstättennummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten;
 - b) Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung;
 - c) Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des FACHARZTES (Vertragsarzt/MVZ);
 - d) Änderung der in dem Stammdatenblatt aufgeführten Stammdaten des FACHARZTES (Stammdatenblatt).
 - e) Entfallen der Teilnahmeberechtigung nach § 2 Abs. 3 (z. B. Wechsel in ein Angestelltenverhältnis).
 - f) Entfallen einer der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 oder der Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 Abs. 2 und 3.
- (3) Der FACHARZT hat der Managementgesellschaft nach deren schriftlicher Aufforderung Auskunft zu erteilen, ob er die Anforderungen nach § 2, § 3 Abs. 3 und § 5 Abs. 2 und 3 einhält.

§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT

Der FACHARZT soll bereits bestehende und zukünftig entstehende Integrierte Versorgungsformen nach §§ 140a ff. SGB V a.F., die besondere ambulante ärztliche Versorgung

nach § 73c SGB V a.F., besondere Versorgungsformen nach § 140a SGB V und die HZV nach § 73b SGB V nutzen bzw. unterstützen, soweit diese Verträge an das AOK-FacharztProgramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie anknüpfen. Hierdurch sollen die Kommunikationswege zwischen dem FACHARZT und den niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten sowie den stationären Einrichtungen und anderen Leistungserbringern als Teilnehmer an diesen besonderen Versorgungsformen verbessert werden. Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und dem teilnehmenden FACHARZT sind in **Anlage 17** geregelt.

§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag

- (1) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet mit sofortiger Wirkung mit Entfallen der Teilnahmeberechtigungen nach § 2 Abs.3 lit. a-c, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens eines der Vertragspartner bedarf.
- (2) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet spätestens mit dem Vertragsende nach § 24 Abs. 4 lit. a) und/oder b).
- (3) Der FACHARZT kann seine Vertragsteilnahme mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung ist der Managementgesellschaft schriftlich zuzustellen. Das Recht des FACHARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund gilt für den FACHARZT insbesondere, wenn die in § 19 Abs. 2 geregelten Voraussetzungen eintreten (Sonderkündigungsrecht bei Änderung der bisherigen Vergütungsregelung zum Nachteil des FACHARZTES).
- (4) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner den Vertrag gegenüber dem FACHARZT fristlos aus wichtigem Grund außerordentlich zu kündigen. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn
 - a) der FACHARZT die Mitwirkung an einer Prüfung gemäß § 28 oder Anlage 15 verweigert, die hierfür erforderlichen Unterlagen nicht oder nicht vollständig zur Verfügung stellt, oder einer entsprechenden Aufforderung der Managementgesellschaft nicht binnen 4 Wochen nachkommt; oder
 - b) der FACHARZT gegen eine ihm nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt, die so schwerwiegend ist, dass ohne schriftliche Abmahnung der sofortige Ausschluss erfolgt; oder
 - c) der FACHARZT wiederholt oder in nicht nur geringem Umfang Doppelabrechnungen im Sinne von § 19 Abs. 1 vorgenommen hat; oder
 - d) durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung, aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die Erfüllung des Vertrages für AOK, BKK und MEDIVERBUND untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.
- (5) Die Kündigung hat jeweils schriftlich zu erfolgen. Für die Wirksamkeit der Kündigung gegenüber sämtlichen Vertragspartnern ist es ausreichend, dass die Kündigung gegenüber der Managementgesellschaft bzw. durch die Managementgesellschaft erklärt wird.
- (6) Die Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT führt zur Vertragsbeendigung für den FACHARZT mit Wirkung gegenüber sämtlichen übrigen Vertragspartnern. Die Beendigung des Vertrages durch einen FACHARZT hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragspartnern, d.h. AOK, BKK und MEDIVERBUND und den am Vertrag weiter teilnehmenden

FACHÄRZTEN.

ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE

§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte

- (1) Versicherte, die in das AOK-HausarztProgramm eingeschrieben sind, können ihre Teilnahme durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm erklären, die eine datenschutzrechtliche Einwilligung enthält (**Anlage 7**). Die Teilnahme ist freiwillig. Die Teilnahme erfolgt nach Maßgabe der Teilnahmebedingungen gemäß **Anlage 7** in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die AOK ist zur Kündigung der Teilnahme von Versicherten am AOK-FacharztProgramm bei Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen gemäß den Teilnahmebedingungen (**Anlage 7**) berechtigt und verpflichtet.
- (2) In das Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ eingeschriebene Versicherte der BKK unterzeichnen die BKK Teilnahmeerklärung (**Anlage 7**). Abs. 1 gilt für die BKK bzw. ihre Versicherten entsprechend.

ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, BKK, MEDIVERBUND, BdP BW e.V. und MEDI BW e.V. UNTEREINANDER

§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts

Dieser **Abschnitt IV** begründet ausschließlich Rechte und Pflichten zwischen AOK, BKK, MEDIVERBUND, BdP BW e.V. und MEDI BW e.V. Die Verpflichtung der AOK bzw. BKK zur Leistung der Vergütung für im Rahmen des AOK-FacharztProgramms/Bosch BKK-Facharztprogramms Pneumologie erbrachte Leistungen des FACHARZTES und die Verpflichtung der Managementgesellschaft zur Abrechnung der Leistungen des FACHARZTES gegenüber der AOK bzw. BKK sind im folgenden **Abschnitt V** gesondert geregelt.

§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft

- (1) Die Managementgesellschaft verpflichtet sich gegenüber der AOK und BKK zum Angebot einer fachärztlichen Versorgung gemäß § 73c SGB V a.F. sowie § 140a SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer. Die Managementgesellschaft übernimmt nicht den Sicherstellungsauftrag.
- (2) Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung gemäß Abs. 1 Satz 1 dieses § 11 übernimmt die Managementgesellschaft die Koordinierung und Umsetzung der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE gegenüber der AOK und BKK wie folgt:
 - a) Bekanntgabe des Vertrages und Erläuterung der Vertragsteilnahme für FACHÄRZTE in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere Kommunikationsmaßnahmen (§ 15);
 - b) Unverzögliche Reaktion und Beantwortung von Anfragen der FACHÄRZTE zur Vertragsteilnahme in angemessener Bearbeitungszeit (Servicehotline);
 - c) Koordination der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE an diesem Vertrag (§ 3);
 - d) Entgegennahme von Teilnahmeerklärungen von FACHÄRZTEN;
 - e) Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3) anhand der

Angaben in der Teilnahmeerklärung und der **beigelegten Nachweise gemäß Teilnahmeerklärung Arzt (Anlage 1)**. Der Managementgesellschaft durch den FACHARZT mitgeteilte Änderungen der Daten gemäß § 6 leitet die Managementgesellschaft an die AOK und BKK weiter;

- f) Stichprobenartige Überprüfung von Zertifikaten und übersandten Unterlagen bei der Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3);
 - g) Stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens von Teilnahmevoraussetzungen (z.B. Ermächtigungen, vertragsärztliche Zulassung);
 - h) Versand der Informationsunterlagen sowie des „Starterpaketes FACHARZT“ an Ärzte;
 - i) Generierung, Pflege und Bereitstellung von Arztstammdaten; Aufnahme von Arztstammdaten in das Arztverzeichnis sowie tägliche elektronische Versendung an die AOK und BKK; regelmäßige Versendung von Listen mit teilnehmenden und angefragten Ärzten im vereinbarten Format;
 - j) Entgegennahme und Halten von Verzeichnissen teilnehmender Versicherter;
 - k) Information der FACHÄRZTE über den Teilnahmestatus der in das AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm gemäß § 4 eingeschriebenen Versicherten (vgl. **Anlage 9**);
 - l) Entgegennahme von Kündigungen der Vertragsteilnahme durch FACHÄRZTE (§ 8);
 - m) Unterstützung bei Organisation und Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen (**Anlage 2**);
 - n) Erfassung und Prüfung der Teilnahme an vertraglich gemäß **Anlage 2** bestimmten Fortbildungsveranstaltungen als laufende Teilnahmevoraussetzung;
 - o) Weitere Einzelheiten zu den vorstehenden Pflichten der Managementgesellschaft gegenüber der AOK und BKK ergeben sich aus **Anlage 9**.
 - p) Durchführung der Abrechnung der Vergütung gemäß § 295 a Abs. 1 SGB V.
- (3) Erfährt die Managementgesellschaft von Verstößen eines FACHARZTES gegen seine vertraglichen Pflichten nach dem **Abschnitt II**, ist sie verpflichtet, den FACHARZT abzumahnern. Die Managementgesellschaft ist ferner gegenüber der AOK und BKK verpflichtet, dem jeweiligen FACHARZT die Teilnahme nach Maßgabe des § 8 Abs. 4 zu kündigen, wenn ein Kündigungsgrund gegeben ist und der Beirat (§ 22 Abs. 4 lit. c) die Kündigung beschlossen hat.
- (4) Die Managementgesellschaft ist zur Durchführung der in diesem Abschnitt geregelten Managementaufgaben mit schriftlicher Zustimmung der AOK und BKK zum Einsatz von Erfüllungsgehilfen berechtigt. Die Zustimmung darf nur aus wichtigem Grunde verweigert werden. Die Managementgesellschaft haftet für ihre Erfüllungsgehilfen nach Maßgabe des § 278 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).
- (5) Die Managementgesellschaft benennt der AOK und BKK in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen schriftlich jeweils einen direkten Ansprechpartner, der grundsätzlich aus dem Kreis der FACHÄRZTE stammen sollte.
- (6) Die Managementgesellschaft erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen.

§ 12 Pflichten der AOK und BKK

- (1) Die AOK benennt dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen direkte Ansprechpartner (**ArztPartnerService**). Die BKK benennt für ihre Schwerpunktregionen dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN direkte Ansprechpartner (**Verantwortliche Regionales Partnernetzwerk, VRP**).
- (2) Die AOK und die BKK werden die Managementgesellschaft unverzüglich nach Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines FACHARZTES hinweisen.
- (3) Die AOK bzw. die BKK werden der Managementgesellschaft das für das folgende Abrechnungsquartal (§ 19 Abs. 3) geltende Verzeichnis der im AOK-HausarztProgramm bzw. im BKK-Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ und im AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm eingeschriebenen Versicherten jeweils grundsätzlich bis zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals übermitteln. Werden der Managementgesellschaft Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt vor Beginn eines Abrechnungsquartals benannt, können diese für dieses Abrechnungsquartal dem FACHARZT nicht mehr rechtzeitig gemäß § 4 Abs. 3 als eingeschriebene Versicherte bekannt gegeben werden.
- (4) Im Falle der Beendigung einer Vertragsteilnahme eines eingeschriebenen Versicherten informiert die AOK bzw. BKK die Managementgesellschaft. Das Nähere regelt die **Anlage 6**.
- (5) Die AOK und die BKK werden der Managementgesellschaft nach Maßgabe der **Anlage 9** in den dort vereinbarten Abständen die notwendigen Informationen zur Gewährleistung der Umsetzung der vertraglichen Pflichten durch die FACHÄRZTE zur Verfügung stellen. Hierzu gehören insbesondere Änderungen der Stammdaten, die AOK bzw. BKK zur Kenntnis gelangen, sowie Inhalte, die in die Vertragssoftware aufgenommen werden sollen.
- (6) Die AOK und die BKK werden die Managementgesellschaft bei der Organisation und dem Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen unterstützen. Einzelheiten regelt die **Anlage 2**.
- (7) Weitere Einzelheiten der Pflichten der AOK und der BKK gegenüber der Managementgesellschaft ergeben sich aus **Anlage 9**.
- (8) Die AOK und die BKK sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet.
- (9) Die AOK kann FACHÄRZTEN über den ArztPartnerService sowie durch weitere fachkompetente Mitarbeiter/innen spezifische Informationsleistungen zur Verfügung stellen. Die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 u. 6 bleiben hiervon unberührt. Diese Informationsleistungen erfolgen nach Maßgabe folgender Regelungen:
 - a) FACHÄRZTE erhalten allgemeine Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen, Inhalten, Zielen und Umsetzungsfragen dieses Vertrages sowie zu den vertraglichen Pflichten nach diesem Vertrag. Diese umfassen auch Informationen und allgemeine Handlungsempfehlungen zu vertraglich vereinbarten Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitskriterien, sowie darauf ausgerichteten Maßnahmen nach Maßgabe dieses Vertrages.

b) Der FACHARZT erhält Hinweise und Informationen hinsichtlich der Einhaltung vereinbarter Wirtschaftlichkeitskriterien ausschließlich auf Anfrage. Die Hinweise können sich insbesondere auf die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 und 6 beziehen.

c) Die AOK berichtet regelhaft im Beirat (§ 23) über den Inhalt der Informationen nach lit. a) und die Anzahl der erfolgten Kontaktaufnahmen.

d) Der FACHARZT erhält auf Wunsch auch Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen und Inhalten geeigneter Verträge der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, insbesondere zu sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten und Präventionsangeboten der AOK.

e) Der FACHARZT wird durch Hinweise und Informationen nach Maßgabe des § 73 Abs. 8 SGB V in der jeweils geltenden Fassung bei der Erfüllung seiner Pflichten nach § 5 Abs. 5 und 6 unterstützt, Dies umfasst insbesondere (auch vergleichende) Informationen in Bezug auf die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln, über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen sowie Hinweise nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu Indikation und therapeutischem Nutzen.

f) Gemäß § 305a Satz 1 SGB V unzulässig ist die Beratung der Fachärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit anhand praxisindividueller, auf Diagnosen beruhender Patientendaten. Ferner unzulässig in der Arztsprache ist die Thematisierung von auf die jeweilige Arztpraxis bezogenen Fragestellungen zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen. Insbesondere dürfen im Rahmen der Arztsprache keine Informationen zur Verfügung gestellt werden, die das Ordnungs- und Dokumentationsverhalten der Fachärztin oder des Facharztes anhand einer praxisindividuellen Analyse widerspiegeln.“

§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI BW e.V. und BdP BW e.V.

- (1) MEDI BW e.V. und BdP BW e.V. sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet.
- (2) MEDI BW e.V. und BdP BW e.V. sind verpflichtet, soweit bekannt und datenschutzrechtlich zulässig, Änderungen von Mitgliederstammdaten unverzüglich an die Managementgesellschaft weiterzuleiten. Vertragsverstöße sind der Managementgesellschaft mitzuteilen.

§ 14 Wechselseitige Unterstützung

- (1) Unbeschadet der Regelungen in § 11 Abs. 2 lit. a) und § 13 Abs. 1 verpflichten sich AOK, BKK, MEDIVERBUND, MEDI BW e.V. und BdP BW e.V.,
 - a) die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen uneingeschränkt zu unterstützen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit und eine aktive Unterstützung der in diesem Vertrag geregelten Geschäftsprozesse;
 - b) ihre Mitarbeiter in Fragestellungen dieses Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.
- (2) AOK, BKK und MEDIVERBUND vereinbaren, mindestens einmal jährlich oder auf Antrag

eines dieser Vertragspartner eine Informationsrunde zwischen den ärztlichen Ansprechpartnern im Sinne von § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 zur gemeinsamen Aussprache über die Erfahrungen nach diesem Vertrag durchzuführen.

- (3) Im Zuge einer vertrauensvollen Zusammenarbeit wird die Bereitschaft zur Teilnahme an weiteren Versorgungsverträgen der AOK und BKK (Integrierte Versorgung, ärztliche Versorgung im Pflegeheim) vorausgesetzt. MEDIVERBUND, MEDI BW e.V. und BdP BW e.V. verpflichten sich, diese Versorgungsangebote zu fördern.

§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

AOK, BKK, MEDIVERBUND, MEDI BW e.V. und BdP BW e.V. stimmen Maßnahmen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab.

§ 16 Vertragssoftware

- (1) Der MEDIVERBUND ist verpflichtet, im Benehmen mit der AOK und der BKK mindestens eine Vertragssoftware (§ 3 Abs. 3 lit. e) zur Ausstattung und Nutzung zu benennen (Anlage 3).
- (2) AOK, BKK und MEDIVERBUND einigen sich auf Vorgaben für Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung. Einzelheiten regelt **Anlage 10** (Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware).
- (3) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die in Absatz 1 und 2 genannten Vorgaben an die Vertragssoftware regelmäßig überprüft und eingehalten werden.

§ 17 Kündigung und Laufzeit

- (1) Der Vertrag beginnt gemäß § 24 Abs. 1 und 2 für AOK, BKK, MEDIVERBUND, MEDI BW e.V. und BdP BW e.V. **Der landesweit einheitliche Start der Versicherteneinschreibung erfolgt, wenn eine Flächendeckung gemäß Anlage 8 vorliegt.**
- (2) Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit. Er kann von AOK, BKK, MEDIVERBUND und BdP BW e.V. unbeschadet der Absätze 5 und 6 mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Erstmals kann der Vertrag zum 31.12.2024 gekündigt werden.
- (3) AOK, BKK, MEDIVERBUND und BdP BW e.V. verständigen sich bis zum 30.06.2024 über die Fortführung des Vertrags auf der Grundlage einer gemeinsamen Beurteilung zu den wesentlichen Versorgungszielen gemäß § 27 Abs. 2.
- (4) Für die Laufzeit der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.
- (5) Die AOK und/oder die BKK sind erstmals nach Ablauf des 31.06.2022 berechtigt, diesen Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 5 (fünf) Monaten zum jeweiligen Jahresende zu kündigen, wenn für einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 6 (sechs) Monaten die Zahl gemäß Anlage 8 durchgängig unterschritten wurde. Unabhängig davon endet das AOK-Facharztprogramm Pneumologie zeitgleich mit dem Wegfall des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg (HZV). Entsprechendes gilt für die BKK beim Wegfall von deren Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“.
- (6) Das Recht von AOK, BKK und MEDIVERBUND zur Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Zu einer fristlosen Kündigung berechtigen insbesondere die folgenden Kündigungsgründe:

- a) Die AOK, die BKK oder der MEDIVERBUND verstoßen gegen eine ihnen nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung, und dieser Verstoß wird nicht innerhalb von 6 Wochen nach schriftlicher Aufforderung durch den jeweils anderen Vertragspartner beseitigt. Als Verstoß gegen eine wesentliche Verpflichtung in diesem Sinne wird insbesondere der Verzug mit der Zahlung gemäß § 20 Abs. 1 angesehen.
 - b) Durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (durch eine gesetzliche Änderung), aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen wird die Erfüllung des Vertrages für AOK, BKK, MEDIVERBUND oder den FACHARZT untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich.
- (7) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Bei einer Kündigung der AOK, der BKK und des MEDIVERBUNDES ist die Managementgesellschaft zum Empfang der gegenüber den FACHÄRZTEN erklärten Kündigung bevollmächtigt. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über eine von AOK, BKK oder MEDIVERBUND erklärte Kündigung. Die vorstehenden Sätze finden bei einer – auch außerordentlich möglichen - Kündigung von BdP BW e.V. und/oder MEDI BW e.V. entsprechende Anwendung.

§ 18 Schlichtungsverfahren

AOK, BKK und MEDIVERBUND richten zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder über seine Gültigkeit zwischen ihnen ergeben, das in der **Anlage 11** aufgeführte Schlichtungsverfahren ein. Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des Schlichtungsverfahrens, d.h. nach Durchführung mindestens eines Schlichtungstermins zulässig; AOK, BKK und MEDIVERBUND werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern. Der Vorrang des Schlichtungsverfahrens gilt nicht für Maßnahmen des einstweiligen Rechtsschutzes. Einzelheiten des Schlichtungsverfahrens regelt **Anlage 11**.

ABSCHNITT V: ABRECHNUNG

§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der FACHARZT hat nach Maßgabe der **Anlage 12** Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen des AOK-Facharztprogramms / Bosch BKK-Facharztprogramms Pneumologie erbrachten und nach Maßgabe von diesem § 19 und **Anlage 12** abgerechneten Leistungen („**Vergütungsanspruch**“). Leistungen, die gemäß **Anlage 12** vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg („**KV**“) abgerechnet werden („**Doppelabrechnung**“). Der Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die Managementgesellschaft.
- (2) Die Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 gilt zunächst bis zum 31.03.2023.
 - a) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des FACHARZTES auswirken, können jederzeit durch Einigung von AOK, BKK und MEDIVERBUND mit Wirkung für den FACHARZT ergänzt werden; die Managementgesellschaft wird dem FACHARZT solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen der FACHÄRZTE und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.
 - b) Einigen sich AOK, BKK und MEDIVERBUND bis zum 30.09.2022 nicht über eine Än-

derung der Vergütungsregelung (Anlage 12), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 30.06.2024 fort.

- c) Einigen sich die AOK, BKK und MEDIVERBUND bis zum 30.09.2022 über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem FACHARZT unverzüglich mit. Ist der FACHARZT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende nach Bekanntgabe der Änderung zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der FACHARZT nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.
 - d) Besteht der Vertrag über den 31.12.2024 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 für weitere 2 Jahre fort, wenn sich nicht AOK, BKK und MEDIVERBUND unbeschadet lit. a) spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Zwei-Jahres-Zeiträume, die der Vertrag über den 31.12.2024 hinaus fortbesteht.
 - e) Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der FACHARZT ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; lit. c) gilt sinngemäß.
- (3) Der FACHARZT rechnet den Vergütungsanspruch jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**Abrechnungsquartal**“) gegenüber der Managementgesellschaft ab („**Abrechnung**“). Der FACHARZT hat die Abrechnung an die Managementgesellschaft spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der Managementgesellschaft. Die Abrechnung der Vergütung durch den FACHARZT hat mittels einer Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu erfolgen.
 - (4) Ansprüche auf die Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt mit Ende des Quartals der Leistungserbringung.
 - (5) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung nach Maßgabe der **Anlage 13** (Abrechnungsprüfkriterien) und übersendet dem FACHARZT auf Grundlage der Abrechnung eine Übersicht der geprüften Leistungen („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt im Abrechnungsquartal geleistete Abschlagszahlungen. Der Abrechnungsnachweis weist nur von der Managementgesellschaft und der AOK bzw. der BKK gleichermaßen unbeanstandete Vergütungspositionen als Teil des nach Maßgabe der folgenden Absätze fälligen Vergütungsanspruches aus („**Abrechnungskorrektur**“). Beanstandete Vergütungspositionen werden von der Managementgesellschaft erneut geprüft und, soweit die Beanstandung ausgeräumt werden kann, im nächstmöglichen Abrechnungsnachweis berücksichtigt.
 - (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der Managementgesellschaft unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem FACHARZT nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die Managementgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen.
 - (7) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gelten Abrechnungsnachweise als genehmigt, wenn ihnen nicht vor

Ablauf von 6 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird (Schuldumschaffung). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die Managementgesellschaft wird den FACHARZT bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der FACHARZT das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berichtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des FACHARZTES sind nach Maßgabe von Abs. 8 auszugleichen.

- (8) Da die Managementgesellschaft zur Begleichung der entsprechenden Forderung des FACHARZTES ihrerseits auf Zahlung durch die AOK bzw. BKK in entsprechender Höhe gemäß § 20 Abs. 1 angewiesen ist, wird der Vergütungsanspruch gegenüber der Managementgesellschaft erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK bzw. BKK gemäß § 20 Abs. 1 bei der Managementgesellschaft fällig. Die Auszahlung an den FACHARZT ist dann innerhalb von 21 Arbeitstagen, spätestens jedoch zum Ablauf des vierten Monats, der auf das Quartal folgt, für das die Abrechnung übermittelt wurde, vorzunehmen. Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der Abrechnung des FACHARZTES gegenüber der AOK bzw. BKK durchzusetzen.
- (9) Die Managementgesellschaft hat unter diesem Vertrag Anspruch auf Rückzahlung von an die FACHÄRZTE geleisteten Überzahlungen. Eine Überzahlung („Überzahlung“) ist jede Auszahlung der Managementgesellschaft an einen FACHARZT, soweit sie die Gesamtheit der zum Zeitpunkt der Auszahlung fälligen Vergütungsansprüche des FACHARZTES gegenüber der Managementgesellschaft übersteigt. Zu Überzahlungen gehören insbesondere auch Auszahlungen aufgrund von Fehlabbrechnungen, d.h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den FACHARZT („Fehlabbrechnung“). Macht die Managementgesellschaft gegenüber dem FACHARZT eine Überzahlung geltend, so ist der FACHARZT verpflichtet, den Teil der Vergütung, auf den sich die Überzahlung bezieht, innerhalb von 4 Wochen nach Zugang einer Zahlungsaufforderung zu erstatten. Die Managementgesellschaft ist zur Aufrechnung berechtigt. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.
- (10) Die §§ 19 und 20 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den FACHARZT weiter, bis die Ansprüche des FACHARZTES auf Vergütung abgerechnet sind. Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft gemäß dem vorstehenden Absatz 9 bleiben von der Beendigung dieses Vertrages unberührt.
- (11) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines FACHARZTES ergebenden Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen (Absatz 9) einzubehalten (Sicherungseinbehalt). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehalts nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft bereits erloschen ist, an den FACHARZT ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die Managementgesellschaft erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.
- (12) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des Vergütungsanspruches regelt **Anlage 12**.
- (13) AOK, BKK und MEDIVERBUND werden nach Ablauf eines Jahres nach Vertragsbeginn gemäß § 25 Abs. 1 und 2 darüber verhandeln, ob die nach Maßgabe der §§ 19 und 20 und **Anlage 12** vorausgesetzten Abrechnungsfristen gegenüber dem FACHARZT verkürzt werden können.
- (14) FACHÄRZTE dürfen Leistungen, die in einem anderen AOK-Facharztprogramm oder im

AOK-HausarztProgramm enthalten sind, für in das AOK-FacharztProgramm eingeschriebene Versicherte nicht über die KV abrechnen. Dasselbe gilt für Leistungen, die im Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ enthalten sind. Satz 1 und 2 gelten für FACHÄRZTE selbst und für Fachärzte/Psychotherapeuten derselben BAG. Der Beirat kann zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung abweichende Regelungen treffen.

§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK

- (1) Die Managementgesellschaft hat gegen die AOK bzw. BKK einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe des Vergütungsanspruches des FACHARZTES gemäß § 19 Abs. 1. Die Managementgesellschaft macht diesen Anspruch ihrerseits durch Abrechnung gegenüber der AOK oder BKK („**AOK-Abrechnung**“ oder „**BKK-Abrechnung**“) geltend.
- (2) Im Falle von Überzahlungen (§ 19 Abs. 9) wird ein Anspruch der AOK oder BKK auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen der Managementgesellschaft erst fällig, wenn und soweit die Managementgesellschaft den Rückzahlungsanspruch gemäß § 19 Abs. 9 gegenüber dem FACHARZT durchgesetzt hat und eine entsprechende Zahlung bei ihr eingegangen ist. Die Managementgesellschaft ist zur Durchsetzung solcher Rückzahlungsansprüche gegenüber dem FACHARZT verpflichtet, sofern diese auf durch die AOK bzw. BKK nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des FACHARZTES beruhen. Anderenfalls ist die Managementgesellschaft berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB an die AOK bzw. BKK abzutreten. Wenn die Managementgesellschaft Kenntnis von Überzahlungen an einen FACHARZT erlangt hat, wird sie die AOK bzw. BKK unverzüglich schriftlich darüber informieren.
- (3) Die AOK bzw. BKK ist außer im Falle der in **Anlage 12** bestimmten turnusmäßigen Verrechnung von Abschlagszahlungen nicht zur Aufrechnung gegenüber Ansprüchen der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der AOK-Abrechnung bzw. BKK-Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.
- (4) Die AOK oder BKK kann gegenüber der Managementgesellschaft binnen 24 Monaten nach Erhalt der AOK-Abrechnung bzw. BKK-Abrechnung sachlich-rechnerische Berichtigungen gemäß dem vorstehenden Absatz 2 geltend machen.
- (5) Dieser § 20 gilt auch nach Beendigung des Vertrages weiter, bis die wechselseitigen Ansprüche der AOK oder BKK und der Managementgesellschaft abgerechnet sind.

§ 21 Verwaltungskostengebühr

- (1) **Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT eine an die Höhe der Vergütung gekoppelte Verwaltungskostengebühr für die Abrechnung und Organisation der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie zu erheben. Die Höhe der Verwaltungskostengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1.**
- (2) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, die Verwaltungskostengebühr mit dem Betrag des Vergütungsanspruches nach § 19 Abs. 1 zu verrechnen.
- (3) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT mit Bestätigung der Vertragsteilnahme eine Einschreibengebühr zu erheben. Diese ist spätestens 21 Tage nach Rechnungsstellung fällig. Die Höhe dieser Einschreibengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1.

ABSCHNITT VI:BEIRAT

§ 22 Beirat

- (1) Die Durchführung dieses Vertrages wird durch einen Beirat gesteuert, der aus 3 Vertretern der AOK, 1 Vertreter der BKK, 2 Vertretern des MEDI BW e.V./MEDIVERBUNDES sowie 2 Vertretern des BdP BW e.V. Die Vertreter können von den sie benennenden Vertragspartnern jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden.
- (2) Der Beirat soll in der Regel einmal im Kalendervierteljahr einberufen werden. Er muss einmal im Kalenderjahr einberufen werden.
- (3) Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Sämtliche Mitglieder des Beirats haben gleiches Stimmrecht. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Der Beirat hat folgende Aufgaben:
 - a) Entwicklung von Vorschlägen an die Vertragspartner zur Weiterentwicklung der Vertragsinhalte.
 - b) Zustimmung zu Vertragsänderungen gemäß § 25 Abs. 3 unter besonderer Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE. Eine Zustimmung für Änderungen der Vergütungsregelung gemäß § 19 Abs. 2 ist nicht erforderlich.
 - c) Abstimmung der fristlosen Kündigung von FACHÄRZTEN durch die Managementgesellschaft gemäß § 8 Abs. 4 des Vertrages. AOK und BKK sind berechtigt, bei Vertragsverstößen eine Abmahnung und gegebenenfalls fristlose Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 vorzuschlagen. Besteht zwischen der Managementgesellschaft und dem Beirat keine Einigung über die Kündigung eines FACHARZTES, kann die Managementgesellschaft einen Beiratsbeschluss zur Entscheidung über die Kündigung beantragen. Wird der Beiratsbeschluss nicht innerhalb von 10 Tagen gefasst, nachdem die Managementgesellschaft erstmalig einen Antrag nach dem vorstehenden Satz 2 gestellt hat, ist die Managementgesellschaft in dem jeweiligen Einzelfall zur fristlosen Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt.
 - d) Der Beirat kann zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung über Ausnahmen von Teilnahmevoraussetzungen, die befristet werden können, entscheiden.
- (5) Der Beirat kann sich eine Geschäftsordnung geben. Die Geschäftsordnung regelt unter anderem die Einberufung von Beiratssitzungen und Einzelheiten der Form der Beschlussfassung. Die Sitzungen des Beirats finden in Stuttgart statt.

ABSCHNITT VII:ALLGEMEINE REGELUNGEN

§ 23 Geltung der einzelnen Abschnitte

- (1) Für den FACHARZT finden ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme die folgenden Abschnitte Anwendung:
 - II. Teilnahme des FACHARZTES
 - III. Teilnahme durch Versicherte
 - V. Abrechnung der Vergütung und Verwaltungskostengebühr
 - VI. Beirat
 - VII. Allgemeine Regelungen

Für die übrigen Vertragspartner gelten sämtliche Abschnitte dieses Vertrages.

- (2) Für MEDI BW e.V. und BdP BW e.V. gelten dabei die Regelungen des **Abschnittes IV**, soweit diese auf sie Bezug nehmen.

§ 24 Vertragsbeginn und Vertragsende

- (1) Der Vertragsbeginn steht unter Vorbehalt: Bevor eine Erbringung und Abrechnung von Leistungen durch FACHÄRZTE nach diesem Vertrag erfolgen kann, ist die Erfüllung folgender Voraussetzung zwingend notwendig:

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg schließt mit der AOK und der BKK einen Vertrag gemäß § 140a Abs. 6 SGB V („Bereinigungsvertrag“). Der Bereinigungsvertrag regelt die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Versorgung im Fachgebiet Pneumologie nach § 140a SGB V, insbesondere die Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütung. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über den Wegfall des Vorbehaltes. Die AOK oder die BKK haftet gegenüber den Vertragspartnern nicht auf Schadensersatz, wenn der Bereinigungsvertrag nicht zustande kommt.

- (2) Der Vertrag tritt unbeschadet einer Vertragsteilnahme von FACHÄRZTEN gemäß § 3 mit Vertragsunterzeichnung in Kraft. Die Regelungen zur Beendigung der Vertragsteilnahme des FACHARZTES gemäß § 8 lassen die Laufzeit des Vertrages außer für diesen FACHARZT unberührt.
- (3) Die Regelungen zur Kündigung des Vertrages richten sich für FACHÄRZTE nach Abschnitt II und für die übrigen Vertragspartner nach Abschnitt IV.
- (4) Die Kündigung einzelner Vertragspartner, ordentlich oder außerordentlich, hat folgende Wirkung:
- a) Kündigt die AOK **oder** BKK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für die kündigende Krankenkasse. Kündigen AOK **und** BKK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - b) Kündigt der MEDIVERBUND den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - c) Kündigt der FACHARZT den Vertrag oder wird ihm gekündigt (§ 8), wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - d) Bei einer Kündigung von MEDI BW e.V. oder BdP BW e.V. wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - e) Kündigungen von AOK, BKK, MEDIVERBUND oder BdP BW e.V. sind den jeweils anderen Vertragspartnern mit Ausnahme der FACHÄRZTE schriftlich zuzustellen. Die FACHÄRZTE sind hiervon durch die Managementgesellschaft in Kenntnis zu setzen.

§ 25 Verfahren zur Vertragsänderung

- (1) Für Änderungen der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.
- (2) Die Vertragspartner sind sich weiter darüber einig, dass anhand der Durchführung des Vertrages gewonnene Erkenntnisse zur Vertragssoftware als Steuerungselement für eine wirtschaftliche Verordnung und ein zukunftsgerichteter Ausbau der IT-Infrastruktur Änderungen

des Vertrages erforderlich machen können. AOK, BKK und MEDIVERBUND sind deshalb berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für die FACHÄRZTE nach Maßgabe des folgenden Abs. 4 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung dieses Vertrages erfordert und der Beirat der Änderung nach sorgfältiger Prüfung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE zugestimmt hat.

- (3) Die Managementgesellschaft wird Änderungen nach dem vorstehenden Absatz 2 den FACHÄRZTEN schriftlich bekannt geben und eine Frist von 6 Wochen nach Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer der FACHARZT das Recht hat, den beabsichtigten Änderungen zu widersprechen, wenn sie sich nachteilig auf seine Rechtsposition auswirken. Solche Änderungen gelten als genehmigt, wenn der FACHARZT nicht schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft Widerspruch erhebt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei der Bekanntgabe gemäß Satz 1 besonders hinweisen. Zur Fristwahrung ist es ausreichend, dass der FACHARZT den Widerspruch innerhalb von 6 Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen an die Managementgesellschaft absendet. Widerspricht der FACHARZT gemäß dem vorstehenden Satz 2, ist die Managementgesellschaft zur Kündigung des Vertrages gegenüber dem FACHARZT berechtigt. Die Kündigung wird zum Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigung folgt. Sie führt zum Ausscheiden des FACHARZTES aus dem AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie.
- (4) Änderungen, die die Position des FACHARZTES in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht ausschließlich verbessern, können von AOK, BKK und MEDIVERBUND ohne Zustimmung des FACHARZTES vereinbart werden. Die Managementgesellschaft wird den FACHÄRZTEN die Vertragsänderungen und den vereinbarten Beginn der Wirksamkeit unter Berücksichtigung ihrer Interessen und einer angemessenen Vorlaufzeit schriftlich mitteilen.

§ 26 Haftung und Freistellung

- (1) Sofern nachfolgend nicht abweichend geregelt, haften die Vertragspartner für die Verletzung der von ihnen in der jeweiligen Leistungsbeziehung nach diesem Vertrag übernommenen Pflichten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften. Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen Vertrag nicht begründet.
- (2) Der MEDIVERBUND haftet gegenüber der AOK und BKK nicht für den wirtschaftlichen Erfolg einer Vertragssoftware in Form von Einsparungen der AOK oder BKK als Folge der Verordnung von Arzneimitteln mithilfe von Vertragssoftware.
- (3) Die AOK und BKK haften für die fehlende Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages zur Aufnahme in eine Vertragssoftware zur Verfügung gestellten Inhalte, auch im Hinblick auf § 73 Abs. 8 SGB V, soweit sie dies zu vertreten hat; unter diese Inhalte fallen insbesondere Angaben über Arzneimittel und sonstige Informationen, die nach den für Vertragssoftware vereinbarten Funktionen Einfluss auf Vorschläge zur Arzneimittelverordnung durch die Vertragssoftware haben. Die AOK und die BKK werden den MEDIVERBUND von Ansprüchen der übrigen Vertragspartner sowie Dritter auf Schadens- oder Aufwendungsersatz im Zusammenhang mit den zur Verfügung gestellten Inhalten und ihrer Nutzung für die Darstellung der Arzneimittel in Vertragssoftware im Sinne von Satz 1 freistellen, sofern die AOK bzw. BKK ein Verschulden an deren Inanspruchnahme trifft. Satz 1 und 2 dieses Absatzes gelten nur, wenn die Inhalte durch die Managementgesellschaft inhaltlich unverändert in die Vertragssoftware aufgenommen wurden. Die Anpassung an ein Datenformat gilt nicht als inhaltliche Veränderung. Offensichtliche Fehler sind von dieser Freistellung nicht umfasst.

- (4) Freistellung nach diesem § 26 bedeutet die Abwehr unberechtigter und die Erfüllung berechtigter Ansprüche.
- (5) Die AOK bzw. BKK als Freistellungsverpflichtete ist nicht berechtigt, gegenüber einem Freistellungsanspruch nach diesem § 26 Zurückbehaltungsrechte oder sonstige Gegenrechte aus diesem Vertrag geltend zu machen.

§ 27 Qualitätssicherung

- (1) Für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach diesem Vertrag werden Qualitätssicherungsmaßnahmen festgelegt und durch eine Qualitätssicherungskommission, die von den Vertragspartnern eingerichtet wird, überprüft (vgl. Anlage 2). Die Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Anlage 2 ist für den FACHARZT verpflichtend. Weiterhin gelten die Bestimmungen des § 137 SGB V.
- (2) Die AOK, BKK, MEDIVERBUND und BdP BW e.V. vereinbaren ein Qualitätskonzept als Anhang 2 zu Anlage 17. Das Konzept umfasst Qualitätsindikatoren, die auf der Basis verfügbarer Vertrags- und Versorgungsdaten messbar sind.

§ 28 Datenschutz

- (1) Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zu beachten. Bei der Verarbeitung von Sozialdaten (Versichertendaten) sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind insbesondere die Regelungen des Sozialgesetzbuches X zu beachten.
- (2) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK-Abrechnung oder BKK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (3) Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt geregelte Abrechnungsmanagement durch. Voraussetzung dafür ist die Einwilligung der FACHÄRZTE sowie der Versicherten auf Grundlage ausführlicher Informationen über die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung. Weitere Regelungen zum Datenschutz sind in Anlage 16 geregelt.

§ 29 Sonstiges

- (1) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder aus einem anderen als dem in § 306 BGB bestimmten Grunde werden, oder sollte der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- (3) Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen wurden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V, ärztliches Berufsrecht sowie bundesmantel- und gesamtvertraglichen Regelungen.

- (4) Keine Regelung in diesem Vertrag soll ein Arbeitsverhältnis oder eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zwischen den Vertragspartnern begründen. Sofern nicht in diesem Vertrag ausdrücklich geregelt, vermittelt dieser Vertrag keinem Vertragspartner das Recht, einen anderen Vertragspartner rechtsgeschäftlich zu vertreten.

Anlagenübersicht

Der Vertrag hat folgende Anlagen. Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

- **Anlage 1:** Infopaket FACHARZT
- **Anlage 2:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen
- **Anlage 3:** Vertragssoftware und Hardware
- **Anlage 4:** unbesetzt
- **Anlage 5:** Starterpaket FACHARZT
- **Anlage 6:** Prozessbeschreibung FACHARZT
- **Anlage 7:** Teilnahmebedingungen Versicherte
- **Anlage 8:** Definition Flächendeckung
- **Anlage 9:** Fachkonzept MEDIVERBUND, AOK und Bosch BKK
- **Anlage 10:** Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware
- **Anlage 11:** Schlichtungsverfahren
- **Anlage 12:** Vergütung und Abrechnung
- **Anlage 13:** Abrechnungsprüfkriterien
- **Anlage 14:** unbesetzt
- **Anlage 15:** Prüfwesen
- **Anlage 16:** Datenschutz
- **Anlage 17:** Definition von Schnittstellen

Stuttgart, den 26.02.2021

AOK Baden-Württemberg
Johannes Bauernfeind

Bosch BKK
Dr. Gertrud Prinzing

MEDI Baden-Württemberg e. V.
Dr. med. Norbert Smetak

MEDIVERBUND AG
Frank Hofmann

MEDIVERBUND AG
Dr. jur. Wolfgang Schnörer

BdP BW e.V.
Dr. med. Frank J. Heimann

Infopaket FACHARZT

Das Infopaket FACHARZT enthält insbesondere die folgenden Unterlagen:

- Teilnahmeerklärung FACHARZT (siehe Anhang)
- Vertrag
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES
- Liste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertragsschulung, Nachweis der Bestellung eines Online-Keys)
- Stammdatenblatt
- Liste der AOK- und BKK-Ansprechpartner für den FACHARZT



Teilnahmevoraussetzungen

1. Persönliche Voraussetzungen:

Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie persönlich eine oder mehrere persönliche Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen. Ermächtigte Ärzte dürfen nur im Rahmen ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen (**Nachweis: KV Zulassung oder KV-Ermächtigung**).

- Ich habe eine Zulassung zur fachärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V als Facharzt für Innere Medizin mit oder ohne Schwerpunkt Pneumologie bzw. Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde oder als Lungenarzt (**Nachweis: Selbstauskunft**)
- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte sind in Baden-Württemberg (**Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registrierung**)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (**Nachweis: Teilnahmebescheinigung**)
- Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (**Nachweis: Selbstauskunft**)
- Bereitschaft zum Besuch von mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME Punkten (ab Vertragsstart) zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Pneumologievertrages (gemäß Anlage 2) (**Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft**)

2. Voraussetzungen der Praxis/ BAG/ MVZ

Bitte beachten Sie: Sie können an diesem Vertrag nur dann teilnehmen, wenn Sie alle nachfolgend genannten, die Praxis/ BAG/MVZ betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen:

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Anbindung über z.B. DSL (**Nachweis: Selbstauskunft**)
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) (**Nachweis: Selbstauskunft**)
- Vertragssoftware ist installiert für AOK Bosch BKK _____ (Name der Software, Version)
(**Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular**)
- HZV-Online Key ist vorhanden (**Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular**)

Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen

1. allgemeine Voraussetzungen zur Abrechnung (Anlage 12)

Bitte beachten Sie:

- Für Einzelpraxen, Praxen mit angestellten Ärzten, BAG und MVZ gilt: Für eingeschriebene Versicherte dürfen keine Leistungen aus dem Ziffernkranz (Anlage 12 Anhang 1) oder aus einem anderen AOK-Facharzt-Programm bzw. Bosch BKK Facharzt-Programm über die KV abgerechnet werden (vgl. insbesondere Anlage 12 Abschnitt III Ziff. II Abs. 1 sowie Abschnitt III Ziff. IV Abs. 5).
- MVZ / BAG/ Praxen mit angestellten Ärzten: Falls einzelne Leistungen nicht von Ihnen selbst erbracht werden (z.B. Duplex), bitten wir Sie, den leistungserbringenden Arzt auf der nächsten Seite (Seite 3) anzugeben.

2. Voraussetzungen zur Abrechnung einzelner Leistungen

Bitte beachten Sie: Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/ BAG/ MVZ die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen.

- Anwendung von Röntgenstrahlung (**Nachweis: KV-Genehmigung Röntgen; KV-Abrechnung Ziffer [34240 oder 34241]**)
- Sonografie (**Nachweis: KV-Genehmigung Abdomen- oder Thoraxsonografie; KV-Abrechnung Ziffer [33040 oder 33042]**)
- Duplex-Sonografie (**Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [33070, 33071, 33072, 33073 oder 33074]**)
- FeNO-Messung (**Nachweis: Gerätenachweis (Kauf- bzw. Leasingvertrag)**)
- Polygrafie (**Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [30900]**)
- Polysomnografie (**Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [30901]**)
- Beratungsgespräch Schlafmedizin (BG4B) (**Nachweis: Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ sowie KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [30901]**)
- Rauchstopp: Intensivierte Einzelberatung (BG2A1 und BG2A2) (**Nachweis: Selbstauskunft gemäß Anlage 2**)
- Rauchstopp: Psychoedukative Gruppenschulung (BG2B) (**Nachweis: Zertifikat gemäß Anlage 2**)
- Raucherberatung in der Arztpraxis als Einzelfalltherapie (BG3A) (**Nachweis: Zertifikat gemäß Anlage 2**)
- Raucherberatung in der Arztpraxis als Gruppentherapie (BG3B) (**Nachweis: Zertifikat gemäß Anlage 2**)
- DMP Asthma/COPD (**Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [92001, 92003, 92005, 92006, 92008, 92009, 92010 oder 92012]**)

Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig (Meldung weiterer Ärzte auf gesonderten Blatt möglich):

LANR (7- oder 9-stellig)

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Titel, Nachname, Vorname

Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Titel, Nachname, Vorname

Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Titel, Nachname, Vorname

Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Titel, Nachname, Vorname

Fachgebiet

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.



Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO

- Die hier angegebenen Daten werden von der MEDIVERBUND AG und der AOK/Bosch BKK ausschließlich zur Durchführung dieses Vertrags auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO verarbeitet. Zur und nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme werden diese Daten an die AOK/Bosch BKK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von Ihnen an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt. Die AOK/Bosch BKK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen erhalten durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Die Bekanntmachung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag durch Veröffentlichung Ihres Titels, Ihres Namens, Ihrer Praxisanschrift und Ihrer Telefon-/Faxnummer in einem Verzeichnis auf den Internetseiten zur Information für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche der AOK/Bosch BKK, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V., beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. Darüber hinausgehende Angaben personenbezogener Daten für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche, z. B. zu Qualifikationen, sind freiwillig. Solche Angaben können Sie nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de selber vornehmen. Rechtsgrundlage für die Veröffentlichung dieser Angaben ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 (1) lit. a DSGVO. Ihre Einwilligung hinsichtlich der Veröffentlichung dieser Angaben können Sie jederzeit widerrufen.

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen die MEDIVERBUND AG (Vertragsparteien) unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht. Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung zu. Sie können Berichtigung oder Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen, sofern die Daten sachlich falsch sind oder deren Verarbeitung nicht (mehr) zulässig ist.

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:
 MEDIVERBUND AG, vertreten durch den Vorstand: Frank Hofmann, Dr. jur. Wolfgang Schnörer
 Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datenschutz-team@medi-verbund.de
 Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr, datenschutz-team@medi-verbund.de

Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, zu, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen über die „Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)“

Hiermit trete ich der **Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß §§ 73c und 140a SGB V** bei.

Ich habe die Ergänzungsvereinbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelter Vorgaben, die sich durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ergeben.

Mir ist im Besonderen bewusst, dass:

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
 - zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK HausarztProgramm bzw. Bosch BKK Hausarztprogramm) eingeschrieben sind.
 - eine Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm ihrer Krankenkasse ausgefüllt und unterzeichnet haben.
(Einschreibung und unverzügliche elektronische Versendung immer verpflichtend)
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 140a-Vergütung der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das Facharzt-Programm vergütet wird. Sollte bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame Einschreibung erfolgt sein, wird die Vergütung vermindert.
- der FACHARZT, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d.h. vor oder nach der Sofortabrechnung nach Einschreibung, keine Leistungen des im Facharztvertrag vereinbarten Zifferkranzes mehr gegenüber der KVBW abrechnen kann.
- ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die Krankenkassen und die KV gemeldet wird.
- die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung mit der Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft tritt.

Unterschrift Vertragsarzt
 Bei MVZ: **Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ**

Stempel der Praxis/MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

Qualifikations- und Qualitätsanforderungen

ABSCHNITT I: Qualitätsanforderungen im Rahmen des Vertrages

Die Qualitätsanforderungen beziehen sich auf die Qualifikation zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der Anlage 12 des Vertrages. Sie teilen sich auf in persönliche Voraussetzungen und apparative bzw. Praxis-Ausstattung. Diese sind aufgeführt in Anlage 1 (Teilnahmeerklärung Arzt) und in dieser Anlage 2. Basis sind die Anforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung für deren Zulassungsvoraussetzungen und die speziell für diesen Vertrag angestrebte Qualitätsförderung.

Folgende Voraussetzungen müssen von den teilnehmenden FACHÄRZTEN grundsätzlich und / oder für die Abrechnung bestimmter Leistungen aus Anlage 12 erfüllt werden:

Allgemein:

Zulassung als Lungenarzt oder Facharzt für Innere Medizin mit oder ohne Schwerpunkt Pneumologie bzw. Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde.

(1) Röntgen:

Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Röntgenleistungen für Röntgenaufnahmen des pneumologischen Fachgebiets. Einhaltung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Strahlendiagnostik und -therapie in der jeweils gültigen Fassung. Vorhaltung eines Röntgengerätes. Einhaltung der Rö-Verordnung und der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die ärztliche Stelle in der jeweils gültigen Fassung. Die Fach- und Sachkunde ist regelmäßig zu rezertifizieren.

(2) Sonografie:

Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen für die Abdomen-Sonografie oder Thorax-Sonografie. Einhaltung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik in der jeweils gültigen Fassung.

(3) Duplex-Sonografie

Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen für die Duplex-Sonografie nach Ultraschallvereinbarung.

(4) FeNO-Messung

Vorhalten eines FeNO-Messgerätes unter Beachtung der Vorgaben der Europäischen Verordnung für Medizinprodukte (MDR) und darauf beruhender nationaler Regelungen. (Nachweis: Kauf-/Leasingvertrag)

(5) Hygiene

Einhaltung der Hygienestandards in der jeweils gültigen Fassung der Hygieneverordnung bei den Maßnahmen der Diagnostik und Therapie.

(6) Polygrafie

Vorliegen der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.

(7) Polysomnografie

Vorliegen der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

(8) Beratungsgespräch Schlafmedizin (BG4B)

Vorliegen der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus sowie die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ entsprechend des ärztlichen Weiterbildungsrechts.

(9) Intensivierte Einzelberatung zum Rauchstopp (BG2A1 und BG2A2)

Kenntnis von Techniken der Minimalintervention zur Tabakentwöhnung (z. B. ABC, 5A, 5R) und zu Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung durch entweder Selbstliteratur z. B. von „DMP Curaplan 4-Stufen-Konzept“ (AOK), „Frei von Tabak“ (BAEK) bzw. Anhang 1/1a zu Anlage 17 des Selektivvertrages oder durch entsprechend inhaltlich ausgerichtete Fortbildungen.

Vorhandene Qualifizierungen gemäß (10), (11) oder (12) werden als höherwertig eingestuft und beinhalten die Qualifikation für (9).

(10) Psychoedukative Gruppenschulung (BG2B)

Nachweis einer Unterweisung in die Inhalte der Gruppenschulung (analog zu den Inhalten der Gruppenschulung im Curriculum IFT) z. B. mittels Fortbildung, Webinar oder CME-Fortbildung. Nachweis: Zertifikat der Unterweisung.

Vorhandene Qualifizierungen gemäß (11) oder (12) werden als höherwertig eingestuft und beinhalten die Qualifikation für (10).

(11) Raucherberatung in der Arztpraxis als Einzeltherapie (BG3A)

Nachweis: Vorliegen einer der folgenden 3 Qualifizierungen
(Umfang/Häufigkeit gem. entsprechendem Curriculum):

- Qualifikation zur Tabakentwöhnung der BAEK (<https://www.bundesaerztekammer.de>)
- Mein Nichtraucherprogramm (BDP www.pneumologenverband.de)
- Rauchfrei Programm IFT München (www.rauchfrei-programm.de)

(12) Raucherberatung in der Arztpraxis als Gruppentherapie (BG3B)

Nachweis: Vorliegen einer der folgenden 3 Qualifizierungen
(Umfang/Häufigkeit gem. entsprechendem Curriculum):

- Qualifikation zur Tabakentwöhnung der BAEK (<https://www.bundesaerztekammer.de>)
- Mein Nichtraucherprogramm (BDP www.pneumologenverband.de)
- Rauchfrei Programm IFT München (www.rauchfrei-programm.de)

(13) DMP Asthma/COPD

Vorliegen der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung über die Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Arzt am DMP Asthma und/oder COPD

ABSCHNITT II: Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie (§ 5 Abs. 3 lit. a und b) des Vertrages)

(1) Teilnahme an Qualitätszirkeln im Rahmen des HZV-Vertrages gemäß

§ 5 Abs. 3 lit. a)

Im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden Württemberg mit der AOK wurden bereits Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie etabliert. Je Kalenderjahr nehmen die am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte an 4 Qualitätszirkelsitzungen teil. Den am FacharztProgramm teilnehmenden FACHÄRZTEN wird die Teilnahme und Unterstützung an einer Qualitätszirkelsitzung empfohlen, welche pneumologisch relevante, indikationsbezogene (Pharmako-) Therapie-Module beinhaltet.

(2) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln im Rahmen dieses Vertrages für FACHÄRZTE (gemäß § 5 Abs. 3 lit b) des Vertrages)

Im Rahmen des Vertrages zur fachärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg mit der AOK sollen 4 strukturierte Qualitätszirkel pro Kalenderjahr etabliert werden. Die Qualitätszirkel können auch als Webinare (Seminare auf webbasierter Plattform) seitens der Managementgesellschaft angeboten werden. Je vollendetes Halbjahr soll mindestens ein Qualitätszirkel/Webinar besucht bzw. durchgeführt werden.

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die Qualitätszirkel/Webinare über ein von den Vertragspartnern zu benennendes Institut organisiert und durchgeführt werden. Für die Qualitätszirkel können unter anderem anonymisierte Daten aus Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit (siehe ABSCHNITT III) aufbereitet werden. Darüber hinaus können weitere Themen erarbeitet werden, zu denen die Daten noch von den Vertragspartnern zu definieren sind.

(3) Erstellung von Verordnungsanalysen unter Nutzung von Verordnungs- und Diagnosedaten von HZV-Versicherten

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die AOK/BKK ihr vorliegende Verordnungs- und Diagnosedaten von AOK-/BKK-Versicherten in pseudonymisierter Form durch ein unabhängiges Institut für die Nutzung im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit zur Erstellung von Verordnungsanalysen aufbereiten lässt. Verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ist insoweit die AOK. Pseudonymisieren bedeutet das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale

des AOK-/BKK-Versicherten durch ein Kennzeichen/Pseudonym zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Die Nutzung der Verordnungs- und Diagnosedaten in solchermaßen pseudonymisierter Form erfolgt für die Analyse der indikationsbezogenen Verordnungsweise des individuellen FACHARZTES und ausschließlich für die Dauer der Teilnahme an einem Qualitätszirkel. Seine praxisindividuellen Verordnungsanalysen erhält der FACHARZT im Rahmen der Qualitätszirkel ausschließlich persönlich. Die Verordnungsanalysen werden per Post an den FACHARZT versandt bzw. können zukünftig ggf. auch elektronisch übermittelt bzw. abrufbar bereitgestellt werden.

ABSCHNITT III: Erstellung eines individuellen Arzt-Feedbacks mittels Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit von am AOK-FacharztProgramm / Facharzt-Programm der Bosch BKK teilnehmenden Versicherten in pneumologischer Versorgung

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die AOK bzw. BKK über ein drittes unabhängiges Forschungsinstitut Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit durchführen kann. Ziel ist eine arzt- und patientenbezogene Evaluation, insbesondere zu Prozessen, Patientenzufriedenheit sowie Elementen der Vertragsumsetzung (z.B. Partizipative Entscheidungsfindung bzw. Arzt-Patienten-Kommunikation).

Die Vertragspartner definieren ggf. mit Unterstützung entsprechend qualifizierter Dritter, das methodische Vorgehen zur Patientenbefragung sowie zur Verordnungsanalyse.

Zur Durchführung der Patientenbefragungen, zur Datenauswertung und zur Erstellung arztbezogener Feedback-Berichte beauftragen die Vertragspartner ein oder mehrere unabhängige Forschungsinstitute. Darüber hinaus sollen ausschließlich anonymisierte Daten der Patientenbefragung in die Qualitätszirkel einfließen (siehe ABSCHNITT II. Abs. 2). Über die Einzelheiten der Inhalte der Beauftragung des Forschungsinstituts stimmen sich die Vertragspartner ab. Das individuelle Feedback ist nur für den Arzt vorgesehen.

ABSCHNITT IV: Behandlungsleitlinien (§ 5 Abs. 3 lit. b) und § 5 Abs. 5 lit. b) des Vertrages)

Die Arbeitsgruppe Qualitätsförderung besteht aus Vertretern der Vertragspartner. Sie überprüft nach Bedarf die in diesem Vertrag zugrunde gelegten pneumologischen, evidenzbasierten, praxiserprobten Behandlungsempfehlungen, nach welchen die im § 5 Abs. 3 lit. b) und Abs. 5 lit. b) des Vertrages geregelte Versorgung der Patienten erfolgt und schlägt dem Beirat ggf. Änderungen vor. Die Liste der Behandlungsempfehlungen wird auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de veröffentlicht. Der FACHARZT stimmt einer Anpassung dieser Liste schon jetzt zu.

ABSCHNITT V: Erfüllung von Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (§ 5 Abs. 3 lit. d) des Vertrages)

- (1) Die pneumologisch tätigen Ärzte bilden sich bereits jetzt entsprechend den berufs- und vertragsarztrechtlichen Pflichten fort. Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT jeweils 2 gemäß Abs. 2 zertifizierte Kurse bzw. Fortbildungen mit mindestens 8 Fortbildungspunkten zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder der jeweiligen Fachgruppen zu absolvieren.
- (2) Die Vorsitzenden des Landesverbands (BdP BW) zertifizieren gemeinsam mit dem IFFM („Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbände e.V.“) jährlich Fortbildungsveranstaltungen, die sich insbesondere mit den pneumologischen Versorgungsschwerpunkten gem. Anlage 12 und Anlage 17 beschäftigen. Dazu gehören in gemeinsamer Abstimmung zwischen allen Vertragspartnern vor allem folgende Themen:
 - Unterstützung der medikamentösen Maßnahmen z.B. gemäß aktuellem Stand der Rationalen Pharmakotherapie sowie auch der Rabattierung
 - Unterstützung und Vernetzung der interdisziplinären Versorgung
- (3) MEDIVERBUND führt eine kontinuierliche Liste über die Fortbildungsveranstaltungen und stellt sie der AOK/BKK zur Verfügung. Die AOK/BKK kann Vorschläge zu Qualitätszirkel- und Fortbildungsthemen einbringen.

Abschnitt VI. Evaluation

Vertrag vom 26.02.2021
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

Die Vertragspartner können nach angemessener Vertragslaufzeit eine Evaluation des Vertrages durch Einschaltung eines externen universitären wissenschaftlichen Institutes durchführen. Über die Veröffentlichung der Ergebnisse entscheidet der Beirat. Dabei können insbesondere Verordnungs-, Diagnose- und Leistungsdaten in anonymisierter Form genutzt werden. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.

Vertrag vom 26.02.2021

AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

Vertragssoftware und Hardware

ABSCHNITT I: VERTRAGSSOFTWARE

I. Zugelassene Vertragssoftwareprogramme

Die Liste der als Vertragssoftware zugelassenen Softwareprogramme und der Anbieter, bei denen der FACHARZT sie bestellen kann, ist jeweils aktuell auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de im Bereich Verträge abrufbar. Diese Liste wird bei Neuzulassungen fortlaufend ergänzt.

II. Systemvoraussetzungen für die Vertragssoftwareprogramme

Der FACHARZT stellt sicher, dass seine eingesetzte Hard- und Software den Systemvoraussetzungen seiner gewählten Vertragssoftware entspricht. Die Systemvoraussetzungen der Vertragssoftware können beim jeweiligen Hersteller angefragt werden.

III. Weitere technische Voraussetzungen für die Nutzung der Vertragssoftware

- (1) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über z.B. DSL. Empfohlen wird dabei die Nutzung einer Flatrate für die Datenübertragung.
- (2) Ausstattung mit einem Arztinformationssystem/einer Praxissoftware mit Zertifizierung gemäß BMV-Ä.

IV. Kosten für die Nutzung der Vertragssoftwareprogramme

Die Preise für Installation und Nutzung der Vertragssoftware erfährt der FACHARZT bei dessen Anbieter.

HINWEIS: Für die Nutzung von z.B. DSL entstehen gesonderte Kosten in Abhängigkeit von der Vereinbarung, die der FACHARZT mit seinem Internet Service-Provider getroffen hat.

ABSCHNITT II: HARDWARE UND TRANSPORTVERSCHLÜSSELUNG

Der FACHARZT ist darüber hinaus verpflichtet, Daten, die im Rahmen dieses Vertrages übermittelt werden, über einen verschlüsselten Übertragungsweg an die Managementgesellschaft zu übermitteln.

Vertrag vom 26.02.2021

AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

Zulässige Datenübertragungswege

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgende Datenübertragungswege sind zulässig:

Praxisbezogener HZV-Online-Key

ABSCHNITT III: TECHNISCHE FUNKTIONSSTÖRUNGEN

Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft leisten keine technische Unterstützung bei der Installation, der Nutzung oder bei Fehlfunktionen der Vertragssoftware oder der zur Datenübermittlung eingesetzten Hardware. Technische Probleme werden von dem jeweiligen Anbieter von Hardware und Vertragssoftware oder HZV-Online-Key behoben.

Starterpaket FACHARZT

Das Starterpaket FACHARZT enthält insbesondere

- Ggf. Informationsmaterialien
- Ggf. Bestellformulare für weitere Unterlagen

PROZESSBESCHREIBUNG FACHARZT

Vertragsbeitritt des FACHARZTES und Einschreibung von HZV-Versicherten in das AOK-FacharztProgramm und Bosch BKK-Facharztprogramm

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|---|---|
| 1 | FACHARZT | 2 |
| 1.1 | Vertragsteilnahme des FACHARZTES | 2 |
| 1.1.1 | Versendung des Infopaketes | 2 |
| 1.1.2 | Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft | 2 |
| 1.1.3 | Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/ MVZ | 2 |
| 1.1.4 | Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen | 2 |
| 1.1.5 | Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme | 3 |
| 1.1.6 | Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses | 3 |
| 1.2 | Änderungen im FACHARZT-Bestand | 3 |
| 1.2.1 | Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand | 3 |
| 1.2.2 | Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg | 4 |
| 1.2.3 | Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland | 4 |
| 1.2.4 | Tod des FACHARZTES | 4 |
| 1.2.5 | Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/MVZ | 4 |
| 1.2.6 | Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT | 4 |
| 1.3 | Informationspflicht des FACHARZTES | 4 |
| 2 | Eingeschriebene Versicherte | 5 |
| 2.1 | Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages) | 5 |
| 2.1.1 | Einschreibung beim FACHARZT | 5 |
| 2.1.2 | Verarbeitung bei der AOK oder BKK | 6 |
| 2.1.3 | Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung | 6 |
| 2.1.4 | Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte | 6 |
| 2.2 | Änderungen im Versichertenbestand | 7 |

1 FACHARZT

1.1 Vertragsteilnahme des FACHARZTES

1.1.1 Versendung des Infopaketes

Zum Beginn der Vertragslaufzeit versendet die Managementgesellschaft ein Infopaket gemäß **Anlage 1** zum Vertrag an alle der Managementgesellschaft bekannten und teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß § 2 des Vertrages. Das Infopaket enthält u.a. folgende Unterlagen

- Teilnahmeerklärung FACHARZT;
- Vertrag;
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES und Liste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertrags-Schulung, Nachweis der Bestellung eines Online-Keys)
- Stammdatenblatt
- Liste der AOK- und BKK-Ansprechpartner für den FACHARZT

Gleichzeitig steht eine Teilnahmeerklärung FACHARZT auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES (www.medi-verbund.de) zum Download zur Verfügung.

1.1.2 Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft

Der teilnahmeberechtigte Facharzt füllt die Teilnahmeerklärung aus und sendet diese per Brief mit den nötigen Nachweisdokumenten an die Managementgesellschaft.

Fehlen für die Teilnahme relevante Informationen in der ausgefüllten Teilnahmeerklärung, nimmt die Managementgesellschaft Kontakt mit dem Facharzt auf und fordert die fehlenden Informationen schriftlich an.

Bei Teilnahme von BAG (z.B. Gemeinschaftspraxen) muss jeder Facharzt in der BAG, der an dem Vertrag teilnehmen möchte, eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

1.1.3 Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/ MVZ

Die Managementgesellschaft erfasst den Teilnahmewunsch des Facharztes/MVZs mit dem Status „angefragt“ in ihrer Datenbank. Gleichzeitig erfolgt die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages.

1.1.4 Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen

Die Überprüfung der im Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen erfolgt durch die Managementgesellschaft. Folgende Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen werden insbesondere geprüft:

- Zulassung als Fachärzte für Innere Medizin mit oder ohne Schwerpunkt Pneumologie bzw. Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde oder Lungenärzte oder zugelassenes MVZ, das Leistungen nach diesem Vertrag durch o.g. tätige Ärzte erbringt, mit

Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg; persönlich ermächtigte Ärzte, die an diesem Vertrag teilnehmen, müssen die für die Behandlung notwendigen Räumlichkeiten in Baden-Württemberg nachweisen;

- Ausstattung mit einer Vertragssoftware;
- Betrieb eines Online-Keys;
- Teilnahme des Arztes und mindestens einer/s medizinischen Fachangestellten (sofern vorhanden) an einer Vertragsschulung (Teilnahmebestätigung des Vertragsarztes bzw. angestellten Arztes im MVZ an einer Präsenzveranstaltung); Die FACHÄRZTE übermitteln die für sie und den/die medizinische(n) Fachangestellte(n) ausgestellten Teilnahmeachweise an die Managementgesellschaft. Die Vertragspartner verständigen sich darüber, zu einem späteren Zeitpunkt eine Online-Vertragsschulung (E-Learning) anzubieten.

1.1.5 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme

Erfüllt der Facharzt/das MVZ alle Teilnahmevoraussetzungen, erhält der Facharzt/das MVZ von der Managementgesellschaft eine Bestätigung über Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen (Starterpaket). Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem beim FACHARZT das Bestätigungsschreiben (Starterpaket) über seine Vertragsteilnahme eingeht (§ 3 Abs. 4 lit. b des Vertrages). Im Bestätigungsschreiben ist der Tag des Beginns der Vertragsteilnahme (in der Regel Tag der Absendung des Faxes) noch einmal genannt. Eine Bestätigung über eine Vertragsteilnahme erfolgt in Abhängigkeit zur Regelung der Flächendeckung (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8). Wird während der Vertragslaufzeit dieser Anteil unterschritten, können die AOK und die BKK gemäß § 17 Abs. 4 den Vertrag kündigen.

Erfüllt der FACHARZT die Teilnahmevoraussetzungen im Sinne von § 3 Abs. 3 des Vertrages nicht, erhält er in einem Vier-Wochen-Rhythmus ein Schreiben mit Angabe der fehlenden Teilnahmevoraussetzungen. Die Managementgesellschaft prüft regelmäßig die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen von Fachärzten, deren Teilnahmevoraussetzungen noch nicht vollständig erfüllt sind. Erfüllt ein Facharzt nach drei Monaten noch immer nicht die Teilnahmevoraussetzungen, wird sein Teilnahmeantrag storniert; der entsprechende Status „angefragt“ in der Datenbank der Managementgesellschaft wird gelöscht.

1.1.6 Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses

Die Managementgesellschaft sendet täglich an die AOK und die BKK das Gesamtteilnehmerverzeichnis nach Maßgabe der zwischen AOK bzw. BKK und Managementgesellschaft vereinbarten Regelungen (Fachkonzept gemäß **Anlage 9** zum Vertrag).

1.2 Änderungen im FACHARZT-Bestand

1.2.1 Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand

Änderungen im FACHARZT-Bestand können durch die FACHÄRZTE, die AOK und die BKK an die Managementgesellschaft gemeldet werden. Die Änderungsmitteilungen werden durch die Managementgesellschaft zeitnah geprüft und verarbeitet (vgl. zu den Informationspflichten des FACHARZTES auch § 6 des Vertrages und unten Ziffer 1.3).

Folgende Änderungen haben Auswirkungen auf das Verzeichnis der FACHÄRZTE:

- Umzug des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg (Wechsel der Betriebsstätte, Wechsel der Betriebsstättennummer);
- Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland;
- Tod des FACHARZTES;
- Rückgabe/Entzug/Ruhen/Verzicht der/auf die Vertragsarztzulassung/Zulassung des MVZ;
- ordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung gegenüber dem FACHARZT durch die Managementgesellschaft.
- Ablauf der persönlichen Ermächtigung, bei MVZ: Ausscheiden eines angestellten Arztes gemäß 1.1.4.

1.2.2 Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz innerhalb von Baden-Württemberg um, bleibt seine Teilnahme am Vertrag davon unberührt. Alle Adressänderungen von FACHÄRZTEN, sofern sie an die Managementgesellschaft gemeldet werden oder die Managementgesellschaft davon Kenntnis erlangt, werden in der Datenbank erfasst und an die AOK und BKK gemeldet.

1.2.3 Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz aus Baden-Württemberg weg, endet automatisch die Vertragsteilnahme des FACHARZTES mit sofortiger Wirkung, ohne dass es einer Kündigung eines der Vertragspartner bedarf, da mit dem Wegzug die Zulassung in Baden-Württemberg endet (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.4 Tod des FACHARZTES

Verstirbt ein FACHARZT, wird die Vertragsteilnahme zum Todestag beendet.

1.2.5 Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/MVZ

Bei Wegfall der Zulassung (Rückgabe, Entzug, Verzicht, Ruhen, Erreichen der Altersgrenze, Ablauf der Ermächtigung etc.) endet die Vertragsteilnahme automatisch zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Zulassungsrückgabe/des Zulassungsentzuges (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.6 Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT

Im Falle einer ordentlichen (grundsätzlich Sechs-Monats-Frist; abweichende Fristen bei Sonderkündigungen gemäß §§ 19 Abs. 2, 26 Abs. 4 des Vertrages) oder außerordentlichen (fristlosen) Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT (§ 8 Abs. 3 bis Abs. 5 des Vertrages) endet die Vertragsteilnahme zum jeweiligen Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung. Das Versäumen von Fristen zur Erfüllung obligatorischer Teilnahmevoraussetzungen führt zur Beendigung der Vertragsteilnahme zum Fristende.

1.3 Informationspflicht des FACHARZTES

Der FACHARZT muss die in § 6 Abs. 2 des Vertrages genannten Änderungen, die sämtlich

Einfluss auf seine Vertragsteilnahme als FACHARZT oder abrechnungsrelevante Informationen haben können, spätestens drei Monate vor Eintritt der Änderung gegenüber der Managementgesellschaft, der AOK und der BKK durch Übermittlung des Stammdatenblatts schriftlich anzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, nachdem er von der jeweiligen Änderung Kenntnis erlangt hat, anzuzeigen. Schuldhaftes Zögern und verspätete Übermittlung von Änderungen führen zur Rückforderung bereits gezahlter Vergütung sowie zu Schadensersatzforderungen für entstandene Aufwände gemäß ABSCHNITT III der **Anlage 12** des Vertrages.

2 Eingeschriebene Versicherte

2.1 Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages)

2.1.1 Einschreibung beim FACHARZT

Der Patient erklärt in der FACHARZT-Praxis seine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm. Der FACHARZT markiert in der Vertragssoftware den Patienten als potenziellen Teilnehmer und druckt die Teilnahmeerklärung aus. Das Formular Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm“ (BKK) darf durch den FACHARZT inhaltlich nicht verändert werden. Mit der Teilnahmeerklärung wird insbesondere

- die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm für mindestens 12 Monate verbindlich vereinbart;
- der Patient auf grundlegende Teilnahmebedingungen am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm hingewiesen;
- eine datenschutzrechtliche Einwilligung des Patienten eingeholt.

Darüber hinaus gelten alle Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 7.

Vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung durch den Patienten wird der Versicherte durch den FACHARZT über den Inhalt des AOK-FacharztProgrammes bzw. des Facharztprogrammes der Bosch BKK und gemäß § 295a SGB V umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung gemäß Anlage 7 Anhang 2 (Merkblatt zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg bzw. Merkblatt zum Facharztprogramm der Bosch BKK) informiert und erhält diese Information schriftlich durch den FACHARZT ausgehändigt. Mit der Einwilligung in die Teilnahme willigt der Versicherte zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung gemäß § 295 a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ein.

Vor Übersendung der Einschreibedaten muss der Arzt in seiner Vertragssoftware in einer Abfrage bestätigen, dass die Unterschrift des Versicherten vorliegt. Zudem wird auf den ausgedruckten Exemplaren der Teilnahmeerklärung ein vierstelliger Code zu lesen sein, der ebenfalls korrekt in der Vertragssoftware eingegeben werden muss, bevor der Datensatz an das beauftragte Rechenzentrum übermittelt werden kann.

Ein Exemplar der unterzeichneten Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw.

Vertrag vom 26.02.2021

AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

„Facharztprogramm der Bosch BKK“ händigt der FACHARZT dem Versicherten aus. Der FACHARZT ist verpflichtet, die zweite vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ entsprechend der geltenden Aufbewahrungsristen in der Arztpraxis aufzubewahren.

Damit die AOK bzw. BKK ihrer vertraglichen Verpflichtung nach § 12 Abs. 3 und 4 des Vertrags nachkommen kann, müssen in Einzelfällen die Vertragspartner die Möglichkeit der Überprüfung der Teilnahmeerklärungen zur Sicherstellung der korrekten Umsetzung der Versicherten-Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. Facharztprogramm der Bosch BKK haben. Hiervon betroffen sind fachliche Klärungen, die für die AOK bzw. BKK auf Grund des entfallenen Beleginleseverfahrens nicht mehr ersichtlich sind, beispielhaft bei AOK-/BKK-Versicherten mit einer vermerkten Betreuung (Abklärung, ob die Unterschrift durch Betreuer erfolgte). Der FACHARZT verpflichtet sich, die Vertragspartner bei der Sachverhaltsklärung zu unterstützen. Im Bedarfsfall ist der AOK bzw. BKK eine Kopie der Teilnahmeerklärung auszuhändigen bzw. zu schicken. Darüber hinaus ist eine stichprobenhafte Überprüfung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ durch die Vertragspartner möglich.

Eine Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm bzw. Facharztprogramm der Bosch BKK ist auch beim HAUSARZT möglich.

2.1.2 Verarbeitung bei der AOK oder BKK

Die in der Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „FacharztProgramm der Bosch BKK“ aufgeführten Daten des Versicherten sendet der FACHARZT nach erfolgter Unterschrift durch den Versicherten und den FACHARZT online mittels der Vertragssoftware an den MEDIVERBUND. Dieser sendet die Einschreibedaten regelmäßig an die AOK/Bosch BKK bzw. den von ihr beauftragten Dienstleister. Die annehmende Stelle bei der AOK/Bosch BKK prüft die Versichertendaten und überträgt die Versichertenstammdaten in ein AOK/Bosch BKK-internes System.

2.1.3 Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung

Die AOK prüft durch Abgleich mit ihrem Versichertenbestand, ob der Patient bei der AOK versichert ist und an der HZV teilnimmt. Sind alle Versichertendaten korrekt ausgefüllt, kann der Versicherte gemäß den Teilnahmebedingungen der AOK (**Anlage 7** zum Vertrag: Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm und Merkblatt für Versicherte) am AOK-FacharztProgramm frühestens zum Folgequartal teilnehmen. Dasselbe gilt analog für die BKK und ihre Versicherten.

2.1.4 Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte

Die AOK bzw. die BKK meldet die Teilnahme des Versicherten an die Managementgesellschaft in einem Teilnehmerverzeichnis (TVZ).

Wenn eine „Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm“ eines AOK-Versicherten bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der AOK eingegangen ist (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November), führt dies in der Regel zur Einschreibung dieses Versicherten in das AOK-FacharztProgramm mit Wirkung zum nächsten

Vertrag vom 26.02.2021

AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

Quartal. Die Managementgesellschaft erhält eine Liste der teilnehmenden Versicherten grundsätzlich zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn des Abrechnungsquartals. Da diese Liste immer nur in Abhängigkeit zur aktuellen HZV-Liste erstellt werden kann, verständigen sich die Vertragspartner bei Abweichungen. Dasselbe gilt analog für die BKK und ihre Versicherten.

Dem FACHARZT steht die Information über den Teilnahmestatus eines Patienten im AOK- bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm zum Beginn eines Abrechnungsquartals über die Vertragssoftware zur Verfügung.

Die AOK und die BKK informieren ihre teilnehmenden Versicherten über den Teilnahmestatus und das Beginn-Datum.

2.2 Änderungen im Versichertenbestand

Nach Maßgabe der AOK-Teilnahmebedingungen am AOK-FacharztProgramm können sich Änderungen im Versichertenbestand ergeben (z. B. Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm).

Änderungen im Versichertenbestand werden durch die AOK aufgenommen und im Rahmen der Lieferung eines historisierten Teilnehmerverzeichnisses (TVZ gemäß 2.1.4) an die Managementgesellschaft übermittelt. Dasselbe gilt für die BKK und ihre Versicherten.

Teilnahmebedingungen HZV-Versicherte

1. AOK: Die Teilnahmebedingungen für HZV-Versicherte, die sich in das AOK FacharztProgramm einschreiben, ergeben sich aus der Satzung der AOK in ihrer jeweils aktuellen Fassung in Verbindung mit der Teilnahmeerklärung "AOK-FacharztProgramm" und einem "Merkblatt" zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg. Die Teilnahmeerklärung und das Merkblatt sind in einem Anhang zu dieser Anlage enthalten.
2. BKK: Die Teilnahmebedingungen für HZV-Versicherte, die sich in das BKK FacharztProgramm einschreiben, ergeben sich aus der Satzung der BKK in ihrer jeweils aktuellen Fassung in Verbindung mit der Teilnahmeerklärung "BKK-Facharztprogramm" und einem "Merkblatt" zum BKK-Facharztprogramm für Versicherte der BKK in Baden-Württemberg. Die Teilnahmeerklärung und das Merkblatt sind in einem Anhang zu dieser Anlage enthalten.

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

+ TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung jeweils um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharzt-Programm.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- **ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c (a.F.) und § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.**
Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

<TE-Code:>

Exemplar für den Patienten

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

+ TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung jeweils um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.

Mir ist bekannt, dass

- **ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharzt-Programm.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- **ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c (a.F.) und § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.**
Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

<TE-Code:>



BOSCH



Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Facharztprogramm informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am Facharztprogramm schriftlich gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztprogramm teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme am Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen sowie andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Hausarzt- und Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Facharztprogramms in Verbindung mit dem Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der Bosch BKK und der am Facharzt- sowie Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehme.
- die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des Facharztprogramms durch die Bosch BKK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen des Facharztprogramms einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des Facharztprogramms.** Die Teilnahme am Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung erteile in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten, meiner Kontaktdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation erfasst werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

<TE-Code>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Exemplar für den Patienten



BOSCH



Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Facharztprogramm informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am Facharztprogramm schriftlich gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztprogramm teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme am Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen sowie andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Hausarzt- und Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Facharztprogramms in Verbindung mit dem Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der Bosch BKK und der am Facharzt- sowie Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehme.
- die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des Facharztprogramms durch die Bosch BKK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen des Facharztprogramms einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des Facharztprogramms.** Die Teilnahme am Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung erteile in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten, meiner Kontaktdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation erfasst werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

<TE-Code>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Exemplar für den Arzt

Merkblatt zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

1. Was ist das AOK-FacharztProgramm?

Unter dem AOK-FacharztProgramm versteht man die Gesamtheit von Facharztverträgen der AOK Baden-Württemberg auf Rechtsgrundlage von § 73c (a. F.) oder § 140a SGB V. Ziel dieser Verträge ist es, flächendeckend die ambulante fachärztliche Versorgung in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) zu verbessern und dabei besonders die Verzahnung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung zu fördern.

2. Welche Verträge gehören zum AOK-FacharztProgramm?

Die AOK Baden-Württemberg verfügt derzeit über einzelne Verträge in den Fachgebieten

- Kardiologie
- Gastroenterologie
- Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie (kurz: PNP)
- Orthopädie/Rheumatologie
- Urologie
- Diabetologie
- Nephrologie
- Pneumologie
- TeleDermatologie (hausärztlich angeforderte Telekonsile aus dem Fachgebiet Dermatologie)

3. Wer kann am AOK-FacharztProgramm teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die an der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

4. Hinweise zu Ihrer Teilnahme sowie zur Dauer und Mindestbindung

a) Allgemeines zur Teilnahme

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist **freiwillig** und **kostenfrei**. Erforderlich ist hierfür lediglich eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung. Diese können Sie bei einem/r Hausarzt/ärztin des AOK-HausarztProgramms oder einem/r teilnehmenden Facharzt/ärztin der unter Ziffer 2 genannten Verträge abgeben. Diese/r leitet die Teilnahmeerklärung als gesicherten elektronischen Datensatz über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weiter (hierzu Ziffer 1 der Patienteninformation zum Datenschutz).

Die Teilnahme am FacharztProgramm umfasst **alle** unter Ziffer 2 genannten **Verträge**, d. h. es erfolgt keine Teilnahme je Vertrag, sondern eine gesamthafte Teilnahme an allen Verträgen. Die Teilnahme schließt auch zukünftige Verträge des AOK-FacharztProgramms ein, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung Ihrer Teilnahmeerklärung noch nicht abgeschlossen sind. Über die neuen Verträge werden Sie jeweils gesondert informiert.

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist mit der Teilnahme an einem **Wahltarif** gem. § 53 Abs. 3 SGB V verbunden. Dieser beinhaltet die Befreiung von Zuzahlungen für viele rabattierte Generika (Arzneimittel) sowie für bestimmte Hilfsmittel (etwa für Diabetiker) und ist ebenfalls **kostenfrei**. Das Nähere zum Wahltarif ergibt sich aus § 17i unserer Satzung.

b) Beginn

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm wird zum Beginn eines Quartals wirksam (1. Jan. / 1. April / 1. Juli oder 1. Okt.). Über Ihren individuellen Starttermin informiert Sie ein Begrüßungsschreiben der AOK Baden-Württemberg. Damit die Teilnahme zum nächsten Quartal möglich ist, muss die Teilnahmeerklärung bis zum 1. Tag im zweiten Monat des Vorquartals bei der AOK Baden-Württemberg eingegangen sein.

Beispiele:

- *Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Jan. → Beginn am 1. April;*
- *Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Feb. → Beginn am 1. Juli*
(für den 1. April hätte die Teilnahmeerklärung bei der AOK bis 1. Feb. vorliegen müssen)

c) Dauer / Mindestbindung

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm erfolgt für 12 Monate (Mindestbindung) und verlängert sich jeweils um weitere 12 Monate, sofern sie nicht gekündigt wird oder aus sonstigem Grund (siehe Buchstabe d) endet.

d) Ende / Kündigung

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kann mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen 12-Monats-Zeitraums schriftlich gekündigt werden (Anschrift: AOK Baden-Württemberg, AOK-FacharztProgramm, 70120 Stuttgart). Darüber hinaus endet die Teilnahme mit dem Ende der Versicherung bei der AOK Baden-Württemberg oder mit dem Ende der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm. Bei einer Beendigung der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufgrund der Beendigung der Tätigkeit des gewählten Hausarztes verbleiben Sie ein weiteres Quartal im AOK-FacharztProgramm. In diesem Übergangsquartal haben Sie die Möglichkeit, einen neuen Hausarzt zu wählen und somit im AOK-FacharztProgramm zu verbleiben.

Im Falle der Erweiterung des AOK-FacharztProgramms um einen neuen Vertrag (siehe Ziffer 2) erhalten Sie unabhängig von der Mindestbindungsfrist ein Sonderkündigungsrecht von einem Monat nach Information der AOK über den neuen Vertrag. Die Sonderkündigung wirkt zum Ende des nächstmöglichen Quartals.

e) Widerruf

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

5. Welche Pflichten sind mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm verbunden?

Mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm verpflichten Sie sich, grundsätzlich Arztpraxen in Anspruch zu nehmen, die an einem der unter Ziffer 2. genannten Verträge teilnehmen.* Teilnehmende Ärzte oder Psychotherapeuten sind tagesaktuell unter der Internetseite <https://www.medi-arztsuche.de/> abrufbar.

* Die Verpflichtung zur vorrangigen Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten des FacharztProgramms gilt nicht bei Dermatologen und nicht in medizinischen Notfällen oder der Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes. Darüber hinaus können Ärzte/innen konsultiert werden, deren Fachrichtung nicht Bestandteil des AOK-FacharztProgramms ist.

Bei wiederholten Verstößen gegen diese Pflicht kann die AOK Baden-Württemberg zum Ende des nächstmöglichen Quartals Ihre Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kündigen. Hierüber werden Sie gesondert informiert und zunächst zu einem vertragskonformen Verhalten aufgefordert. Darüber hinaus ist bei schweren oder wiederholten Verstößen gegen die Verpflichtungen aus dem FacharztProgramm eine Beteiligung an den Mehrkosten möglich, die der AOK Baden-Württemberg durch die unbegründete Konsultation von Praxen außerhalb des Programms entstehen.

6. Welche Rechte erhalten Sie aus der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm?

Mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm können Sie alle Vorteile aus den einzelnen Verträgen in Anspruch nehmen. Diese umfassen u. a. Mehrleistungen gegenüber der Regelversorgung (z. B. erweiterte Vorsorgeuntersuchungen) oder die Teilnahme am Wahltarif (siehe Ziffer 4). Diese Vorteile sind auf der Website der AOK Baden-Württemberg (<https://www.aok.de/pk/bw/>) ausführlich beschrieben.

Patienteninformation zum Datenschutz

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO):

1. Verarbeitung von Sozialdaten bei der Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm (Teilnahme)

Zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-FacharztProgramm werden folgende Sozialdaten verarbeitet:

- Name, Vorname des Versicherten
- Adresse des Versicherten
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten
- Krankenkasse des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Individueller aus der Vertragsarztsoftware generierter Einschreibecode

Diese Daten werden von der einschreibenden Arzt- bzw. Therapeutenpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Wer ist die Managementgesellschaft?

MEDIVERBUND AG

Nähere Informationen zur Managementgesellschaft finden Sie unter: <https://www.medi-verbund.de/>.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

§ 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V

2. Verarbeitung von Sozialdaten im Rahmen der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm (Durchführung)

Zur Durchführung der Behandlung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms werden folgende Sozialdaten von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin bzw. Therapeuten/Therapeutin verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- Krankenkasse, einschließlich Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat
- Familienname und Vorname des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Geschlecht des Versicherten
- Anschrift des Versicherten
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten
- Versichertenstatus
- Zuzahlungsstatus des Versicherten
- Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte: Datum des Fristablaufs
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gem. Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Verordnungsdaten
- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit inkl. Diagnosen

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung im Rahmen der Behandlung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

§ 140a Abs. 5 Satz 1 SGB V

Bei der Durchführung eines dermatologischen Telekonsils werden ausschließlich die hierfür notwendigen Daten erhoben und verarbeitet. Dies sind:

- Name, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer
- Bilddokumentation(en) der untersuchten Hautstellen
- Behandlungsinformationen (Gesundheitsdaten)
- Daten, auf denen die Behandlung basiert (Laborwerte, Messdaten, Gesundheitsdaten)

Die Übermittlung der Daten erfolgt durch Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin verschlüsselt an einen am AOK-Facharztvertrag TeleDermatologie teilnehmenden Dermatologen. Weitere Informationen zum Facharztvertrag TeleDermatologie sowie zu den am Vertrag teilnehmenden Fachärzten/Fachärztinnen finden Sie unter <https://www.medi-arztsuche.de>.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung: Behandlungsvertrag gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. b) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. h), Abs. 3 EU-DSGVO, §§ 630a, 630c Abs. 1 BGB mit dem jeweiligen Arzt. Ihre Einwilligung, sofern es um die Anfertigung der Bilddokumentation sowie die Weiterleitung an einen Dermatologen geht, gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. a) EU-DSGVO.

Im Anschluss an die Behandlung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms werden folgende Daten zur Durchführung der Teilnahme (Abrechnung inkl. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung) an die Managementgesellschaft (siehe oben) und von dort an die AOK Baden-Württemberg übermittelt:

- Krankenkasse, Krankenversicherungsnummer und Versichertenstatus
- Arztnummer; in Überweisungsfällen Arztnummer des überweisenden Arztes
- Art der Inanspruchnahme
- Art der Behandlung
- Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung
- abgerechnete Gebührenpositionen mit den Diagnosen und Prozeduren gem. Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Kosten der Behandlung

Zur Durchführung der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm gehört die wissenschaftliche Begleitung („Evaluation“) durch unabhängige Forschungseinrichtungen bzw. Hochschulen/Universitäten. Hierzu werden die zuvor genannten Daten in pseudonymisierter* Form an diese Einrichtungen übermittelt.

* Pseudonymisierung (Art. 4 Nr. 5 EU-DSGVO): Die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden.

Die beteiligten Forschungseinrichtungen können jederzeit unter <https://www.aok.de/pk/bw/> (Stichwort: AOK-FacharztProgramm) abgerufen werden.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Durchführung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V

§ 295a Abs. 1 und 2 SGB V

3. Wie lange werden die in Ziffer 1. und 2. genannten Daten aufbewahrt?

Die Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem AOK-Facharzt-Programm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-FacharztProgramm.

4. Sonstiges zum Datenschutz

Nähere Informationen zum Datenschutz bei der AOK Baden-Württemberg, darunter die Angabe des Verantwortlichen, des/der Datenschutzbeauftragten sowie die Anschrift der Aufsichtsbehörde, finden Sie unter:

<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-6/>

Merkblatt zum Facharztprogramm für Versicherte der Bosch BKK



BOSCH

BKK

Facharztprogramm – was ist das?

Mit dem Facharztprogramm wollen die Bosch BKK und ihre Partner in Baden-Württemberg gemeinsam die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Damit entsprechen sie einer Empfehlung des Gesetzgebers. Ziel ist es, flächendeckend die besondere ambulante fachärztliche Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) in besonderer Qualität zu gewährleisten und die Koordinierungsfunktion Ihres gewählten Hausarztes zu nutzen. Ihre Teilnahme am exklusiven Facharztprogramm ist **freiwillig**.

Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Sie schreiben sich verbindlich für mindestens 12 Monate in die besondere ambulante fachärztliche Versorgung ein.
- Fachärzte/Therapeuten dürfen nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes (Hausarztprogramm) in Anspruch genommen werden.
- Teilnehmen können alle Versicherten der Bosch BKK, die am **Hausarztprogramm** teilnehmen. Ausnahmen, z. B. Mindestalter, werden im Kapitel „Fachgebiete“ genannt.

Fachgebiete im Facharztprogramm

Kardiologie
Gastroenterologie
Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie (PNP)
Orthopädie/Rheumatologie
Urologie
Pneumologie (voraussichtlich ab 2021)
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (voraussichtlich ab 2021)

Ihre Vorteile auf einen Blick:

- Qualitätsgesicherte fachärztliche/therapeutische Versorgung, Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Werktägliche Sprechstunden (Mo. - Fr.)
- Mindestens eine Abendterminsprechstunde pro Woche bis 20 Uhr für Berufstätige
- Nach Möglichkeit Reduzierung der Wartezeit auf maximal 30 Minuten bei vorheriger Anmeldung
- Schnelle Terminvergabe bis 2 Wochen nach Anmeldung
- In dringenden Fällen erhalten Sie bei Vermittlung durch Ihren Hausarzt innerhalb eines Tages einen Termin bei Fachärzten bzw. innerhalb von 3 Tagen bei Psychotherapeuten
- Mehr Zeit für die Beratung
- Breites diagnostisches und therapeutisches Angebot

Besonderheiten für das Fachgebiet Kardiologie:

Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Direktinanspruchnahme von Kinderkardiologen möglich. Danach ist die Behandlung von angeborenen Herzfehlern beim Kinderkardiologen nur auf Überweisung durch den gewählten Hausarzt oder einen Facharzt, der am Bosch BKK Facharztprogramm der Kardiologie teilnimmt, möglich.

Besonderheiten für das Fachgebiet Urologie:

Mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung habe ich die Möglichkeit, bei Vorliegen eines Prostatakarzinoms und der sich daraus ergebenden Indikation einer Operation (vollständige oder teilweise Entfernung der Prostata) vorzugsweise ein DKG-zertifiziertes Krankenhaus (Prostatakrebszentrum) in Baden-Württemberg aufzusuchen.

Einschreibung

Ihre schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung können Sie bei einem teilnehmenden Facharzt, Psychotherapeuten oder Hausarzt ausfüllen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Teilnahme am Facharztprogramm für mindestens 12 Monate.

Wenn Sie sich nicht für das Facharztprogramm entscheiden,

verbleiben Sie, wie bisher auch, in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Arzt/Therapeut händigt Ihnen eine Kopie der Teilnahmeerklärung aus. Danach erfasst der Arzt/Therapeut Ihre Teilnahmeerklärung in seinem Praxissystem als elektronischen Datensatz, der dann unverzüglich datenschutzkonform an die Bosch BKK zur Prüfung übermittelt wird. Fällt die Prüfung positiv aus, werden Sie durch ein Begrüßungsschreiben darüber informiert, wann Ihre Teilnahme am Facharztprogramm beginnt. In der Regel beginnt sie im Quartal, das auf die Einschreibung folgt. Geht das Formular nicht rechtzeitig bei der Bosch BKK ein oder wird für die Prüfung noch Zeit benötigt, kann eine Teilnahme auch in einem späteren Quartal beginnen. Wird die Teilnahme abgelehnt, erhalten Sie eine Mitteilung der Bosch BKK. Die Bosch BKK lehnt die Teilnahme nur in Ausnahmefällen ab (insbesondere keine Teilnahme am Hausarztprogramm; ungeklärter Versichertenstatus; keine Versicherung unmittelbar bei der Bosch BKK).

Sie erklären mit Ihrer Teilnahme am Facharztprogramm auch Ihre Teilnahme an zukünftigen Facharztverträgen, die analog dieses Vertrags möglicherweise noch geschlossen werden.

Über neue Verträge informieren wir Sie rechtzeitig. Sofern Sie mit diesen Änderungen nicht einverstanden sind, können Sie Ihre Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung insgesamt unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie von der Bosch BKK über die Vertragsänderung informiert wurden. Für Sie endet dann die Teilnahme am Facharztprogramm. Sie werden wieder in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Ihre Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) bleibt bestehen.

Widerruf der Teilnahme

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Bosch BKK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Kündigung

Frühestens zum Ablauf der 12 Monate kann die Teilnahme am Facharztprogramm **insgesamt** ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 1 Monat vor Ablauf gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate. Eine Kündigung ist schriftlich zu richten an:

Bosch BKK
Facharztprogramm Teilnehmernmanagement
70466 Stuttgart

Die Bosch BKK kann Ihre Teilnahme am Facharztprogramm kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die Teilnahmebedingungen nach Ihrer Teilnahmeerklärung und diesem Merkblatt verstoßen (z. B. wiederholte Inanspruchnahme von Fachärzten außer Augenarzt/ Gynäkologe/Kinderarzt ohne Überweisung Ihres gewählten Hausarztes). Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Facharztprogramm.

Einwilligung zum Datenschutz

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -nutzung, -verarbeitung und -speicherung durch die Bosch BKK für das Facharztprogramm geregelt. Für die Teilnahme am Facharztprogramm ist es erforderlich, dass der Versicherte eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz abgibt, unter anderem da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über eine Managementgesellschaft auf Grundlage von § 295a SGB V erfolgt.

Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Darin erklärt der Versicherte sich insbesondere mit den im Folgenden näher beschriebenen Datenerhebungs-, verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.

Damit Sie sofort die Vorteile der schnellen Terminvergabe in dringenden Fällen nutzen können, kann der Facharzt/Therapeut, der Sie einschreibt, bereits am Tag der Einschreibung mit Ihrer Einwilligung das Facharztprogramm realisieren. Damit wird verhindert, dass Sie auf schnelle Termine bzw. Therapieserien ggf. verzichten müssen. Sie haben von dieser Regelung nur Vorteile und willigen in die Übertragung von Abrechnungsdaten, die aus solchen Behandlungen resultieren sowie dem Befundaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern ein.

Versichertenbefragung

Für die Bosch BKK ist es wichtig, wie zufrieden Sie mit dem Facharztprogramm sind, vor allem wie Sie die Qualität der Versorgung beurteilen. Dies ist Grundlage für Entscheidungen über weiterführende Maßnahmen. Im Rahmen der Qualitätssicherung sind daher Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen vorgesehen, an die Ihre Kontaktdaten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) ohne weitere persönliche Angaben ggfs. weitergeleitet werden. Die Teilnahme an der Versichertenbefragung ist selbstverständlich freiwillig. Vor einem potentiellen Anruf erhalten Sie die Möglichkeit, der anstehenden Befragung zu widersprechen. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten.

Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (behandelnde Haus- und Fachärzte, Therapeuten) notwendig. Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung erteilen Sie uns ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme am Facharztprogramm sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen. Hierfür entbinden Sie die von Ihnen konsultierten Ärzte und anderen Leistungserbringer von Ihrer Schweigepflicht. Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die Bosch BKK und andere Stellen erfolgt nicht. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Versorgungsmanagement der BKK

Die Bosch BKK bietet Ihnen im Rahmen des Facharztprogramms ein besonderes Versorgungsmanagement an. Dieses unterstützt Sie oder Ihren Arzt bei Ihren speziellen Fragen zu einer Erkrankung, bevorstehenden Operationen etc. **Hierfür kann sie Ihre vorhandene Daten für Ihre individuelle Beratung heranziehen und ggf. mit Ihnen oder Ihrem Arzt Kontakt aufnehmen.** Die Bosch BKK berücksichtigt dabei selbstverständlich die Datenschutzvorgaben und die Einhaltung der Schweigepflicht Ihres Arztes.

Datenübermittlung und -zusammenführung

Der elektronische Datensatz Ihrer Teilnahmeerklärung wird von Ihrem Arzt/Therapeuten über die für die Umsetzung des Facharztprogramms ausgewählte Managementgesellschaft datenschutzkonform an die Bosch BKK übermittelt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung geprüft, an die Managementgesellschaft gesandt und dort in die Datenverarbeitung eingelesen. Übermittelt werden Ihre Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer), Daten zum einschreibenden Arzt, Ihr Teilnahmebeginn sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie am Facharztprogramm teilnehmen. Auch die Beendigung einer Teilnahme wird an die Managementgesellschaft gemeldet.

Die Managementgesellschaft stellt elektronisch den am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten die Information über Ihren Teilnahmestatus zur Verfügung. Dies ist wichtig, denn nur wenn z. B. Ihr Hausarzt weiß, dass Sie am Facharztprogramm teilnehmen, können Sie zu den teilnehmenden Ärzten überwiesen werden und von den Vorteilen

des Facharztprogramms profitieren. Die teilnehmenden Ärzte/Therapeuten übermitteln Ihre Diagnosen sowie Leistungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten zur Abrechnung an die Managementgesellschaft. Die Managementgesellschaft übermittelt diese Daten für die weitere Abrechnung und Abrechnungsprüfung an die Bosch BKK. Zusätzlich helfen diese Daten der Bosch BKK, Sie als Versicherte/n bei Bedarf zu beraten.

Weitere Leistungs- und Abrechnungsdaten

Die Leistungs- und Abrechnungsdaten der Bosch BKK (z. B. Arzneimittelverordnungen) werden bei der Bosch BKK in einer separaten Datenbank zusammengeführt. Diese Daten sind pseudonymisiert (fallbezogen), enthalten also ausdrücklich nicht mehr Ihren Namen oder sonstige persönliche Angaben. Im Einzelnen handelt es sich um Daten wie Versichertenart (z. B. Rentner, Pflichtmitglied etc.), ambulante Operationen (mit Diagnosen), Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten (mit Diagnosen), Vorsorge- und RehaMaßnahmen (mit Diagnosen und Kosten), Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten sowie Pflegeleistungen und andere.

Diese pseudonymisierten Daten werden ausschließlich zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und genutzt. Im Einzelfall kann für einen begrenzten Zeitraum eine Repseudonymisierung von Daten durchgeführt werden. Gründe hierfür können die Überprüfung von Programmierfehlern in der Datenbank oder der Hinweis auf eine mögliche Fehlversorgung sein. Nur in diesen Fällen wird von der Bosch BKK der Personenbezug zu Ihren Daten wieder hergestellt. Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass nur speziell für das Facharztprogramm ausgewählte und geschulte Mitarbeiter, die auf die Einhaltung des Datenschutzes (Sozialgeheimnis) besonders verpflichtet wurden, Zugang zu den Daten haben.

Wissenschaftliche Begleitung

Sollten das Facharztprogramm oder Ihre Behandlungsdaten durch ein unabhängiges Institut wissenschaftlich bewertet werden, ist sichergestellt, dass Ihre Behandlungs-, Verordnungs-, Diagnose- und Abrechnungsdaten sowie weitere Sozialdaten (z.B. Alter oder Geschlecht) nur pseudonymisiert weitergeleitet werden. Für das Institut sind die Daten anonym, ein Bezug zu Ihrer Person ist für das Institut sowie für jede weitere Nutzung dieser Daten ausgeschlossen. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zum Facharztprogramm erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten. Die Einwilligung ist Voraussetzung für Ihre Teilnahme. Die Gesamtergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung werden anschließend z. B. in der Mitgliederzeitschrift veröffentlicht oder dienen der Kontrolle und Vergütung von Qualitätsindikatoren, die zu erbringen sich die am Facharztprogramm teilnehmenden Ärzte verpflichtet haben.

Schweigepflicht und Datenlöschung

Im Facharztprogramm ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte/Therapeuten und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht

- soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden,
- spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Facharztprogramm.

Informationspflicht bei Erhebung personenbezogener Daten (Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung)

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Kasse für die Durchführung des Bosch BKK Facharztprogramms

Bosch BKK
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart

Tel. 0711 / 25088-0
E-Mail: Besondere.Versorgung@Bosch-BKK.de

2. Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Bosch BKK
Maik Schröter
Datenschutzbeauftragter
Bahnhofstr. 75
71332 Waiblingen

Telefon: 07151 50285-52
Fax: 07151 50285-59
E-Mail: Datenschutz@Bosch-BKK.de

3. Welche Daten werden innerhalb des Bosch BKK Facharztprogramms verarbeitet?

Für Ihre Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm werden folgende Daten von Ihrem Haus- und/oder Facharzt bzw. Therapeuten verarbeitet:

- Name, Vorname
- Krankenversichertennummer
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Versichertenstatus
- Individueller Teilnahme-Code
- Teilnahmestatus am Bosch BKK-Hausarzt-/Facharztprogramm

Diese Daten werden in elektronischer Form zunächst vom Arzt an die Managementgesellschaft und von dort über eine beauftragte Abrechnungsstelle an die Bosch BKK weitergeleitet. Beide Stellen unterliegen ebenfalls den deutschen Datenschutzvorschriften. Rechtsgrundlage: § 140a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 SGB V, i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V. Gemäß diesen Vorschriften erfolgt die Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm nur, wenn der Versicherte seine Teilnahme schriftlich erklärt und mit dieser Teilnahmeerklärung schriftlich in die erforderliche Datenverarbeitung einwilligt. Die Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm ist somit an die Einwilligung in die Datenverarbeitung gekoppelt.

Wer ist die Managementgesellschaft?

Die MEDIVERBUND AG ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen für Vertragsärzte, die sich u.a. um Leistungsabrechnungen niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten kümmert.

MEDIVERBUND AG
Industriestr. 2
70565 Stuttgart
Telefon: 07 11 80 60 79-0
Fax: 07 11 80 60 79-544
E-Mail: info@medi-verbund.de

Bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des Bosch BKK Facharztprogramms werden folgende Daten von Ihrem behandelnden Facharzt bzw. Therapeuten für die Bosch BKK verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
- der Familienname und Vorname des Versicherten,
- das Geburtsdatum des Versicherten,
- das Geschlecht des Versicherten,
- die Anschrift des Versicherten,
- die Krankenversicherthennummer des Versicherten,
- den Versichertenstatus,
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten,
- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs,
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gemäß den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
- Verordnungsdaten

Zur Abrechnung der Leistung überträgt der Arzt bzw. Therapeut die vorgenannten Daten an die Managementgesellschaft und diese anschließend über die beauftragte IT-/Abrechnungsstelle an die Bosch BKK. Rechtsgrundlage: § 295a Abs. 1 SGB V. Gemäß dieser Vorschrift erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn der Versicherte bei der Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm in diese Übermittlung eingewilligt hat. Eine solche Übermittlung ist Voraussetzung für die Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm.

4. Für welchen Zweck werden die zuvor genannten Daten verarbeitet?

Die Verarbeitung der in Ziffer 3. genannten Daten erfolgt bei dem behandelnden Arzt bzw. Therapeuten ausschließlich zur Behandlung des Versicherten einschließlich der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen, bei der Managementgesellschaft ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung der vertraglichen Leistungen mit dem behandelnden Arzt und der Bosch BKK. Die Verarbeitung bei der Bosch BKK und deren beauftragte IT-/Abrechnungsstelle erfolgt zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung des Bosch BKK Facharztprogramms (einschließlich Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).

Zur Durchführung des Bosch BKK Facharztprogrammes gehört auch die Durchführung einer Zufriedenheitsbefragung der teilnehmenden Versicherten.

5. Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Bosch BKK Facharztprogramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm.

6. Bei welcher Stelle können datenschutzrechtliche Beschwerden eingereicht werden?

Datenschutzrechtliche Beschwerden können beim Datenschutzbeauftragten der Bosch BKK eingereicht werden oder bei:

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Husarenstraße 30
53117 Bonn
Tel.: 0228 997799-0
Fax: 0228 997799-550
E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

Stand: August 2020

Definition Flächendeckung

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Behandlung und Abrechnung von bereits am AOK-FacharztProgramm teilnehmenden Patienten bzw. die Neueinschreibung ins AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm erst dann erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrages gegeben ist.

Eine Flächendeckung ist dann gegeben, wenn landesweit in Baden-Württemberg mindestens 55 Fachärzte für Pneumologen an dem AOK-FacharztProgramm teilnehmen.

Zunächst (Verteilungsschritt 1) sind je Planungsbezirk (Stadt-/Landkreis), in dem mehr als 6 Pneumologen kassenärztlich zugelassen sind, 3 Vertragsteilnehmer aus dem Fachgebiet der Pneumologie vorgesehen, bei weniger als 6 kassenärztlich zugelassenen Pneumologen grundsätzlich 2 Vertragsteilnehmer. Sofern in einem Planungsbezirk nur 2 oder weniger Arztpraxen (Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ oder Einzelpraxen – jeweils nur die Hauptbetriebsstätte berücksichtigt) existieren, wird für diesen Planungsbezirk 1 Vertragsteilnehmer gefordert. Ist in einem Planungsbezirk kein Pneumologe zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wird kein Vertragsteilnehmer gefordert. Die Differenz aus der Summe der Teilnehmerzahlen aus Verteilungsschritt 1 zu den insgesamt 55 geforderten kassenärztlich zugelassenen Pneumologen wird unter Berücksichtigung der Verteilung der HZV-Teilnehmerzahlen je Bezirksdirektion sowie der zugelassenen Ärzte des jeweiligen Planungsbezirkes zugeteilt (Verteilungsschritt 2), sodass im Durchschnitt rund 50 % der in diesem Planungsbezirk kassenärztlich zugelassenen Ärzte an diesem Vertrag teilnehmen. Die Flächendeckung ist in Anhang 1 zu Anlage 8 ersichtlich.

1. Der Beirat stellt die Flächendeckung fest. Dabei kann er regionale Besonderheiten, insbesondere in Landkreisen, in denen nur ein Pneumologe zugelassen ist, berücksichtigen. Die Managementgesellschaft teilt den FACHÄRZTEN, welche den Beitritt zum Vertrag erklärt haben, die Erreichung der Flächendeckung umgehend mit.
2. Die Flächendeckung gilt auch für die Bosch BKK.

Verteilung der Flächendeckung

| Bezirksdirektion | Landkreis | Verteilung 1 | Verteilung 2 | 140a-Quorum |
|---------------------------------|--------------------------|--------------|--------------|-------------|
| Neckar-Fils | | 3 | 0 | 3 |
| | Esslingen | 2 | | |
| | Göppingen | 1 | | |
| Heilbronn-Franken | | 5 | 0 | 5 |
| | Heilbronn | 3 | | |
| | Hohenlohekreis | 0 | | |
| | Main-Tauber-Kreis | 1 | | |
| | Schwäbisch Hall | 1 | | |
| Ludwigsburg-Rems-Murr | | 3 | 0 | 3 |
| | Ludwigsburg | 1 | | |
| | Rems-Murr-Kreis | 2 | | |
| Ostwürttemberg | | 4 | 0 | 4 |
| | Heidenheim | 1 | | |
| | Ostalbkreis | 3 | | |
| Stuttgart-Böblingen | | 5 | 1 | 6 |
| | Stuttgart | 3 | | |
| | Böblingen | 2 | | |
| Nordschwarzwald | | 2 | 0 | 2 |
| | Calw | 1 | | |
| | Enzkreis | 0 | | |
| | Freudenstadt | 0 | | |
| | Pforzheim | 1 | | |
| Mittlerer Oberrhein | | 5 | 0 | 5 |
| | Baden-Baden | 1 | | |
| | Karlsruhe | 3 | | |
| | Rastatt | 1 | | |
| Rhein-Neckar-Odenwald | | 8 | 0 | 8 |
| | Heidelberg | 3 | | |
| | Mannheim | 2 | | |
| | Neckar-Odenwald-Kreis | 0 | | |
| | Rhein-Neckar-Kreis | 3 | | |
| Schwarzwald-Baar-Heuberg | | 3 | 0 | 3 |
| | Rottweil | 1 | | |
| | Schwarzwald-Baar-Kreis | 1 | | |
| | Tuttlingen | 1 | | |
| Südlicher Oberrhein | | 4 | 0 | 4 |
| | Breisgau-Hochschwarzwald | 1 | | |
| | Emmendingen | 1 | | |
| | Freiburg im Breisgau | 1 | | |
| | Ortenaukreis | 1 | | |
| Hochrhein-Bodensee | | 3 | 0 | 3 |
| | Konstanz | 1 | | |
| | Lörrach | 1 | | |
| | Waldshut | 1 | | |
| Bodensee-Oberschwaben | | 4 | 0 | 4 |
| | Bodenseekreis | 1 | | |
| | Ravensburg | 2 | | |
| | Sigmaringen | 1 | | |
| Neckar-Alb | | 3 | 0 | 3 |
| | Reutlingen | 2 | | |
| | Tübingen | 1 | | |
| | Zollernalbkreis | 0 | | |
| Ulm-Biberach | | 2 | 0 | 2 |
| | Alb-Donau-Kreis | 0 | | |
| | Biberach | 1 | | |
| | Ulm | 1 | | |
| AOK Baden-Württemberg | | 54 | 1 | 55 |

Fachkonzept MEDIVERBUND, AOK und Bosch BKK

- (1) Die Fachkonzepte zur Arzteinschreibung, Versicherteneinschreibung und Abrechnung regeln in Ergänzung zu den in der Prozessbeschreibung FACHARZT erläuterten Prozessen die prozessuale, insbesondere die technische Umsetzung der Bestimmungen des Vertrages. Sie enthalten die „Prozessbeschreibung Managementgesellschaft“ und eine „Prozessbeschreibung AOK und BKK“ und werden kontinuierlich fortgeschrieben.
- (2) MEDIVERBUND, AOK und BKK stimmen sich jeweils zu Beginn eines Quartals über eine Erweiterung, Verbesserung und Aktualisierung der Fachkonzepte mit Wirkung zum Beginn des folgenden Quartals ab.
- (3) Die Vertragspartner vereinbaren hinsichtlich der Prozesse folgende Arbeitsteilung:
 - a) Die AOK und BKK steuern und bearbeiten Prozesse, die ihre eingeschriebenen Versicherten betreffen.
 - b) Die AOK und die BKK führen insbesondere das Verzeichnis ihrer eingeschriebenen Versicherten (TVZ) und übermitteln dieses gemäß der Vorgaben der Fachkonzepte an die Managementgesellschaft.
 - c) Sollte gemäß § 3 Abs. 3 lit. i) die Teilnahme an einem relevanten DMP erforderlich werden, prüft die AOK bzw. die BKK insbesondere die Teilnahme der FACHÄRZTE an diesem DMP und stellt der Managementgesellschaft die Prüfergebnisse gemäß den Vorgaben der Fachkonzepte zur Verfügung.
 - d) Die Managementgesellschaft erhält die für die Nutzung im Arzneimittelmodul erforderlichen Informationen (z. B. Arzneimittel, hinsichtlich derer die AOK bzw. die BKK Rabattverträge abgeschlossen haben, Substitutionslisten und die Algorithmen für die Substitution) in dem nach dem Fachkonzept vorgeschriebenen Format so, dass sie ohne Änderungen und Formatierungen verwendet werden können.
 - e) Die Managementgesellschaft erarbeitet insbesondere Prozesse, die die am Vertrag teilnehmenden FACHÄRZTE betreffen. Einzelheiten regeln die Fachkonzepte.
- (4) Die Fachkonzepte sind Betriebsgeheimnisse der Managementgesellschaft bzw. der AOK oder BKK und werden daher vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht.
- (5) Die die FACHÄRZTE betreffenden Prozesse sind in der Prozessbeschreibung FACHARZT (**Anlage 6**) beschrieben.

Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware

Die AOK, die BKK und der MEDIVERBUND haben sich auf die folgenden Vorgaben für die Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung geeinigt.

ABSCHNITT I: Vertragssoftware

Funktionen der Vertragssoftware

Softwareprogramme, die nach Maßgabe des ABSCHNITTES II als Vertragssoftware zugelassen werden können, müssen alle vertragsspezifischen Funktionalitäten aufweisen (Pflichtfunktionen): Die Definition aller Pflichtfunktionen wird im Pflichtenheft geregelt.

ABSCHNITT II: Zulassungsverfahren

I. Grundsätze des Zulassungsverfahrens

- (1) Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft werden die in ABSCHNITT I beschriebenen und künftig erforderlichen vertragsspezifischen Funktionalitäten der Vertragssoftware in einem Pflichtenheft („**Pflichtenheft**“) dokumentieren. Nicht-vertragsspezifische Funktionalitäten werden im Pflichtenheft nicht beschrieben. Das Pflichtenheft ist für jeweils mindestens 1 Quartal abschließend, d.h. es gibt über die im Pflichtenheft niedergelegten Anforderungen hinaus keine weiteren Anforderungen an die Vertragssoftware.
- (2) Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft werden dieses Pflichtenheft jeweils abstimmen und bei Änderungen das Quartal definieren, ab dem die neu beschriebenen vertragsspezifischen Funktionalitäten verbindlich bzw. optional in einem neuen Release umzusetzen sind. Wird ein solches Pflichtenheft nicht spätestens neun Wochen vor einem Quartalsbeginn in einer abgestimmten Fassung veröffentlicht, müssen darin als verbindlich vorgeschriebene vertragsspezifische Funktionalitäten nicht vor dem Beginn des auf dieses Quartal folgenden Quartals umgesetzt sein.
- (3) Das Pflichtenheft besteht aus vertraulichen Teilen, die Betriebsgeheimnisse der AOK, der BKK und der Managementgesellschaft enthalten, sowie öffentlichen Teilen, die nach Maßgabe der folgenden Absätze offen gelegt werden („**Teil A**“). Bei dem Teil A handelt es sich um eine fachliche Beschreibung der Funktionalitäten für die Herstellung von Vertragssoftware. Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft bestimmen im gegenseitigen Einvernehmen diejenigen Bestandteile des Pflichtenhefts, die vertrauliche Unternehmensgeheimnisse und/oder schützenswertes geistiges Eigentum darstellen und daher nicht öffentlich sind („**Teil B**“). Der Teil B beinhaltet insbesondere
 - a) Substitutionsalgorithmen und die Listen des Arzneimittelmoduls;

- b) Datenbasierte Verschlüsselung für die Managementgesellschaft;
 - c) Beschreibung der Ansteuerung des Konnektors/Online-Keys;
 - d) Anbindung an einen elektronischen Patientenpass;
 - e) Online-Aktualisierung (z.B. des Arzneimittelmoduls);
 - f) Algorithmen zur Steuerung von Heil- und Hilfsmittelverordnungen
 - g) Anbindung an die elektronische Arztvernetzung gem. Anhang 5 zu Anlage 12
- (4) Der Teil B wird im Prüfmodul von vertragspezifischen, nicht dekomplilierbaren Softwarekomponenten und Schnittstellen umgesetzt („**gekapselter Kern**“). Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK und der BKK ein geeignetes Unternehmen („**Entwickler**“) mit der Entwicklung des Prüfmoduls beauftragen. Dabei ist sicherzustellen, dass Herstellern von Vertragssoftwareprogrammen („**Softwarehersteller**“) eine Lizenz für die Nutzung des gekapselten Kerns erteilt werden kann.
- (5) Die Managementgesellschaft wird verpflichtet, allen Softwareherstellern zu gleichen Bedingungen Zugriff auf den gekapselten Kern zu gewähren. Das Verhältnis zwischen dem Softwarehersteller und einem möglichen Entwickler des gekapselten Kerns bestimmt sich ausschließlich nach dem Lizenzvertrag über den gekapselten Kern. Weder die AOK noch die BKK noch die Managementgesellschaft haften für Schäden im Zusammenhang mit der Überlassung des gekapselten Kerns an Softwarehersteller.
- (6) Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK und der BKK jedem Softwarehersteller, der
- a) einen schriftlichen Antrag zur Offenlegung des Teil A an sie richtet,
 - b) seine Fachkunde und Zuverlässigkeit nachweist,
- Teil A zur Verfügung stellen. Der Nachweis nach lit. a) wird in der Regel durch die Vorlage eines Geschäftsberichtes erbracht, der die Tätigkeit des Softwareherstellers auf dem Gebiet der Softwareentwicklung belegt. Falls keine Lizenzvereinbarung zustande kommt, hat der Softwarehersteller das Pflichtenheft an die Managementgesellschaft zurückzugeben.
- (7) Die Managementgesellschaft kann mit Softwareherstellern eine Rahmenvereinbarung schließen, durch die im Hinblick auf die Nutzung durch FACHÄRZTE Rahmenbedingungen für die Belieferung von FACHÄRZTEN einschließlich der Lieferkapazitäten für die Vertragssoftware und die Pflege und Wartung durch den Softwarehersteller vorgegeben werden.

- (8) Die Herstellung und Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Vertragssoftware liegt in der alleinigen Verantwortung des Softwareherstellers. Mit der Überlassung des Teil A wird weder durch die AOK oder BKK noch durch die Managementgesellschaft eine Haftung für seine Eignung, Vollständigkeit oder Richtigkeit zur Herstellung von Vertragssoftware übernommen. Entsprechendes gilt für die Integrationsfähigkeit des gekapselten Kerns in ein Softwareprogramm des Softwareherstellers. Nicht vollständig umgesetzte und/oder veraltete Vertragssoftware-Versionen können zur Ablehnung von übermittelten Daten und zur Ablehnung von Vergütungen gemäß Abschnitte II und III der Anlage 12 führen.
- (9) Die Frist, innerhalb derer die Managementgesellschaft in Abstimmung mit der AOK und der BKK über das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Absatz 6 und damit über die Offenlegung von Teil A entscheidet, soll 3 Wochen nach Eingang aller in Absatz 6 genannten vollständigen Unterlagen bei der Managementgesellschaft nicht überschreiten.

II. Zulassung von Vertragssoftwareprogrammen

- (1) Das Pflichtenheft gemäß vorstehender Ziffer I ist die Grundlage des Zulassungsverfahrens für Softwareprogramme als Vertragssoftware. Auf dem Pflichtenheft aufbauend wird durch die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft ein Kriterienkatalog erstellt, der die Grundlage für die Prüfung von Vertragssoftwareprogrammen ist. Er enthält Pflichtfunktionen und kann optionale Funktionen enthalten bzw. Funktionen, die erst nach einem Übergangszeitraum von optionaler Funktion zur Pflichtfunktion werden. Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK und der BKK auf der Basis des Pflichtenhefts und des Kriterienkatalogs die Durchführung des Zulassungsverfahrens entweder selbstständig oder durch Beauftragung einer neutralen Prüfstelle durchführen.
- (2) Die Zulassung muss für jede neue Programmkomponente, die Kriterien des Kriterienkatalogs nach dem vorstehenden Absatz 1 berührt, und bei erheblichen Abweichungen von bestehenden Programmkomponenten nach Maßgabe von Absatz 2 neu durchgeführt und erteilt werden. Werden Pflichtfunktionen bezüglich einzelner Programmkomponenten nach Prüfung durch die Prüfstelle nicht zugelassen, entfällt die Zulassung des jeweiligen Softwareprogramms als Vertragssoftware insgesamt.
- (3) Mit der Regelung nach diesem ABSCHNITT II vereinbaren die Vertragspartner ausdrücklich eine Abweichung zu § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V im Sinne von § 140a Abs. 2 Satz 1 SGB V, wonach die Zulassung einer Vertragssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung erforderlich ist. Eine solche Zulassung ist für Vertragssoftware zusätzlich nicht erforderlich, damit sie von den FACHÄRZTEN genutzt werden kann.
- (4) Die Managementgesellschaft oder die gemäß Abs. 1 beauftragte Prüfstelle kann auf Veranlassung der Managementgesellschaft, der AOK oder BKK eine bereits zugelas-

sene Vertragssoftware einer außerordentlichen Kontrollprüfung unterziehen. Bei einem sich aus einer solchen außerordentlichen Kontrollprüfung ergebendem, begründeten Verdacht, dass Pflichtfunktionen nicht ordnungsgemäß umgesetzt sind, kann die Managementgesellschaft die Zulassung entziehen. Die betreffenden Pflichtfunktionen sind insbesondere solche mit Auswirkung auf

- (1) die Arzneimittelverordnung,
- (2) die Abrechnung (insbes. ordnungsgemäße Erfassung von Leistungen, Leistungsdatum, Impf- und Diagnoseziffern),
- (3) die Verarbeitung von Formularen z. B. (Überweisungen, Krankenhauseinweisung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung),
- (4) die Erfassung- und Verwaltung des Teilnehmerstatus des FACHARZTES,
- (5) die elektronischen Einschreibung von Versicherten und Erfassung von Versichertenstammdaten,
- (6) die Online-Aktualisierungsfähigkeit bezogen auf die für die Nutzung des Arzneimittelmoduls erforderlichen Informationen.

ABSCHNITT III: Datenübermittlung

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgende Datenübertragungswege sind zulässig: Einsatz eines HZV-Online-Keys.

ABSCHNITT IV: Managementgesellschaft

Der FACHARZT übermittelt sämtliche Leistungsdaten und Verordnungsdaten nach Maßgabe dieses Vertrages über die von ihm genutzte Vertragssoftware an die gemäß § 295a SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite tätige Managementgesellschaft.

Schlichtungsverfahren

AOK, BKK und MEDIVERBUND („Partei“ bzw. „Parteien“) haben sich zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich zwischen ihnen im Zusammenhang mit diesem Vertrag gemäß § 140a SGB V oder über seine Gültigkeit ergeben, auf das wie folgt näher beschriebene Schlichtungsverfahren geeinigt:

§ 1 Grundsätze des Schlichtungsverfahrens

- (1) Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit dem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des in dieser Anlage geregelten Schlichtungsverfahrens zulässig (§ 4 Abs. 3, § 6).
- (2) Die Parteien werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern, um im Falle einer unterbliebenen Einigung im Schlichtungsverfahren eine gerichtliche Auseinandersetzung ohne unangemessene zeitliche Verzögerung zu ermöglichen.
- (3) Die Parteien sollen sich vor einem gerichtlichen Verfahren in einem oder mehreren Schlichtungsgesprächen um eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeit bemühen.

§ 2 Person des Schlichters

- (1) Die Parteien bestimmen spätestens innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Erforderlichkeit die Person eines Schlichters („Erster Schlichter“). Der Erste Schlichter muss die Befähigung zum Richteramt haben. Er soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben.
- (2) Die Parteien bestimmen darüber hinaus spätestens innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Erforderlichkeit einen Stellvertreter des Schlichters, der im Falle der Verhinderung des Ersten Schlichters ein Schlichtungsverfahren durchführen kann. Er muss ebenfalls die Befähigung zum Richteramt haben und soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben. (Erster Schlichter und Stellvertreter einzeln oder zusammen auch „Schlichter“).
- (3) Die Schlichter werden jeweils aufgrund einer gesonderten Vereinbarung mit einer Laufzeit von zwei Jahren als Schlichter verpflichtet. Spätestens einen Monat vor dem Auslaufen dieser Vereinbarungen bestimmen die Parteien einen neuen Schlichter, wenn sie sich bis dahin nicht mit dem jeweiligen Schlichter über eine Fortführung seiner Tätigkeit für jeweils zwei weitere Jahre geeinigt haben. Dies gilt auch im Falle der vorzeitigen Beendigung der Vereinbarung mit dem Schlichter. Die Parteien verständigen sich zum Zwecke des Abschlusses einer solchen Vereinbarung über eine angemessene Vergütung für die Schlichter.

- (4) Der Schlichter hat keine Weisungsrechte und verhält sich grundsätzlich neutral. Er kann jedoch auf Wunsch der beteiligten Parteien eine aktive Vermittlungsrolle einnehmen.
- (5) Die Organisation des Schlichtungsverfahrens wird dem Schlichter übertragen. Einzelheiten hierzu regelt die Vereinbarung mit dem Schlichter.

§ 3 Einleitung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Jede Partei ist zur Einleitung eines Schlichtungsverfahrens über jeden Gegenstand berechtigt, der im Verhältnis zur anderen Partei Gegenstand eines bei einem Gericht anhängigen Rechtsstreits sein kann. Die Einleitung erfolgt durch schriftliche Mitteilung einer Partei an den Ersten Schlichter und die jeweils andere Partei unter
 - a) genauer Bezeichnung des Streitgegenstandes und
 - b) Übermittlung zur Darstellung ihrer Rechtsauffassung geeigneter Unterlagen sowie
 - c) die Bitte an den Schlichter, Schlichtungsverhandlungen gemäß § 4 durchzuführen.
- (2) Durch die an den Ersten Schlichter gemäß dem vorstehenden Absatz übermittelten Unterlagen wird der Gegenstand des Schlichtungsverfahrens bestimmt („**Schlichtungsgegenstand**“). Im Falle seiner Verhinderung oder voraussichtlichen Verhinderung in Schlichtungsverhandlungen nach § 4 übermittelt der Erste Schlichter die zur Einleitung oder Fortführung des Verfahrens erforderlichen Unterlagen unverzüglich an seinen Stellvertreter und informiert die Parteien. Dies gilt entsprechend bei einer späteren Verhinderung des Ersten Schlichters an einem mit den Parteien nach § 4 abgestimmten Termin für das erste Schlichtungsgespräch.
- (3) Die an einem Schlichtungsverfahren gemäß dem vorstehenden Absatz 1 beteiligten Parteien können nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens durch Übermittlung des Schlichtungsbegehrens an den Schlichter nur noch übereinstimmend durch wechselseitige schriftliche Erklärung auf die Durchführung von Schlichtungsverhandlungen gemäß § 4 verzichten. Durch diesen Verzicht gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

§ 4 Schlichtungsverhandlungen

- (1) Der Schlichter (§ 2 Abs. 2) fordert die Parteien spätestens 2 Wochen nach Eingang der Mitteilung des Schlichtungsbegehrens nach § 3 Abs. 1 auf, im Hinblick auf den Schlichtungsgegenstand Schlichtungsverhandlungen zu beginnen. Der Schlichter

schlägt den Parteien mindestens 2 geeignete Termine vor und berücksichtigt dabei die Belange der Parteien.

- (2) Die eingeladenen Parteien sind verpflichtet, sich innerhalb einer von dem Schlichter gesetzten angemessenen Frist mit der Angabe zu melden, zu welchem Termin und mit welchen Teilnehmern sie an den Schlichtungsverhandlungen teilnehmen werden. Das erste Schlichtungsgespräch soll spätestens 3 Wochen nach der Aufforderung durch den Schlichter stattfinden. Terminverlegungen auf einen späteren Zeitpunkt als 3 Wochen nach Aufforderung des Schlichters sind in begründeten Ausnahmefällen möglich.
- (3) Die jeweils andere Partei ist verpflichtet, an diesen Schlichtungsverhandlungen teilzunehmen. Die Parteien werden mindestens einen Schlichtungstermin durchführen.
- (4) Die Parteien können sich im Schlichtungstermin von Rechtsanwälten begleiten oder vertreten lassen. Im Sinne einer zielführenden Schlichtung ist jedoch die Anwesenheit mindestens eines solchen Vertreters jeder beteiligten Partei erforderlich, der zur Entscheidung über eine Einigung über den Schlichtungsgegenstand berechtigt ist.
- (5) Im Sinne einer zielführenden Schlichtung sollen etwaige schriftliche Stellungnahmen mindestens 3 Werktage vor den Schlichtungsverhandlungen an die beteiligte(n) Partei(en) und den Schlichter versandt werden.
- (6) Im Rahmen der Schlichtungsverhandlungen soll möglichst darauf verzichtet werden, den Schlichtungsgegenstand ohne sachlichen Grund und ohne sachgemäße Vorbereitungsmöglichkeit für die übrigen Beteiligten zu ändern oder zu erweitern. Die jeweils andere Partei ist berechtigt, eine Änderung oder Erweiterung des Schlichtungsgegenstandes abzulehnen.

§ 5 Beendigung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Verlangt eine Partei nach Durchführung des ersten Termins der Schlichtungsverhandlungen deren Beendigung, ohne dass eine Einigung über den Gegenstand der Schlichtung erzielt wurde, so fertigt der Schlichter auf Verlangen einer Partei darüber ein Protokoll, das den Schlichtungsgegenstand näher bezeichnet und in dem das Vorbringen der Parteien zum Schlichtungsgegenstand in einer möglichst noch im Schlichtungstermin mit den Parteien abgestimmten Weise zusammengefasst wird. Mit Unterzeichnung des Protokolls durch den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.
- (2) Wird in den Schlichtungsverhandlungen eine Einigung erzielt, und erklären alle beteiligten Parteien, dass sie die Vereinbarung als verbindlich anerkennen, ist darüber ein Protokoll zu fertigen, das von allen an der Schlichtung beteiligten Parteien sowie

dem Schlichter zu unterzeichnen ist. In das Protokoll ist ausdrücklich aufzunehmen, dass eine Einigung erzielt wurde. Mit der Unterzeichnung des Protokolls über die Einigung durch die im Schlichtungstermin anwesenden Parteien und den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

- (3) Das über die Schlichtungsverhandlungen nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 geführte Protokoll ist ein Ergebnis-, kein Verlaufsprotokoll. Das Protokoll kann eine Vertraulichkeitsvereinbarung enthalten. Sämtliche Parteien erhalten unverzüglich eine Abschrift des Protokolls.
- (4) Wird in dem Schlichtungsverfahren keine Einigung im Sinne des vorstehenden Absatz 2 erzielt, kann jede der Parteien des Schlichtungsverfahrens den Rechtsweg beschreiten. Die Beendigung des Schlichtungsverfahrens steht einem einvernehmlichen Neubeginn nicht entgegen.
- (5) Die Parteien des Schlichtungsverfahrens sind damit einverstanden, dass der Lauf gesetzlicher oder vertraglicher Verjährungsfristen in Bezug auf den Schlichtungsgegenstand bis zum Abschluss des obligatorischen Schlichtungsverfahrens gehemmt ist. § 203 BGB gilt entsprechend.

§ 6 Vertraulichkeit

Die Parteien sowie alle an den Schlichtungsverhandlungen beteiligten Personen sowie solche, die an gemeinsamen oder getrennten Sitzungen zwischen den Parteien teilgenommen haben, haben die Inhalte der Verhandlungen sowohl während als auch nach der Beendigung des Schlichtungstermins als vertraulich zu behandeln. Sie dürfen, soweit nicht anderweitig vereinbart, Dritten gegenüber keine Informationen offen legen, die das jeweilige Schlichtungsverfahren betreffen oder die sie in dessen Verlauf erhalten haben. Soweit eine Partei dies fordert, haben die Personen, die an Schlichtungsverhandlungen teilnehmen, eine Vertraulichkeitserklärung zu unterzeichnen.

§ 7 Kosten des Schlichtungsverfahrens

Die an dem Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien tragen das Honorar des Schlichters und dessen Auslagen sowie die notwendigen Kosten des Schlichtungsverfahrens (Sekretariatsaufwand; Portokosten; Raummiete, etc.) zu gleichen Teilen und haften dafür als Gesamtschuldner. Im Übrigen trägt jede Partei ihre Kosten selbst.

ABSCHNITT II: LAUFZEIT

Die zeitliche Geltung dieser Vergütungsvereinbarung richtet sich nach § 19 Abs. 2 des Vertrages.

ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

I. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1)

Der Leistungsumfang nach diesem Vertrag bestimmt sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 12**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach ABSCHNITT II werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V berücksichtigt bzw. entfallen im Ziffernkranz nach **Anhang 1**, soweit die AOK, die BKK und der MEDIVERBUND insoweit keine abweichende Regelung treffen. **Aufgrund § 135 SGB V in diesem Sinne notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 1 stimmt der FACHARZT bereits jetzt zu.**

II. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten, die ihn im Rahmen des AOK-Facharztprogrammes bzw. des Bosch BKK-Facharztprogramms Pneumologie in Anspruch genommen haben

- (1) Der FACHARZT rechnet für die Versicherten die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen gemäß ABSCHNITT I („Vergütungspositionen“) ab. Damit sind grundsätzlich alle vom AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie erfassten Leistungen abgegolten. Die im Ziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12) enthaltenen Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht gegenüber der KV abgerechnet werden. Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der Praxis. Des Weiteren gilt § 19 Abs. 14 des Vertrages.
- (2) **Verfügt ein am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie teilnehmender FACHARZT nicht über die entsprechenden Qualifikations- oder Ausstattungsvoraussetzungen, sollen solche Leistungen - soweit medizinisch erforderlich - im Rahmen eines Zielauftrags als Auftragsleistung an einen FACHARZT überwiesen werden. Von dieser Regel kann nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden.** Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).

- (3) **Im Rahmen dieses Vertrages muss der FACHARZT alle im Ziffernkranz als obligatorisch gekennzeichneten Leistungen, soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll, erbringen. Hierfür sind keine Überweisungen auszustellen. Die im Ziffernkranz als nicht-obligatorisch gekennzeichneten Leistungen muss der FACHARZT - soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll - dann im Rahmen dieses Vertrages erbringen, wenn die Praxis/BAG diese Leistung bislang in der Regelversorgung und/oder im AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm erbracht hat bzw. weiter erbringt.** Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).

Der FACHARZT muss Leistungen, soweit medizinisch erforderlich, die ihm in diesem Vertrag über den Qualitätszuschlag vergütet werden, erbringen.

- (4) Pro Tag wird nur ein Arzt-Patienten-Kontakt gezählt.
- (5) Arzt-Patienten-Kontakte sind wie nachfolgend definiert:
- a) Ein APK beschreibt die Interaktion eines Hausarztes bzw. FACHARZTES und/oder eines/r medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters/in und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur haus- bzw. fachärztlichen Versorgung des Patienten.
 - b) Ein persönlicher APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) in räumlicher und zeitlicher Einheit erfolgt.
 - c) Ein telemedizinischer APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) außerhalb der räumlichen und/oder zeitlichen Einheit erfolgt. Der telemedizinischer APK umfasst auch die Telefonie.
 - d) Der persönliche wie auch der telemedizinische APK können auch im Weg der Delegation nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen.
 - e) Ein Ausschluss der (nichtärztlichen) Delegation nach lit. d) ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

Telemedizinische Kontakte gem. lit. c) sind mit der **Ziffer "FBE"** zu dokumentieren.

III. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten im Vertretungsfall

Im Vertretungsfall wird die Vertreterpauschale V1 über das AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie abgerechnet.

IV. Besonderheiten bei Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ

(1) Berufsausübungsgemeinschaften („**BAG**“) im Sinne dieses Vertrages sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse

a) von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder

b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und MVZ oder

c) MVZ untereinander

zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. **Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der BAG.**

(2) Innerhalb eines MVZ gilt für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum des MVZ.

(3) Werden Leistungen gemäß Anhang 1 nicht durch den abrechnenden FACHARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages. Auch die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag, die bereits im Vertrag nach § 73b SGB V oder einem anderen Vertrag nach § 73c SGB V a.F. bzw. § 140a SGB V mit der AOK bzw. BKK abgerechnet werden, ist eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.

(4) Die Abrechnung von Vertretungsfällen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

(5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), einer Arztpraxis mit angestellten Ärzten und eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) gilt. Grundsätzlich können angestellte Ärzte nur dann im Rahmen des Vertrages tätig

werden, wenn auch eine Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 96 SGB V) für eine Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 32b der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Ärzte) vorliegt. Aus Gründen der flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung im Rahmen des Vertrages gem. § 140a SGB V kann der Beirat gem. § 22 des Vertrages Ausnahmen hiervon beschließen, die befristet werden können.

V. Umfang von Leistungen, die weiterhin über KV abgerechnet werden können

Doppel- und Zusätzlich zur Vergütung nach diesem Vertrag darf ein FACHARZT weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM im Einzelfall die fachärztlichen Leistungen über die KV abrechnen, die nicht im Ziffernkranz gemäß Anhang 1 dieser Anlage aufgeführt sind.

VI. Fehlabrechnungen

- (1) Eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK bzw. BKK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 73c Abs. 6 SGB V a.F. bzw. § 140a Abs. 6 SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem FACHARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK bzw. der BKK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK bzw. BKK im Falle einer Doppelabrechnung den gegenüber der KV von dem FACHARZT abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern der FACHARZT nicht nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung von Vergütungsansprüchen des FACHARZTES nach diesem Vertrag berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (2) Für den bei einer Doppelabrechnung gemäß § 19 Abs. 1 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der AOK bzw. der BKK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der KV abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK bzw. BKK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK bzw. BKK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die

Managementgesellschaft der AOK bzw. BKK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

- (3) Für den bei einer Fehlabbrechnung gemäß § 19 Abs. 9 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der AOK bzw. BKK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der Managementgesellschaft abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK bzw. BKK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK bzw. BKK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK bzw. BKK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

ABSCHNITT IV: ABRECHNUNGSVERFAHREN

I. Abrechnung der vertraglichen Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- a) Der FACHARZT ist, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes nach dem vorstehenden Abschnitt I, bei jedem FACHARZT-Patienten-Kontakt verpflichtet, bezogen auf eingeschriebene Versicherte das Leistungsdatum und alle behandlungsrelevanten Diagnosen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten – vollständig und unter Auswahl des spezifischen, endstelligen ICD-10-Codes über die Vertragssoftware zu übermitteln.
- b) Der FACHARZT ist verpflichtet, spätestens 5 Arbeitstage (Zugang bei der Managementgesellschaft) vor Übermittlung der Abrechnung nach diesem Vertrag Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die Managementgesellschaft zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.
- c) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem FACHARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die Managementgesellschaft zu melden.
- d) Die Managementgesellschaft wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den FACHARZT auf den vertraglichen Vergütungsanspruch leisten.

II. Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK nach diesem Vertrag

- (1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der AOK bzw. BKK verpflichtet, die Vertragsabrechnung des FACHARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 12** unter Zugrundelegung der in **Anlage 13** enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.
- (2) Die Managementgesellschaft ermittelt für jeden FACHARZT die folgenden abrechnungsrelevanten Kriterien:

Erfüllen der Voraussetzung für die Qualitätszuschläge

- Q 1: Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie

- Q 2: Qualitätszuschlag "EFA®" gem. Anhang 4 zu Anlage 12
 - Q 5: Strukturzuschlag Röntgen
 - Q 6: Strukturzuschlag Sonographie
 - Q 7: Strukturzuschlag Duplexsonographie
 - Q 8: Strukturzuschlag FeNO-Messung
- (3) Die Managementgesellschaft übersendet der AOK und der BKK nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des FACHARZTES nach diesem Vertrag zur Prüfung. Die AOK und die BKK haben eine Prüffrist von 25 Arbeitstagen („Kassen-Prüffrist“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in Anlage 13 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen. Ist die AOK bzw. die BKK der Auffassung, dass die ihr von der Managementgesellschaft übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser Anlage 12 entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der Managementgesellschaft schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („Rüge“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge.
- a) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist keine Rüge, ist die AOK bzw. BKK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der AOK- bzw. BKK-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist. Die AOK und die BKK erhalten unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete AOK- bzw. BKK-Abrechnung gilt als abgestimmte Kassen-Abrechnung („**abgestimmte Kassen-Abrechnung**“). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen werden die AOK und die BKK auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.
- b) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK bzw. BKK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Rüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Sie erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung innerhalb der Zahlungsfrist, die nach Ablauf der Prüffrist beginnt, hinsichtlich des Betrages der unbeanstandeten Abrechnungspositionen eine Rechnung.
- c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK- bzw. BKK-Abrechnung überprüft die Managementgesellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung

übersendet sie der AOK bzw. BKK für das Folgequartal eine Rechnung, die entweder auf einer gemäß der Rüge korrigierten Abrechnungsdatei oder der bisherigen Abrechnungsdatei beruht, wenn diese auch nach ihrer erneuten Prüfung fehlerfrei ist. Die Rechnung gilt unbeschadet der Absätze 2 und 4 des § 20 des Vertrages als abgestimmte Kassen-Abrechnung. Die Zahlungsfrist für den sich aus dieser Rechnung ergebenden Teil des Anspruches nach § 20 Abs. 1 des Vertrages läuft ab Zugang dieser Rechnung.

- (4) Die AOK und die BKK haben ihre Zahlungen auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der AOK und der BKK schriftlich benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK bzw. die BKK in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens der Managementgesellschaft bleibt unberührt.
- (5) Die AOK und die BKK leisten an die Managementgesellschaft jeweils monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 20 EURO pro Abrechnungsfall (keine Auftragsleistungen) auf das Abrechnungskonto. Diese Abschlagszahlung ist am 10. Kalendertag eines jeden Monats fällig. Basis für die Berechnung sind die Daten, die für das vorausgegangene Quartal zur Abrechnung eingereicht wurden. Nach Übermittlung durch die Managementgesellschaft haben die AOK und die BKK zur Ermittlung der Anzahl der Abrechnungsfälle 12 Arbeitstage Zeit. Falls die Abrechnungsdaten eines Quartales von der Managementgesellschaft nicht mindestens 12 Arbeitstage vor dem 10. Kalendertag eines Monats vorliegen, verzögert sich die Auszahlung der Abschlagszahlung entsprechend.
- (6) Die Abschlagszahlungen nach Absatz 5 dienen der Herstellung der für die Abrechnung durch die Managementgesellschaft erforderlichen Liquidität. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 4 entsprechend.
- (7) Übersteigt die Summe der Abschlagszahlungen des Abrechnungsquartals (§ 19 Abs. 3 des Vertrages) den Betrag gemäß der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung für dieses Abrechnungsquartal, liegt eine Zuvielzahlung an die Managementgesellschaft vor („**Zuvielzahlung**“). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („**Minderzahlung**“).
- (8) Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die Managementgesellschaft Anspruch auf den vollen Differenzbetrag, den die Abschlagszahlungen hinter dem Betrag der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung zurückbleiben. Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Zuvielzahlung

festgestellt, verbleibt der Betrag der Zuvielzahlung bis zur nächsten abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung im folgenden Abrechnungsquartal bei der Managementgesellschaft.

- (9) Im zweiten, d.h. dem folgenden Abrechnungsquartal werden die Summe der Abschlagszahlungen des ersten und zweiten Abrechnungsquartals und die Summe der Anspruchsbeträge der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnungen beider Abrechnungsquartale saldiert. Ist bezogen auf beide Quartale eine Zuvielzahlung erfolgt, erstattet die Managementgesellschaft den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide Abrechnungsquartale eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK bzw. BKK den Differenzbetrag an die Managementgesellschaft.
- (10) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 6 und 7 über jeweils zwei Abrechnungsquartale sinngemäß fortgeführt. In der nach Vertragsbeendigung gemäß § 25 des Vertrages erfolgenden letzten Abrechnung wird eine dann etwa vorliegende Zuviel- oder Minderzahlung endgültig ausgeglichen.

ABSCHNITT V: ANHÄNGE

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 12**:

Anhang 1 zu Anlage 12: Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz Pneumologie

Anhang 2 zu Anlage 12: Diagnosenliste (ICD 10 Kodierungen)

Anhang 3 zu Anlage 12: Zuschläge Rationale Pharmakotherapie

Anhang 4 zu Anlage 12: Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis („EFA“)

Anhang 5 zu Anlage 12: Elektronische Arztvernetzung

Anhang 6 zu Anlage 12: Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

Pneumologie

Vergütungsposition

**Versorgungsinhalte
zur Pneumologie im
Überblick**

**Praxisbezogene-(BSNR)
Vergütungsregeln**

Betrag

Soweit in dieser Anlage 12 Verlinkungen auf Websites erfolgen, dienen deren Inhalte lediglich der Informationsbeschaffung zu den Versorgungs- und Leistungsinhalten nach diesem Vertrag.

1. Grundpauschalen

Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.

Im gleichen Quartal nicht neben Auftragsleistungen abrechenbar

Grundpauschale

P1

Grundlagen einer evidenzbasierten, biopsychosozialen Medizin mit dem Ziel bestmöglicher Patientenversorgung

Wandel im Krankheitsspektrum der Bevölkerung auch zur Pneumologie:

- Seit etwa Mitte des vergangenen Jahrhunderts kommt es zu einem dramatischen Anstieg der Häufigkeit nicht übertragbarer chronischer Krankheiten.
- Ursache dieser Entwicklung ist wesentlich auch das Zusammenspiel des sog. tödlichen Quartetts Fehlernährung, Bewegungsmangel, Tabak- und Alkoholkonsum in einer Gesellschaft des längeren Lebens, letzteres von Geburt an in den Industrienationen (www.svr-gesundheit.de „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens 2009“).

Einmal pro Abrechnungsquartal abrechenbar, sofern mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)).

P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §73c-/§140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES vorliegt.

Nicht im selben Quartal mit V1 und/oder Auftragsleistungen abrechenbar.

25,00 €

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

- Nikotinabusus beginnt häufig bereits im Jugendalter – aktuell zunehmend junge Frauen – und führt etwa 20 Jahre später u.v.a. häufig zur chronischen Bronchitis, ab etwa Mitte 40 zur COPD oder/und zum Lungenkarzinom wie auch zum Lungenemphysem und begünstigt Asthma bronchiale, ggf. auch Pneumothorax, akute Infekte usw.
(www.rki.de Themenhefte und Gesundheitsbericht; Hausen Pneumologie für die Praxis, Urban & Fischer 2018; Köhler et al. Pneumologie 2. Auflage Kapitel Raucherentwöhnung Schlusspunktmethode usw.; Herold und Mitarbeiter Innere Medizin 2021 Kapitel Pneumologie und Suchterkrankungen u.a.).

Die Förderung eines biopsychosozial präventiv-modularen Versorgungsmodells ist daher wesentliches Ziel für die bestmögliche Patientenversorgung (Hurrelmann et al. Hrsg. Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber 2014; www.dnebem.de; www.herold-innere-medizin.de S. 22 ff u.a.).

Zudem berücksichtigt werden hier gemäß „Klug entscheiden“ als Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) unter Teilnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin gegen Über-, Unter- und Fehlversorgung nach jeweils aktuellem Stand wie folgt für die Versorgung (www.klug-entscheiden.com)

Positivempfehlungen hier ...

1. **„Jedem Raucher mit einer Lungenerkrankung soll eine strukturierte Tabakentwöhnung angeboten werden.**
2. Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen sollen ab dem 60. Lebensjahr **gegen Influenza und Pneumokokken** geimpft werden.

HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine P1 abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

3. Nach einer akuten Exazerbation einer COPD, die zu einem Krankenhausaufenthalt führte, soll eine pneumologische **Rehabilitation** erfolgen.“

Negativempfehlungen hier ...

1. „Eine akute unkomplizierte Bronchitis bei Patienten **ohne chronische Lungenerkrankung** soll **nicht mit einem Antibiotikum** behandelt werden.
2. Bei einer niedrig klinischen Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Lungenembolie und negativen D-Dimeren soll **keine CT-Angiografie der Lunge** durchgeführt werden.
3. Bei Patienten mit **obstruktiven Atemwegserkrankungen wie Asthma und COPD** soll eine Therapie mit Inhalatoren nicht begonnen oder geändert werden, ohne dass der Patient im **Gebrauch des Inhalationssystems geschult** ist und korrekte Anwendung der Inhalatoren **überprüft** werden.
4. Bei Patienten, denen im Krankenhaus wegen einer akuten Verschlechterung ihrer Erkrankung eine **Sauerstoff-Therapie** verordnet wurde, soll ohne **Überprüfung** der Notwendigkeit (weiter andauernde Hypoxämie) keine Weiterverordnung erfolgen (...).“

Schnittstelle HAUSARZT (Allgemeinmedizin, Innere Medizin)/PNEUMOLOGE

Präambel: HAUSÄRZTE im HZV-Vertrag nehmen grundsätzlich am DMP teil

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Die Rolle des HAUSARZTES</p> <ul style="list-style-type: none">• Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung• Biopsychosoziale Anamnese• Klinische Untersuchung• Ggf. Laboruntersuchung• Ggf. apparative Diagnostik• Korrekte spezifische Behandlungsdiagnosen mit Schlüsselnummern der aktuellen ICD-GM in der jeweils geltenden Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose) zur Einleitung der entsprechenden leitlinienorientierten bzw. evidenzbasierten Behandlungswege nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand• Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie des Patienten gemäß aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand (auch nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version bzw. aktueller Fachbuchliteratur)• Die Überweisung vom HAUSARZT zum PNEUMOLOGEN erfolgt u.a. mit (Begleit-) Diagnosen, Befunden (ggf. Labor, Vorberichte) und Medikamentenplan• Ggf. andere Besonderheiten wie z.B. häusliche Umstände <p>Befundbericht an den HAUSARZT durch den PNEUMOLOGEN v.a. insgesamt</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnosestellung mit korrekten und spezifischen Behandlungsdiagnosen (mit Schlüsselnummern der jeweils geltenden ICD-GM-Fassung)• Laborparameter ggf. zur Differentialdiagnose (ggf. bereits teilweise durch den HAUSARZT erfolgt) | | |
|--|---|--|--|

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

- Therapieempfehlungen ggf. mit Medikamentenplan – Folgeverordnungen finden beim HAUSARZT statt, sofern der HAUSARZT diese verordnen kann und möchte, einschl. Impfstatus
- Festlegung von Kriterien, die zur erneuten Überweisung zum PNEUMOLOGEN führen sollen, z.B. Verlaufskontrollen, wiederkehrenden therapeutischen Maßnahmen oder bei rezidivierenden Symptomen
- Nicht-medikamentöse Beratungsinhalte zur Förderung der Prävention v.a. zur Gewichts-optimierung, Nikotinkarenz, körperlichen Aktivität usw. zur Verbesserung der Organ- bzw. hier v.a. der Lungenfunktion
- (Psycho-)soziale Empfehlungen auch via Sozialem Dienst der AOK bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK u.a. zur Pflege, Förderung der Teilhabe am Leben insbesondere bei Lungen-/Bronchialkarzinom, COPD, Mukoviszidose, Lungenerkrankung mit instabilen Pflegesetting (Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht) in Verbindung mit mindestens einem psychosozialen Kontextfaktor.

Facharztebene PNEUMOLOGIE

Allgemeine Grundlagen

Diagnostik z.B.

- **biopsychosoziale Anamnese**
 - Beschwerden, Vorerkrankungen, Raucherstatus, Lebensstil, Medikamente, familiäre Anamnese, Beruf, Freizeit, Auslandsaufenthalte, Impfstatus usw.
 - Allergieranamnese
 - Schlafanamnese
- klinische Untersuchung
- ggf. Labor
- ggf. technisch

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|--------------------------------|--|---|---------------|
| | <ul style="list-style-type: none">○ Lungenfunktionsdiagnostik (u.a. Puls-oxymetrie, Blutgasanalyse, Bodyplethysmografie)○ Belastungsuntersuchungen○ bildgebende Verfahren○ endoskopische Verfahren <p>Therapie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none">● nicht-medikamentös u.a.<ul style="list-style-type: none">○ zur Vermeidung von Risikofaktoren wie Rauchstopp s.u.○ Verbesserung von Lebensstil und Förderung von Prävention○ Förderung von Schutzimpfungen in Abstimmung mit HAUSARZT● medikamentös u.a.<ul style="list-style-type: none">○ je nach Alter, Geschlecht und Morbidität Beachtung von Polypharmazie/Wechselwirkungen○ Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) z.B. www.priscus.de <p>Procedere</p> <ul style="list-style-type: none">● Gemeinsame Therapieentscheidung je nach akutem oder chronischem Versorgungsaufwand wie u.g. <p>Bericht an den HAUSARZT zur spezifischen Diagnose und zur biopsychosozialen Versorgung</p> | | |
| Grundpauschale P1UE | Siehe P1 | <p>Einmal pro Abrechnungsquartal abrechenbar, sofern</p> <ul style="list-style-type: none">● eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt.● mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)).</p> <p>Nur additiv zu P1 abrechenbar.</p> | 5,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| 2. Zusatzpauschalen/Beratungsgespräche Nicht im gleichen Quartal neben Auftragsleistungen abrechenbar | | | |
|---|--|---|----------------|
| P2 | Akute Erkrankungen Versorgung speziell bei akuten Erkrankungen wie Infektionen, auch schlafbezogene Atmungsstörungen Spezifische fachärztliche Kodierung gemäß www.dimdi.de bzw. BfArM Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bzw. aktueller WHO ICD-Fassung (siehe Anhang 2 zu Anlage 12) <ul style="list-style-type: none">• Diagnostik wie o.g. je nach Klinik usw.• Therapie je nach Befund und auslösenden Faktoren bzw. kausale und symptomatische Maßnahmen bzw. nicht-medikamentöse und/oder medikamentöse Therapie usw. s.o. | <ul style="list-style-type: none">• Abrechenbar bei gesicherten Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12• Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))• Maximal 1 x pro Quartal abrechenbar• Maximal 2 x im Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) abrechenbar• Nicht am gleichen Tag neben BG1 abrechenbar | 13,00 € |
| BG1 | Chronische Erkrankungen Versorgung bei chronischen Erkrankungen einschl. Zeit für die Beratung gemäß biopsychosozialem Versorgungsmodell s.o. Spezifische fachärztliche Kodierung gemäß www.dimdi.de bzw. BfArM Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bzw. aktueller WHO ICD-Fassung (siehe Anhang 2 zu Anlage 12) Obstruktive Ventilationsstörungen Asthma und COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) | <ul style="list-style-type: none">• Abrechenbar bei gesicherten Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12• Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))• 1 Einheit à 10 Minuten• Maximal 1 Einheit pro Tag abrechenbar• Maximal 8 Einheiten pro Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) abrechenbar• Nicht am gleichen Tag neben P2 abrechenbar | 18,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none">• Asthma und COPD sind weltweit die häufigsten und sozioökonomisch bedeutsamsten Lungenkrankheiten<ul style="list-style-type: none">○ insbesondere COPD-Patienten sind nachhaltig auf die Kausalität ihrer Beschwerden durch Nikotinabhängigkeit hinzuweisen und zu unterstützen, um Exazerbationen und Komplikationen vorzubeugen mit irreversiblen Folgen○ Tabakentwöhnung, Steigerung körperlicher Belastbarkeit und strukturierte Versorgungsplanung sind massgebliche Ziele○ notwendig bei Asthma auch die Kontrolle der Therapieadhärenz, der Inhalationstechnik und auch u.a. aggravierender Faktoren wie gastroösophagealer Reflux oder Sinusitis○ (psycho-)soziale Empfehlungen auch via Sozialem Dienst der AOK bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK u.a. zur Pflege, Förderung der Teilhabe am Leben insbesondere bei Lungen-/Bronchialkarzinom, COPD, Mukoviszidose, Lungenerkrankung mit instabilen Pflegesetting (Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht) in Verbindung mit mindestens einem psychosozialen Kontextfaktor (Durchführung via HAUSARZT s.o.)○ Einschreibung jedes Patienten/jeder Patientin in das DMP, weil damit eine Verminderung von Krankenhauseinweisungen, ambulanten Notfallbehandlungen durch verbessertes Selbstmanagement nachgewiesen wurde u.a.. <p>Versorgungsaufwand Asthma zur Minderung von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Überblick</p> | | |
|--|---|--|--|

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Nicht-medikamentöse Therapie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none">• regelmäßiges körperliches Training zur Verbesserung des Verlaufs und der Infektresistenz, z.B. Ansprechen der Befürchtung einer Asthmaverschlimmerung durch Training und Ermutigung zur körperlichen Aktivität• Förderung einer gesunden z.B. mediterranen Ernährung und Gewichtsoptimierung zur Verminderung der Dyspnoe• Rauchstopp durch zielorientierte gemeinsame Entscheidungsfindung, z.B. mittels Minimal (ABC Ansatz)/Kurzintervention (5A/5R)/Motivational Interview usw. je nach individueller Motivationslage• Förderung des Patienten-Selbstmanagements und der Eigenkompetenzen zudem durch entsprechende Informationsmaterialien zur Unterstützung der Lebensführung, z.B. auch via www.bzga.de, www.rauchfrei-info.de, www.dkfz.de, www.tabakkontrolle.de, DMP Curaplan, AOK Gesundheitsangebote & Präventionsberater www.aok.de, Patientenbegleitung www.bosch-bkk.de usw. bzw. gemäß individuellem Bedarf orientiert am Nutzen für den Patienten. <p>Medikamentöse Therapie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none">• nach Stufenschema der jeweils aktuellen Leitlinien mit dem Ziel einer möglichst vollständigen Asthmakontrolle unter Berücksichtigung der rationalen Pharmakotherapie bzw. als wirtschaftliche und evidenzbasierte Arzneiverordnung.• nachhaltige Förderung der Adhärenz z.B. Ansprechen der „Kortisonangst“ zur regelmäßigen Anwendung inhalativer Glukokortikoide, Verordnung und Dosierung als Dauertherapie wie auch zum Inhalationssystem | | |
|--|---|--|--|

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Vermeidung oraler Steroide durch Optimierung der Asthma-Therapie zur Reduktion mittel- und langfristiger Folgen der oralen Steroidtherapie (Steroiddiabetes, Steroidmyopathie, Osteoporose)• monoklonale Antikörper bei therapierefraktärem schwerem Asthma bronchiale gemäß jeweiliger Zulassung• Aufklärung und gemeinsame Versorgungsplanung mit dem Patienten und ggf. Angehörigen <p>Versorgungsaufwand COPD zur Minderung von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Überblick</p> <p>Nicht-medikamentöse Therapie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none">• regelmäßiges körperliches Training zur Verbesserung des Verlaufs und der Infektoresistenz, z.B. Ansprechen der Befürchtung einer Verschlimmerung durch Training und Ermutigung zur körperlichen Aktivität• Förderung einer gesunden z.B. mediterranen Ernährung und Gewichtsoptimierung zur Verminderung der Dyspnoe• Konsequenter Rauchstopp als kausale Behandlungsgrundlage hier lebenswichtig, daher u.a. zielorientierte gemeinsame Entscheidungsfindung, z.B. mittels Minimal (ABC Ansatz)/Kurzintervention (5A/5R)/Motivational Interview usw. je nach individueller Motivationslage• Förderung des Patienten-Selbstmanagements und der Eigenkompetenzen durch entsprechende Informationsmaterialien zur Unterstützung, z.B. via www.bzga.de, www.rauchfrei-info.de, www.dkfz.de, www.tabakkontrolle.de, DMP Curaplan, AOK Gesundheitsangebote | | |
|--|---|--|--|

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>& Präventionsberater www.aok.de, Patientenbegleitung www.bosch-bkk.de usw. bzw. gemäß individuellem Bedarf orientiert am Nutzen für den Patienten.</p> <p>Medikamentöse Therapie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none">• medikamentöse Therapie gemäß Empfehlungen der jeweils aktuellen Leitlinien unter Berücksichtigung der rationalen Pharmakotherapie bzw. als wirtschaftliche und evidenzbasierte Arzneiverordnung• zu beachten, dass die Therapie hier symptomatisch ist, daher kausal der Rauchstopp elementar wichtig. <p>Ergänzend:</p> <ul style="list-style-type: none">• gemeinsame Entscheidungsfindung und Versorgungsplanung zur Aufrechterhaltung von Motivation und Adhärenz, Beachtung von Komorbiditäten wie v.a. hier Depressivität (2-Fragen-Test als Screening z.B.)• multidisziplinäre Versorgung biopsychosozial (s.o. auch Abstimmung mit dem HAUSARZT)• auch BODE Body-Mass-Index; FEV1-Einschränkung (Obstruktion), Dyspnoeempfinden, Belastbarkeit (Exercise capacity), weil die BODE-Scorebereiche besser mit der Gesamtmortalität und der COPD-bedingten Letalität korrelieren• Rehabilitation stets zu fördern <p>Versorgungsaufwand Onkologische Erkrankungen z.B.</p> <ul style="list-style-type: none">• Gemäß Initiative „Klug entscheiden“ u.a. eine Über- oder Unterversorgung vermeiden und die gemeinsame Entscheidungsfindung fördern auch unter den Aspekten Selbstbestimmung (Autonomie), Schadensvermeidung (Nonmalefizien) und Fürsorge (Benefizienz). | | |
|--|--|--|--|

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Ausführliche Rücksprache zu Möglichkeiten von palliativer biopsychosozialer multidisziplinäre Betreuung von palliativer biopsychosozialer multidisziplinärer Betreuung, ggf. mit den Angehörigen auf Wunsch des Patienten (s.o. HAUSARZT). <p>Versorgungsaufwand Respiratorische Insuffizienz u.a.</p> <ul style="list-style-type: none">• neben der kausalen Behandlung der Grunderkrankung gilt hierzu die (Langzeit-)Sauerstofftherapie und Beatmungstherapie mit intensivierter Aufklärung zur Anwendung einsch. Überprüfung und ebenfalls aller nicht-medikamentösen Maßnahmen und medikamentöser Versorgung (s.o. HAUSARZT). <p>Versorgungsaufwand Schlafstörungen ergänzend v.a.</p> <ul style="list-style-type: none">• umfassende Aufklärung sowie intensivierete Beratung zu präexistenten Risikofaktoren mit -Management v.a. Gewichtsreduktion, Verzicht auf Alkohol, Nikotin und apnoeverstärkende Medikamente• ausführliche gemeinsame Entscheidungsfindung sowie Beratung zu alternativen Therapieoptionen• strukturiertes, regelmäßiges Follow-up zur Förderung der Therapieadhärenz und des Therapieerfolgs sowie zur Therapieanpassung (s.o. HAUSARZT) <p>Versorgungsaufwand seltene Erkrankungen ergänzend v.a.</p> | | |
|--|---|--|--|

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|--------------|--|---|-----------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> abhängig von Diagnose und Verlauf multidisziplinäre biopsychosoziale Versorgung mitentsprechender Koordination und Kommunikation Beratung medikamentös mit der Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit und nicht-medikamentöser Maßnahmen wie Rauchstopp, Gewichtsoptimierung, körperlicher Aktivität usw. situativ und individuell (s.o. HAUSARZT) <p>Quellen u.a. www.lungensport.org; www.atemwegsliga.de; www.pneumologenverband.de; www.versorgungsleitlinien.de/themen/copd www.sportprogesundheit.de; www.goldcopd.org; www.emphysem-info.de; www.deutsche-rentenversicherung.de; Patientenleitlinie zur NVL COPD Deutscher Ärzteverlag www.aerzteverlag.de; www.tabakkontrolle.de DKFZ Heidelberg; www.rauchfrei-programm.de; www.bzga.de; www.awmf.org S3-Leitlinie mit motivierender Gesprächsführung u.a. 5-A-Regel; W. Banzer Hrsg: Körperliche Aktivität und Gesundheit, Springer 2016 Th. Hausen: Pneumologie für die Praxis, Urban & Fischer 2018; G. Herold Hrsg mit über 100 AutorInnen: Innere Medizin, Köln 2021 bzw. aktueller Stand jährlich; Köhler et al. Pneumologie: 2. Auflage Thieme Verlag. www.awmf.org/medizin-vesorgung/gemeinsam-klug-entscheiden.html usw..</p> | | |
| BG2A1 | <p>Intensivierte Einzel-Beratung zum Rauchstopp, wenn motivierende Kurzgespräche nicht ausreichen um die Rauchstopp-Rate zu erhöhen mit entsprechender Dokumentation Raucher ja/nein bei Asthma/COPD</p> <ul style="list-style-type: none"> gemäß ICD 10 F17.1 i.V.m. Anlage 2 und insbesondere F17.2 gemäß Anhang 2 zu Anlage 17 eine intensivere und individualisierte Beratung zum Rauchstopp, die über das ärztliche Ansprechen/Anraten in der Sprechstunde hinausgeht. Durch diese soll bei Rauchenden | <ul style="list-style-type: none"> Abrechenbar bei gesicherten Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12 Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) 1 Einheit à 5 Minuten Maximal 1 Einheit pro Tag abrechenbar Maximal 3 Einheiten im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. Qualifikationsgebunden gem. Anl. 2 | <p>10,00 €</p> |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|---------------------|---|---|-----------------------|
| | <p>das Bewusstsein gefördert werden, weitergehenden Schaden an sich selber zu vermeiden und die Möglichkeiten/Techniken zum Rauchstopp als wichtigste (kausale) therapeutische Maßnahme für viele Lungenerkrankungen, insbesondere die COPD und das Lungenemphysem, vermittelt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Einzel-Beratung sollte gemäß DMP Motivation des Patienten zum Tabakverzicht unter Verwendung des Stufenplans „Frei von Tabak“ erfolgen. • Erstkontakt, dann einen Folgekontakt wenige Tage nach dem Aufhörtag, weitere Kontakte während 6-12 Monaten, nachfragen bei üblichen Konsultationen gemäß BÄK • zudem belegt ist eine Effektivitätssteigerung für die Kombination von Kurzinterventionen und der Bereitstellung von Selbsthilfematerialien (QiSA Band E1) • praktische Hilfestellungen zur Förderung des Selbstmanagements z.B. www.bzga.de, www.rauchfrei-info.de, www.dkfz.de, www.tabakkontrolle.de, DMP Curaplan, AOK Gesundheitsangebote & Präventionsberater www.aok.de, Patientenbegleitung www.bosch-bkk.de usw. | <ul style="list-style-type: none"> • Nicht am gleichen Tag neben BG2A2, BG3A/B abrechenbar • Nicht im gleichen Krankheitsfall neben 92020 (DMP) abrechenbar | |
| <p>BG2A2</p> | <p>Intensivierte Einzel-Beratung zum Rauchstopp, wenn motivierende Kurzgespräche nicht ausreichen und um die Rauchstopp-Rate zu erhöhen mit entsprechender Dokumentation Raucher ja/nein</p> <p>bei sonstigen Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • gemäß ICD 10 F17.1 und insbesondere F17.2 gemäß Anhang 2 zu Anlage 17 • Eine intensivere und individualisierte Beratung zum Rauchstopp, die über das ärztliche Ansprechen/Anraten in der Sprechstunde | <ul style="list-style-type: none"> • Abrechenbar bei gesicherten Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12 • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • 1 Einheit à 5 Minuten • Maximal 1 Einheit im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. • Qualifikationsgebunden gem. Anl. 2 • Nicht am gleichen Tag neben BG2A1, BG3A/B abrechenbar | <p>10,00 €</p> |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|--------------------|---|--|-----------------------|
| | <p>hinausgeht. Durch diese soll bei Rauchenden das Bewusstsein gefördert werden, weitergehenden Schaden an sich selber zu vermeiden und die Möglichkeiten/Techniken zum Rauchstopp als wichtigste (kausale) therapeutische Maßnahme für viele Lungenerkrankungen, insbesondere die COPD und das Lungenemphysem, vermittelt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einzel-Beratung sollte gemäß DMP Motivation des Patienten zum Tabakverzicht unter Verwendung des Stufenplans „Frei von Tabak“ erfolgen. • Folgekontakt wenige Tage nach dem Aufhörtage gemäß BÄK • Zudem belegt ist eine Effektivitätssteigerung für die Kombination von Kurzinterventionen und der Bereitstellung von Selbsthilfematerialien (QiSA Band E1) • Praktische Hilfestellungen zur Unterstützung des Selbstmanagements z.B. www.bzga.de, www.rauchfrei-info.de, www.dkfz.de, www.tabakkontrolle.de, DMP Curaplan, AOK Gesundheitsangebote & Präventionsberater www.aok.de, Patientenbegleitung www.bosch-bkk.de usw. | <ul style="list-style-type: none"> • Nicht im gleichen Krankheitsfall neben 92020 (DMP) abrechenbar | |
| <p>BG2B</p> | <p>Psychoedukative Gruppenschulung, wenn motivierende Kurzgespräche nicht ausreichen und um die Rauchstopp-Rate zu erhöhen mit entsprechender Dokumentation Raucher ja/nein zum Rauchstopp</p> <ul style="list-style-type: none"> • gemäß ICD 10 F17.1 und insbesondere F17.2 gemäß Anhang 2 zu Anlage 17 • alternativ zu intensivierten Einzelberatungen können die wichtigsten Inhalte zum Rauchstopp auch über eine psychoedukative Gruppenschulung vermittelt werden | <ul style="list-style-type: none"> • Abrechenbar bei gesicherten Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12 • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • Bei einer Gruppengröße von 5 – 20 Teilnehmer/innen. • Dauer Schulung: 90 Minuten • Eine Schulung innerhalb von 3 Jahren je Patient abrechenbar. • Qualifikationsgebunden gem. Anl. 2 | <p>25,00 €</p> |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|-------------|---|--|----------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> Inhalte richten sich nach den strukturierten und evidenzgeprüften Curricula zur Tabakentwöhnung (www.bundesaerztekammer.de; www.pneumologie.de; www.ift-gesundheit.de) | <ul style="list-style-type: none"> Nicht neben BG3A/B am gleichen Tag abrechenbar | |
| BG3A | <p>Raucherberatung in der Arztpraxis als Einzeltherapie, wenn motivierende Kurzgespräche nicht ausreichen und um die Rauchstopp-Rate zu erhöhen mit entsprechender Dokumentation Raucher ja/nein</p> <ul style="list-style-type: none"> gemäß Anhang 2 zu Anlage 17 (gemäß BÄK) bei abhängigen Rauchern, bei denen mit niederschweligen Angeboten wie z.B. Selbsthilfeliteratur, Onlinekursen, intensivierter Beratung oder psychoedukativer Gruppenschulung keine Aussicht auf einen erfolgreichen Rauchstopp besteht oder bei Rauchern mit bereits gescheiterten Aufhörversuchen ist eine leitlinienorientierte professionelle und intensive Tabakentwöhnung mit krankheitsspezifischem Fokus in Form einer Einzeltherapie möglich die Evidenz zeigt, dass Einzeltherapie und Gruppentherapie (nicht zu verwechseln mit der Gruppenschulung BG2B) bzgl. Effektivität gleichwertig sind. für die Durchführung kommen gemäß „Mein Nichtraucherprogramm“ beispielsweise Ärzte, Krankenschwestern/-Pfleger oder auch MFAs bzw. EFAs in Frage, welche die Voraussetzungen gemäß Curricula erfüllen die Inhalte der Einzeltherapie richten sich nach den Curricula zur Tabakentwöhnung (www.bundesaerztekammer.de www.pneumologie.de www.ift-gesundheit.de) | <ul style="list-style-type: none"> Abrechenbar bei gesicherten Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12 Nur abrechenbar bei vorliegender Qualifikation gemäß Anl. 2 1 Einheit à 45 Min. Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) Maximal 10 Einheiten innerhalb von 3 Jahren BG3A und BG3B sind kombiniert abrechenbar innerhalb eines gemeinsamen Kontingents von max. 15 Einheiten innerhalb von 3 Jahren. Nicht neben BG2A1, BG2A2 und BG2B am gleichen Tag abrechenbar | 80,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|--------------------|--|--|-----------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Im Curriculum des BdP gliedert sich das Programm beispielsweise in drei Phasen: Vorbereiten der Abstinenz 180 Minuten, Rauchstopp (Telefontermin 10 Minuten, Kurstermin 180 Minuten), Stabilisieren der Abstinenz (Telefontermin 10 Minuten, Kurstermin 180 Minuten) | | |
| <p>BG3B</p> | <p>Raucherberatung in der Arztpraxis als Gruppentherapie, wenn motivierende Kurzgespräche nicht ausreichen und um die Rauchstopp-Rate zu erhöhen mit entsprechender Dokumentation Raucher ja/nein</p> <ul style="list-style-type: none"> • gemäß Anhang 2 zu Anlage 17 (gemäß BÄK) • alternativ und gleichwertig zur Einzeltherapie (BG3a) kann auch eine Gruppentherapie gemäß den Curricula zur Tabakentwöhnung (Bundesärztekammer, BDP, IFT) durchgeführt werden. • für die Durchführung kommen gemäß „Mein Nichtraucherprogramm“ beispielsweise Ärzte, Krankenschwestern/-Pfleger oder auch MFAs bzw. EFAs in Frage, welche die Voraussetzungen gemäß Curricula erfüllen • die Inhalte der Gruppentherapie richten sich nach den Curriculae zur Tabakentwöhnung (www.bundesaerztekammer.de www.pneumologie.de www.ift-gesundheit.de) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Im Curriculum des BdP gliedert sich das Programm beispielsweise in drei Phasen: Vorbereiten der Abstinenz 180 Minuten, Rauchstopp (Telefontermin 10 Minuten, Kurstermin 180 Minuten), Stabilisieren der Abstinenz (Telefontermin 10 Minuten, Kurstermin 180 Minuten) | <ul style="list-style-type: none"> • Abrechenbar bei gesicherten Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12 • Nur abrechenbar bei vorliegender Qualifikation gemäß Anl. 2 • 1 Einheit à 45 Min. • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • Maximal 12 Einheiten innerhalb von 3 Jahren. • BG3A und BG3B sind kombinierbar abrechenbar innerhalb eines gemeinsamen Kontingents von max. 15 Einheiten innerhalb von 3 Jahren. • Bei einer Gruppengröße von mindestens 4 bis maximal 14 Teilnehmer/innen abrechenbar • Nicht neben BG2A1, BG2A2 und BG2B am gleichen Tag abrechenbar | <p>25,00 €</p> |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|-------------|---|---|----------------|
| BG4A | Schlafassoziierte Respirationsstörungen <ul style="list-style-type: none">• Ursachen sind v.a. die mechanische Verlegung der oberen Atemwege als obstruktive Schlafapnoe, auch kardiovaskuläre, neurologische oder pulmonale Erkrankungen.• Betroffen von der obstruktiven Schlafapnoe sind v.a. übergewichtige Personen, auch anatomische Besonderheiten, auch verstärkt durch Einfluss von Alkohol und Sedativa• bei einer zentralen Schlafapnoe auch oft Ursache eine fortgeschrittene Linksherzinsuffizienz• Beschwerden u.a. auch depressive Verstimmung, Hypertonus usw.• Diagnostik: ergänzende Fremdanamnese, HNO-Konsil zur Beurteilung der oberen Atemwege, amb. Polygrafie, leitliniengerecht Schlaflabor mit Polysomnografie zur Unterscheidung obstruktiver oder zentraler Apnoen und Differenzialdiagnostik der weiteren schlafassoziierten Erkrankungen.• individuelle Beratung zu auslösenden Faktoren und deren Behebung• leitliniengerechte bzw. evidenzbasierte Therapie mit Versorgungsplan angepasst an die biopsychosozialen individuellen Gegebenheiten und zum Follow-up<ul style="list-style-type: none">○ z.B. auch ggf. Überdrucktherapieformen, progenerierende Schienen, selten zu operativen Maßnahmen incl. Zungengrundschrümmmacher. | <ul style="list-style-type: none">• Abrechenbar bei gesicherten Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12• Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))• 1 Einheit à 5 Minuten• Maximal 2 Einheiten pro Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) abrechenbar• Nicht im gleichen Krankheitsfall neben BG4B abrechenbar | 10,00 € |
| BG4B | Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin <ul style="list-style-type: none">• Ursachen sind v.a. die mechanische Verlegung der oberen Atemwege als obstruktive Schlafapnoe, auch kardiovaskuläre, neurologische oder pulmonale Erkrankungen. | <ul style="list-style-type: none">• Abrechenbar bei gesicherten Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12• Nur mit der Zusatzqualifikation Schlafmedizin gem. Anl. 2 abrechenbar• Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und | 10,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|-------------------|---|--|-----------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Betroffen von der obstruktiven Schlafapnoe sind v.a. übergewichtige Personen, auch anatomische Besonderheiten, auch verstärkt durch Einfluss von Alkohol und Sedativa • bei einer zentralen Schlafapnoe auch oft Ursache eine fortgeschrittene Linksherzinsuffizienz • Beschwerden u.a. auch depressive Verstimmung, Hypertonus usw. • Diagnostik: ergänzende Fremdanamnese, HNO-Konsil zur Beurteilung der oberen Atemwege, amb. Polygrafie, leitliniengerecht Schlaflabor mit Polysomnografie zur Unterscheidung obstruktiv oder zentraler Apnoen und Differenzialdiagnostik der weiteren schlafassoziierten Erkrankungen verursacht. • individuelle Beratung zu auslösenden Faktoren und deren Behebung • leitliniengerechte bzw. evidenzbasierte Therapie mit Versorgungsplan angepasst an die biopsychosozialen individuellen Gegebenheiten und zum Follow-up <p>z.B. auch ggf. Überdrucktherapieformen, progenierende Schienen, selten operative Maßnahmen incl. Zungengrundschriftmacher.</p> | <p>ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Einheit à 5 Minuten • Maximal 4 Einheiten pro Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) abrechenbar • Nicht im gleichen Krankheitsfall neben BG4A abrechenbar | |
| <p>BG5</p> | <p>Versorgungsplanung nach positivem Allergietest bzw. Adhärenzgespräch bei Immuntherapie s.o. auch</p> <p>Therapieziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Früherkennung • umfassende Aufklärung und Beratung zur Prävention wie Allergenvermeidung bzw. zu Risiko- und Schutzfaktoren sowie zur Diagnostik und zu Therapiemöglichkeiten z.B. www.ginasthma.org; www.gesundheitsinformation.de | <ul style="list-style-type: none"> • Abrechenbar bei gesicherten Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12 • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • 1 Einheit à 5 Minuten • Maximal 4 Einheiten pro Krankheitsfall (4 Quartale in Folge) abrechenbar | <p>10,00 €</p> |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|---|--|---|-----------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • gemeinsame Therapieentscheidung auch zur Förderung der Adhärenz und Arzneimitteltherapiesicherheit • biopsychosoziale Versorgungsplanung einschl. <ul style="list-style-type: none"> ○ Einwirkung von Allergenen vermeiden ○ ggf. medikamentöse Therapie ○ ggf. Immuntherapie (www.leitlinien.net) ○ nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Rauchstopp, körperliche Aktivität und gesunde v.a. mediterrane Ernährung • Förderung von Schutzimpfungen v.a. Influenza und Pneumokokken etc. • Beratung auch zur Akuttherapie ggf. auch der Angehörigen, gemäß www.leitlinien.net DGAKI mittels entsprechender Informationen mündlich und schriftlich unterstützt durch die EFA® | | |
| <h3>4. Einzelleistungen</h3> <p>Alle für den Behandlungsanlass relevanten Diagnosen sind spezifisch und endstellig zu kodieren. Im gleichen Quartal nicht neben Auftragsleistungen abrechenbar.</p> | | | |
| E1 | Spiroergometrie | Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 44,00 € |
| E2 | Bronchoskopie unter Beachtung von Qualitätsstandards und -management nach umfassender Aufklärung und in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit dem Patienten | Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 128,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|------------|---|---|-----------------|
| E3 | Polygrafie | <ul style="list-style-type: none">Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gem. Anl. 2Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 71,50 € |
| E4 | Polysomnografie | <ul style="list-style-type: none">Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gem. Anl. 2Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 353,00 € |
| E5A | Diagnostikkomplex I Durchführung eines <ul style="list-style-type: none">Unspezifischen bronchialen Provokationstests - Quantitativer inhalativer Mehrstufentest unter kontinuierlicher Registrierung der Druckflusskurve oder Flussvolumenkurve. Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer ggf. Bronchospasmolysebehandlung nach Provokation oderDruckmessung an der Lunge mittels P0 I und Pmax mit grafischer Registrierung zur Messung der Atemkraft/Atemmuskelfunktion oderBestimmung(en) der Lungendehnbarkeit (Compliance) mittels Ösophaguskatheter | <ul style="list-style-type: none">1x im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbarAusnahme: Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose (DAE)Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 40,00 € |
| E5B | Diagnostikkomplex II Komplexe Blutgasdiagnostik zur Prüfung der Indikation für eine Sauerstofftherapie in Ruhe und unter Belastung, ggf. Dosierung des Sauerstoffs und ggf. | <ul style="list-style-type: none">1x im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbarAusnahme: Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose (DAE) | 30,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|------------|---|---|----------------|
| | <p>der Demandfähigkeit bei Einleitung oder Therapiekontrolle und -anpassung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arterielle/ arterialisierte Blutgasanalyse in Ruhe und unter verschiedenen Belastungsstufen (u.a. Gehbelastung, Treppe, Ergometerbelastung), ggf. mehrfache Messung der Sauerstoffsättigung ggf. vor und während Sauerstoffgabe mit unterschiedlichen, stufenweise gesteigerten Flussraten, ggf. jeweils mit kontinuierlichem Sauerstofffluss und/oder mittels Demandsystem getriggertem Sauerstoff-Fluss Hyperventilationsdiagnostik | <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | |
| E5C | <p>Diagnostikkomplex III</p> <p>Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie vom Soforttyp (Typ I).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prick- und/oder Scratch- und/oder Reib- und/oder Skarifikations- und/oder Intrakutan-Testung und/oder • Konjunktivaler und/oder nasaler Provokationstest • Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle • Überprüfung der lokalen Hautreaktion • Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung | <ul style="list-style-type: none"> • 1x im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar • Ausnahme: Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose (DAE) oder bei besonderen Allergenen vor der spezifischen Immuntherapie (TIN) • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 25,00 € |
| E6 | <p>Hyposensibilisierungsbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allergenspezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierungsbehandlung, Desensibilisierung) gemäß rationaler Pharmakotherapie inkl. Maßnahmen zur Adhärenzförderung <ol style="list-style-type: none"> a. Subkutane Allergeninjektion(en) b. Erstgabe sublingualer Therapie, Schulung zur Selbstanwendung • Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer | <ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. • Bei sublingualer Therapie nur abrechenbar bei Neueinstellung des Patienten | 10,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|----|--|--|---------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Vorhaltung Notfallausrüstung und Personalschulungen zur Behandlung möglicher anaphylaktischer Reaktionen • Beratung und umfassende Aufklärung ggf. auch der Angehörigen (z.B. Wirkungsweise, Etagenwechsel, Neusensibilisierung, Nebenwirkungen) gemäß Leitlinien DGAKI, www.gesundheitsinformation.de und mittels entsprechender Informationen mündlich und schriftlich unterstützt durch die EFA® • Recall-Systeme und strukturiertes Monitoring der Therapieadhärenz gemäß Leitlinien DGAKI und mittels entsprechender Informationen mündlich und schriftlich unterstützt durch die EFA® | | |
| E7 | <p>Aufwändige subkutane Therapie bei schwerem Asthma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subkutane Erstinjektion von Antikörpern bei schwerem Asthma gemäß rationaler Pharmakotherapie sowie Erstinjektion bei Produktwechsel, ggf. Nachbeobachtung; • vor Initiierung der Therapie sind im Falle eines allergischen Asthmas alle vermeidbaren Allergene zu eliminieren (Verminderung der Allergenexposition) und die Möglichkeiten der Tabakentwöhnung auszuschöpfen • Sorgfältige Einweisung des Patienten oder einer Betreuungsperson in die subkutane Injektionstechnik und Maßnahmen der Adhärenzkontrolle (z.B. Injektionsprotokoll, angebotene Apps, Videosprechstunde) • Schulung zu Anzeichen und Symptomen von Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B. Anaphylaxie, Urtikaria, Angioödem, Hautausschlag, Bronchospasmus, Hypotonie) auch mittels entsprechender Informationen mündlich und schriftlich unterstützt durch die EFA® | <ul style="list-style-type: none"> • Nur bei Neueinstellung- bzw. Umstellung des Patienten abrechenbar • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 20,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|---------------|---|--|----------------|
| E8 | Intensivierte Betreuung bei aufwändiger Infusionstherapie Betreuung von Patienten mit Infusionsbedarf, inkl. Nachsorge bei einer Therapie mit Immunglobulinen, Alpha1-Antitrypsin, i.v. Biologika | <ul style="list-style-type: none"> • Max. 1x pro Quartal abrechenbar • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 40,00 € |
| 32097 | BNP | <ul style="list-style-type: none"> • je Untersuchung abrechenbar • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 19,40 € |
| 32150 | Troponin | <ul style="list-style-type: none"> • je Untersuchung abrechenbar • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 11,25 € |
| 32212 | Fibrin (D-Dimere) | <ul style="list-style-type: none"> • je Untersuchung abrechenbar • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 17,80 € |
| 92001* | DMP Asthma/COPD Einschreibepauschale eDMP | <ul style="list-style-type: none"> • abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK • nicht im gleichen Quartal neben 92003, 92005, 92006, 92007, 92008 abrechenbar | 25,00 € |
| 92003* | DMP Asthma/COPD Folgedokumentation eDMP | <ul style="list-style-type: none"> • abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK • Max. 1 x pro Quartal abrechenbar • Nicht im gleichen Quartal neben 92001 und 92005 abrechenbar • Abzüglich KV Verwaltungskostensatz | 15,00 € |
| 92005* | DMP Asthma/COPD Dokumentationspauschale Arztwechsel bei eDMP | <ul style="list-style-type: none"> • abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK • Max. 1 x pro Quartal abrechenbar • Nicht im gleichen Quartal neben 92001 und 92003 abrechenbar • Abzüglich KV Verwaltungskostensatz | 15,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| 92006* | DMP Asthma/COPD Betreuungspauschale | <ul style="list-style-type: none"> • abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK • Max. 1 x pro Quartal abrechenbar • Nicht im gleichen Quartal neben 92001 abrechenbar • Abzüglich KV Verwaltungskostensatz | 13,00 € |
| 92008* | DMP Asthma/COPD Betreuungspauschale pneumologisch qualifizierter Arzt | <ul style="list-style-type: none"> • abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK • Max. 1 x im Quartal abrechenbar • Max. 2 x im Krankheitsfall abrechenbar • Nicht im gleichen Quartal neben 92001 abrechenbar • Abzüglich KV Verwaltungskostensatz | 40,00 € |
| 92009* | DMP Asthma/COPD: Erstellung eines Behandlungsplans | <ul style="list-style-type: none"> • abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK • Max. 2 x im Kalenderjahr abrechenbar • Abzüglich KV Verwaltungskostensatz | 10,00 € |
| 92010* | DMP Asthma/COPD Erneutes Ausfüllen einer Erst-doku bei eDMP | <ul style="list-style-type: none"> • abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK • Max. 1 x pro Quartal abrechenbar • Nicht im gleichen Quartal neben 92012 abrechenbar • Abzüglich KV Verwaltungskostensatz | 15,00 € |
| 92012* | DMP Asthma/COPD Erneute Einschreibung nach Ausschreibung durch die Krankenkasse bei eDMP | <ul style="list-style-type: none"> • abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK • Max. 1 x pro Quartal abrechenbar • Nicht im gleichen Quartal neben 92010 abrechenbar • Abzüglich KV Verwaltungskostensatz | 30,00 € |
| 5. Qualitäts- / Strukturzuschläge Im gleichen Quartal nicht neben Auftragsleistungen abrechenbar. | | | |
| Q1 | Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie | Bei Erreichen der Quoten erfolgt ein arztindividueller Zuschlag auf die Pauschale P1 gemäß Anhang 3 zu Anlage 12. | Siehe Anhang 3 zu Anlage 12 |
| Q2 | Strukturzuschlag für EFA® | Der Zuschlag wird automatisch und maximal 1 x pro Quartal auf BG1 aufgeschlagen, wenn der FACHARZT gemäß Anhang 4 zu Anlage 12 nachgewiesen hat, dass er eine/n EFA mit entsprechender | 5,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|------------|--|--|---------------|
| | | <p>Qualifikation beschäftigt. Das Nähere ist abschließend in Anhang 4 zu Anlage 12 geregelt.</p> <p>Der Zuschlag wird je EFA® in Abhängigkeit des Tätigkeitsumfangs wie folgt zugesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100%-Tätigkeit (wöchentliche. Arbeitszeit mind. 38,5 Std.) bis zu 300 Zuschläge • 75%-Tätigkeit (wöchentliche. Arbeitszeit mind. 28 Std.) bis zu 225 Zuschläge • 50%-Tätigkeit (wöchentliche. Arbeitszeit mind. 19 Std.) bis zu 150 Zuschläge | |
| Q3* | <p>Zuschlag Elektronische Arztvernetzung auf Behandlungsfall</p> <p>gem. Anhang 6 und Anhang 7 zu Anlage 12</p> | <p>Der Zuschlag wird automatisch auf die Vergütungsziffer P1 aufgeschlagen, maximal einmal pro Quartal.</p> <p>Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung des FACHARZTES an der elektronischen Arztvernetzung durch die Managementgesellschaft ausgestellt wird, sofern die Teilnahmebestätigung bis zum 15. des zweiten Kalenderquartalsmonats erfolgte. Spätere Teilnahmen werden ab dem Folgequartal vergütet.</p> | 5,00 € |
| Q4* | <p>Erfolgsbonus Elektronische Arztvernetzung</p> <p>gem. Anhang 6 Abs. 1 b) und c) zu Anl. 12</p> | <p>Der Erfolgsbonus wird automatisch auf die Vergütungsziffer P1 maximal 1 x im Quartal aufgeschlagen, wenn die in Anhang 6 unter „IV.“ näher geregelten Voraussetzungen erfüllt werden.</p> | 2,00 € |
| Q5 | <p>Strukturzuschlag für Röntgen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf P1 • Qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 | 1,00 € |
| Q6 | <p>Strukturzuschlag Sonografie</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf P1 • Qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 | 1,00 € |
| Q7 | <p>Strukturzuschlag für Duplex-Sonografie</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf P1 | 3,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|--|---|---|----------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 | |
| Q8 | <p>Strukturzuschlag FeNO-Messung</p> <p>Messung von Stickstoffmonoxid in der Ausatemluft bzw. fraktioniertes exhalierendes NO. FeNO ist bei Asthma ein nicht-invasiver Biomarker der Schleimhautentzündung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hohe Werte bei Asthmaformen mit stärkerer Zytokin-IL-5- und IL-13-Bildung, häufig steroid-sensitiv. Höhere Werte bei allergischem Asthma als bei nicht-allergischem Asthma. • FeNO kann in Diagnostik und Verlaufskontrolle genutzt werden. Die eosinophile allergische Entzündung korreliert gut mit den Werten der FeNO-Messung: Werte über 35 ppb sind hinweisend auf eine eosinophile Atemwegs-entzündung. • Die Messwerte können durch verschiedene Störfaktoren beeinflusst werden z.B. durch akute Atemwegsinfekte, Ozon, nitrithaltige Nahrungsmittel, allergischen Heuschnupfen – erniedrigte Werte durch Rauchen, verengte Bronchien u.a. (Quelle www.herold-innere-medizin.de von Herold Hrsg. und über 100 (Mit-)AutorInnen, 2021) | <ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf P1 • Qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 <p>Eine parallele privatärztliche Rechnungsstellung zur FeNO-Messung ist unzulässig, soweit sie nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar ist.</p> | 3,00 € |
| <p>Vertretungsleistungen</p> <p>Im gleichen Quartal nicht neben Auftragsleistungen abrechenbar.</p> | | | |
| V1 | Vertreterpauschale | <ul style="list-style-type: none"> • Einmal im Quartal abrechenbar • Nicht im gleichen Quartal mit P1, P1UE und/oder Auftragsleistungen abrechenbar | 12,50 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
| | | Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)). | |
| Auftragsleistungen Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar Im gleichen Quartal nicht neben Pauschalen, Beratungsgesprächen, Qualitätszuschlägen, Einzelleistungen und Vertretungsleistungen abrechenbar. | | | |
| A0 | Grundpauschale für die Erbringung von Auftragsleistungen | <ul style="list-style-type: none">• Einmal im Quartal abrechenbar• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 12,50 € |
| A1 | Ergospirometrische Untersuchung bzw. Spiroergometrie | <ul style="list-style-type: none">• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 44,00 € |
| A2 | Bronchoskopie | <ul style="list-style-type: none">• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 128,00 € |
| A3 | Polygrafie | <ul style="list-style-type: none">• Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gem. Anl. 2• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 71,50 € |
| A4 | Polysomnografie | <ul style="list-style-type: none">• Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gem. Anl. 2• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 353,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|------------|--|---|----------------|
| | | | |
| A5A | Diagnostikkomplex I | <ul style="list-style-type: none">• 1x im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar• Ausnahme: Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose (DAE)• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 40,00 € |
| A5B | Diagnostikkomplex II | <ul style="list-style-type: none">• 1x im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar• Ausnahme: Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose (DAE)• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 30,00 € |
| A5C | Diagnostikkomplex III | <ul style="list-style-type: none">• 1x im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar• Ausnahme: Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose (DAE) oder bei besonderen Allergenen vor der spezifischen Immuntherapie (TIN)• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 25,00 € |
| A6 | Hyposensibilisierungsbehandlung | <ul style="list-style-type: none">• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.• Bei sublingualer Therapie nur abrechenbar bei Neueinstellung des Patienten | 10,00 € |
| A7 | Aufwändige subkutane Therapie bei schwerem Asthma | <ul style="list-style-type: none">• Nur abrechenbar bei Neueinstellung- bzw. Umstellung des Patienten | 20,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|------------|--|--|----------------|
| | | <ul style="list-style-type: none">• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | |
| A8 | Intensivierte Betreuung bei aufwändiger Infusionstherapie | <ul style="list-style-type: none">• Maximal 1x pro Quartal abrechenbar• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 40,00 € |
| A9 | Röntgen | <ul style="list-style-type: none">• Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2• Einmal im Quartal abrechenbar• Nicht neben A10 und/oder A11 am selben Tag abrechenbar• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 12,50 € |
| A10 | Sonografie | <ul style="list-style-type: none">• Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2• Einmal im Quartal abrechenbar• Nicht neben A9 und/oder A11 am selben Tag abrechenbar• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 16,50 € |
| A11 | Duplex-Sonografie | <ul style="list-style-type: none">• Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2• Einmal im Quartal abrechenbar• Nicht neben A9 und/oder A10 am selben Tag abrechenbar | 20,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

| | | | |
|------------|---------------------|---|----------------|
| | | <ul style="list-style-type: none">• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | |
| A12 | FeNO-Messung | <ul style="list-style-type: none">• Nur bei Indikation gem. EBM abrechenbar• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. | 17,00 € |

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.01.2022

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

Informationsziffern

Die jeweiligen Informationsziffern sind obligatorisch für das betreffende Quartal anzugeben.

| | | | |
|---------------------------|---|---|---|
| DAE | Diagnosenänderung | | |
| TIN | Therapieindikation | | |
| ACT | Asthmakontrolltest | | |
| IIE | Influenza-Impfempfehlung an den Hausarzt | | |
| Sonstige Zuschläge | | | |
| Z1 | Investitionskostenzuschlag | Dieser Zuschlag wird ausschließlich für die Abrechnungsquartale Q3/2021 bis Q1/2022 auf die Abrechnung aufgeschlagen. Dieser Zuschlag kann nur einmal je Behandlungsfall mit einer P1 abgerechnet werden. | Q3/2021 und Q4/2021: 20,00 € Q1/2022: 25,00 € |

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| A06.5 | A065 | Lungenabszess durch Amöben | G | | | | | | |
| A15.0 | A150 | Lungentuberkulose, durch mikroskopische Untersuchung des Sputums gesichert, mit oder ohne Nachweis durch Kultur oder molekularbiologische Verfahren | | G | | | | | |
| A15.1 | A151 | Lungentuberkulose, nur durch Kultur gesichert | | G | | | | | |
| A15.2 | A152 | Lungentuberkulose, histologisch gesichert | | G | | | | | |
| A15.3 | A153 | Lungentuberkulose, durch sonstige und nicht näher bezeichnete Untersuchungsverfahren gesichert | | G | | | | | |
| A15.4 | A154 | Tuberkulose der intrathorakalen Lymphknoten, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert | | G | | | | | |
| A15.5 | A155 | Tuberkulose des Larynx, der Trachea und der Bronchien, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert | | G | | | | | |
| A15.6 | A156 | Tuberkulöse Pleuritis, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert | | G | | | | | |
| A15.7 | A157 | Primäre Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert | | G | | | | | |
| A15.8 | A158 | Sonstige Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert | | G | | | | | |
| A15.9 | A159 | Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert | | | | | | | |
| A16.0 | A160 | Lungentuberkulose, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert | | | | | | | |
| A16.1 | A161 | Lungentuberkulose, bakteriologische, molekularbiologische und histologische Untersuchung nicht durchgeführt | | | | | | | |
| A16.2 | A162 | Lungentuberkulose ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung | | | | | | | |
| A16.3 | A163 | Tuberkulose der intrathorakalen Lymphknoten ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung | | | | | | | |
| A16.4 | A164 | Tuberkulose des Larynx, der Trachea und der Bronchien ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung | | | | | | | |
| A16.5 | A165 | Tuberkulöse Pleuritis ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung | | | | | | | |
| A16.7 | A167 | Primäre Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung | | | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:--</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| A16.8 | A168 | Sonstige Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung | | | | | | | |
| A16.9 | A169 | Nicht näher bezeichnete Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung | | | | | | | |
| A19.0 | A190 | Akute Miliartuberkulose einer einzelnen näher bezeichneten Lokalisation | G | | | | | | |
| A19.1 | A191 | Akute Miliartuberkulose mehrerer Lokalisationen | G | | | | | | |
| A19.2 | A192 | Akute Miliartuberkulose, nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| A19.8 | A198 | Sonstige Miliartuberkulose | G | | | | | | |
| A19.9 | A199 | Miliartuberkulose, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| A20.2 | A202 | Lungenpest | | G | | | | | |
| A21.2 | A212 | Pulmonale Tularämie | | G | | | | | |
| A22.1 | A221 | Lungenmilzbrand | G | | | | | | |
| A31.0 | A310 | Infektion der Lunge durch sonstige Mykobakterien | G | | | | | | |
| A31.1 | A311 | Infektion der Haut durch sonstige Mykobakterien | G | | | | | | |
| A31.80 | A3180 | Disseminierte atypische Mykobakteriose | G | | | | | | |
| A31.88 | A3188 | Sonstige Infektionen durch Mykobakterien | G | | | | | | |
| A31.9 | A319 | Infektion durch Mykobakterien, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| A37.0 | A370 | Keuchhusten durch Bordetella pertussis | G | | | | | | |
| A37.1 | A371 | Keuchhusten durch Bordetella parapertussis | G | | | | | | |
| A37.8 | A378 | Keuchhusten durch sonstige Bordetella-Spezies | G | | | | | | |
| A37.9 | A379 | Keuchhusten, nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| A42.0 | A420 | Aktinomykose der Lunge | G | | | | | | |
| A43.0 | A430 | Pulmonale Nokardiose | G | | | | | | |
| A48.1 | A481 | Legionellose mit Pneumonie | G | | | | | | |
| A48.2 | A482 | Legionellose ohne Pneumonie [Pontiac-Fieber] | G | | | | | | |
| A52.7 | A527 | Sonstige floride Spätsyphilis | | G | | | | | |
| A78 | A78 | Q-Fieber | G | | | | | | |
| B01.2 | B012 | Varizellen-Pneumonie | G | | | | | | |
| B05.2 | B052 | Masern, kompliziert durch Pneumonie | G | | | | | | |
| B25.0 | B250 | Pneumonie durch Zytomegalieviren | G | | | | | | |
| B33.4 | B334 | Hantavirus- (Herz-) Lungensyndrom | G | | | | | | |
| B37.1 | B371 | Kandidose der Lunge | G | | | | | | |
| B38.0 | B380 | Akute Kokzidioidomykose der Lunge | G | | | | | | |
| B38.1 | B381 | Chronische Kokzidioidomykose der Lunge | | G | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| B38.2 | B382 | Kokzidioidomykose der Lunge, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| B39.0 | B390 | Akute Histoplasmose der Lunge durch Histoplasma capsulatum | G | | | | | | |
| B39.1 | B391 | Chronische Histoplasmose der Lunge durch Histoplasma capsulatum | | G | | | | | |
| B39.2 | B392 | Histoplasmose der Lunge durch Histoplasma capsulatum, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| B40.0 | B400 | Akute Blastomykose der Lunge | G | | | | | | |
| B40.1 | B401 | Chronische Blastomykose der Lunge | | G | | | | | |
| B40.2 | B402 | Blastomykose der Lunge, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| B41.0 | B410 | Parakokzidioidomykose der Lunge | G | | | | | | |
| B42.0 | B420 | Sporotrichose der Lunge | G | | | | | | |
| B44.0 | B440 | Invasive Aspergillose der Lunge | G | | | | | | |
| B44.1 | B441 | Sonstige Aspergillose der Lunge | G | | | | | | |
| B45.0 | B450 | Kryptokokkose der Lunge | G | | | | | | |
| B46.0 | B460 | Mukormykose der Lunge | G | | | | | | |
| B58.3 | B583 | ToGoplasmose der Lunge | G | | | | | | |
| B67.1 | B671 | Echinococcus-granulosus-Infektion [zystische Echinokokkose] der Lunge | | G | | | | | |
| B90.9 | B909 | Folgezustände einer Tuberkulose der Atmungsorgane und einer nicht näher bezeichneten Tuberkulose | | G | | | | | |
| B97.4 | B974 | Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind | G | | | | | | |
| C33 | C33 | Bösartige Neubildung der Trachea | | G | | | | | |
| C34.0 | C340 | Bösartige Neubildung: Hauptbronchus | | G | | | | | |
| C34.1 | C341 | Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus) | | G | | | | | |
| C34.2 | C342 | Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus) | | G | | | | | |
| C34.3 | C343 | Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus) | | G | | | | | |
| C34.8 | C348 | Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend | | G | | | | | |
| C34.9 | C349 | Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet | | G | | | | | |
| C38.1 | C381 | Bösartige Neubildung: Vorderes Mediastinum | | G | | | | | |
| C38.2 | C382 | Bösartige Neubildung: Hinteres Mediastinum | | G | | | | | |
| C38.3 | C383 | Bösartige Neubildung: Mediastinum, Teil nicht näher bezeichnet | | G | | | | | |
| C38.4 | C384 | Bösartige Neubildung: Pleura | | G | | | | | |
| C38.8 | C388 | Bösartige Neubildung: Herz, Mediastinum und Pleura, mehrere Teilbereiche überlappend | | G | | | | | |
| C39.0 | C390 | Bösartige Neubildung: Obere Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet | | G | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| C39.8 | C398 | Bösartige Neubildung: Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, mehrere Teilbereiche überlappend | | G | | | | | |
| C39.9 | C399 | Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Atmungssystems | | G | | | | | |
| C45.0 | C450 | Mesotheliom der Pleura | | G | | | | | |
| C47.3 | C473 | Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des ThoraG | | G | | | | | |
| C49.3 | C493 | Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des ThoraG | | G | | | | | |
| C76.1 | C761 | Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: ThoraG | | G | | | | | |
| C77.1 | C771 | Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten | | G | | | | | |
| C78.0 | C780 | Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge | | G | | | | | |
| C78.1 | C781 | Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums | | G | | | | | |
| C78.2 | C782 | Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura | | G | | | | | |
| C78.3 | C783 | Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane | | G | | | | | |
| C85.2 | C852 | Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom | | G | | | | | |
| C96.6 | C966 | Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose | | G | | | | | |
| D02.1 | D021 | Carcinoma in situ: Trachea | | G | | | | | |
| D02.2 | D022 | Carcinoma in situ: Bronchus und Lunge | | G | | | | | |
| D02.3 | D023 | Carcinoma in situ: Sonstige Teile des Atmungssystems | | G | | | | | |
| D02.4 | D024 | Carcinoma in situ: Atmungssystem, nicht näher bezeichnet | | G | | | | | |
| D14.2 | D142 | Gutartige Neubildung: Trachea | | G | | | | | |
| D14.3 | D143 | Gutartige Neubildung: Bronchus und Lunge | | G | | | | | |
| D14.4 | D144 | Gutartige Neubildung: Atmungssystem, nicht näher bezeichnet | | G | | | | | |
| D15.2 | D152 | Gutartige Neubildung: Mediastinum | | G | | | | | |
| D15.9 | D159 | Gutartige Neubildung: Intrathorakales Organ, nicht näher bezeichnet | | G | | | | | |
| D19.0 | D190 | Gutartige Neubildung: Mesotheliales Gewebe der Pleura | | G | | | | | |
| D21.3 | D213 | Sonstige gutartige Neubildungen: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des ThoraG | | G | | | | | |
| D38.1 | D381 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge | | G | | | | | |
| D38.2 | D382 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Pleura | | G | | | | | |
| D38.3 | D383 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Mediastinum | | G | | | | | |
| D38.5 | D385 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Sonstige Atmungsorgane | | G | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| D38.6 | D386 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Atmungsorgan, nicht näher bezeichnet | | G | | | | | |
| D80.2 | D802 | Selektiver Immunglobulin-A-Mangel [IgA-Mangel] | | G | | | | | |
| D86.0 | D860 | Sarkoidose der Lunge | | G | | | | | |
| D86.2 | D862 | Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten | | G | | | | | |
| E66.20 | E6620 | Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter | | G | | | | | |
| E66.21 | E6621 | Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas Grad II (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter | | G | | | | | |
| E66.22 | E6622 | Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter | | G | | | | | |
| E66.24 | E6624 | Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren | | G | | | | | |
| E66.25 | E6625 | Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: EGtreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren | | G | | | | | |
| E66.29 | E6629 | Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Grad oder Ausmaß der Adipositas nicht näher bezeichnet | | G | | | | | |
| E84.0 | E840 | Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen | | G | | | | | |
| E84.80 | E8480 | Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation | | G | | | | | |
| E88.0 | E880 | Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert | | G | | | | | |
| E89.6 | E896 | Nebennierenrinden- (Nebennierenmark-) Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen | | G | | | | | |
| E89.8 | E898 | Sonstige endokrine oder Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen | | G | | | | | |
| F17.1 | F171 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch | | | G* | G | | | |
| F17.2 | F172 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom | | | G* | G | | | |
| F45.0 | F450 | Somatisierungsstörung | G | | | | | | |
| F45.1 | F451 | Undifferenzierte Somatisierungsstörung | G | | | | | | |
| F45.33 | F4533 | Somatoforme autonome Funktionsstörung: Atmungssystem | G | | | | | | |
| F51.2 | F512 | Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus | G | | | | | | |
| F51.3 | F513 | Schlafwandeln [Somnambulismus] | G | | | | | | |
| F51.8 | F518 | Sonstige nichtorganische Schlafstörungen | G | | | | | | |
| F51.9 | F519 | Nichtorganische Schlafstörung, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| F68.0 | F680 | Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen | G | | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| F68.1 | F681 | Artifizielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen] | G | | | | | | |
| F68.8 | F688 | Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | | | | | | | |
| G25.80 | G2580 | Periodische Beinbewegungen im Schlaf | G | | | | | | |
| G25.81 | G2581 | Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom] | G | | | | | | |
| G47.0 | G470 | Ein- und Durchschlafstörungen | G | | | | G | G | |
| G47.1 | G471 | Krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis | G | | | | G | G | |
| G47.2 | G472 | Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus | G | | | | G | G | |
| G47.30 | G4730 | Zentrales Schlafapnoe-Syndrom | G | | | | G | G | |
| G47.31 | G4731 | Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom | G | | | | G | G | |
| G47.32 | G4732 | Schlafbezogenes Hypoventilations-Syndrom | G | | | | G | G | |
| G47.38 | G4738 | Sonstige Schlafapnoe | G | | | | G | G | |
| G47.39 | G4739 | Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| G47.4 | G474 | Narkolepsie und KatapleGie | G | | | | G | G | |
| G47.8 | G478 | Sonstige Schlafstörungen | G | | | | G | G | |
| I26.0 | I260 | Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale | G | | | | | | |
| I26.9 | I269 | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale | G | | | | | | |
| I27.0 | I270 | Primäre pulmonale Hypertonie | | G | | | | | |
| I27.20 | I2720 | Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie | | G | | | | | |
| I27.28 | I2728 | Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie | | G | | | | | |
| I27.8 | I278 | Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten | | G | | | | | |
| I27.9 | I279 | Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet | | G | | | | | |
| I28.0 | I280 | Arteriovenöse Fistel der LungengefäÙe | | G | | | | | |
| I28.1 | I281 | Aneurysma der A. pulmonalis | | G | | | | | |
| I28.8 | I288 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der LungengefäÙe | | G | | | | | |
| J06.9 | J069 | Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| J10.0 | J100 | Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen | G | | | | | | |
| J10.1 | J101 | Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen | G | | | | | | |
| J11.0 | J110 | Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen | G | | | | | | |
| J11.1 | J111 | Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, Viren nicht nachgewiesen | G | | | | | | |
| J12.0 | J120 | Pneumonie durch Adenoviren | G | | | | | | |
| J12.1 | J121 | Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren] | G | | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| J12.2 | J122 | Pneumonie durch Parainfluenzaviren | G | | | | | | |
| J12.3 | J123 | Pneumonie durch humanes Metapneumovirus | G | | | | | | |
| J12.8 | J128 | Pneumonie durch sonstige Viren | G | | | | | | |
| J12.9 | J129 | Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| J13 | J13 | Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae | G | | | | | | |
| J14 | J14 | Pneumonie durch Haemophilus influenzae | G | | | | | | |
| J15.0 | J150 | Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae | G | | | | | | |
| J15.1 | J151 | Pneumonie durch Pseudomonas | G | | | | | | |
| J15.2 | J152 | Pneumonie durch Staphylokokken | G | | | | | | |
| J15.3 | J153 | Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B | G | | | | | | |
| J15.4 | J154 | Pneumonie durch sonstige Streptokokken | G | | | | | | |
| J15.5 | J155 | Pneumonie durch Escherichia coli | G | | | | | | |
| J15.6 | J156 | Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien | G | | | | | | |
| J15.7 | J157 | Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae | G | | | | | | |
| J15.8 | J158 | Sonstige bakterielle Pneumonie | G | | | | | | |
| J15.9 | J159 | Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J16.0 | J160 | Pneumonie durch Chlamydien | G | | | | | | |
| J16.8 | J168 | Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger | G | | | | | | |
| J17.0 | J170 | Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten | G | | | | | | |
| J17.1 | J171 | Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten | G | | | | | | |
| J17.2 | J172 | Pneumonie bei Mykosen | G | | | | | | |
| J17.3 | J173 | Pneumonie bei parasitären Krankheiten | G | | | | | | |
| J17.8 | J178 | Pneumonie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten | G | | | | | | |
| J18.0 | J180 | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| J18.1 | J181 | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| J18.2 | J182 | Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| J18.8 | J188 | Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| J18.9 | J189 | Pneumonie, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J20.0 | J200 | Akute Bronchitis durch Mycoplasma pneumoniae | G | | | | | | |
| J20.1 | J201 | Akute Bronchitis durch Haemophilus influenzae | G | | | | | | |
| J20.2 | J202 | Akute Bronchitis durch Streptokokken | G | | | | | | |
| J20.3 | J203 | Akute Bronchitis durch CoGsackieviren | G | | | | | | |
| J20.4 | J204 | Akute Bronchitis durch Parainfluenzaviren | G | | | | | | |
| J20.5 | J205 | Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren] | G | | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| J20.6 | J206 | Akute Bronchitis durch Rhinoviren | G | | | | | | |
| J20.7 | J207 | Akute Bronchitis durch ECHO-Viren | G | | | | | | |
| J20.8 | J208 | Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger | G | | | | | | |
| J20.9 | J209 | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| J21.0 | J210 | Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren] | G | | | | | | |
| J21.1 | J211 | Akute Bronchiolitis durch humanes Metapneumovirus | G | | | | | | |
| J21.8 | J218 | Akute Bronchiolitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger | G | | | | | | |
| J21.9 | J219 | Akute Bronchiolitis, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J22 | J22 | Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J30.0 | J300 | Rhinopathia vasomotorica | | | | | | | |
| J30.1 | J301 | Allergische Rhinopathie durch Pollen | | | | | | | G |
| J30.2 | J302 | Sonstige saisonale allergische Rhinopathie | | | | | | | G |
| J30.3 | J303 | Sonstige allergische Rhinopathie | | | | | | | G |
| J30.4 | J304 | Allergische Rhinopathie, nicht näher bezeichnet | | | | | | | G |
| J31.0 | J310 | Chronische Rhinitis | | G | | | | | |
| J39.3 | J393 | Hypersensitivitätsreaktion der oberen Atemwege, Lokalisation nicht näher bezeichnet | | | | | | | G |
| J39.80 | J3980 | Erworbene Stenose der Trachea | | G | | | | | |
| J40 | J40 | Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet | | | | | | | |
| J41.0 | J410 | Einfache chronische Bronchitis | G | | | | | | |
| J41.1 | J411 | Schleimig-eitrige chronische Bronchitis | | G | | | | | |
| J41.8 | J418 | Mischformen von einfacher und schleimig-eitriger chronischer Bronchitis | | G | | | | | |
| J42 | J42 | Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis | | G | | | | | |
| J43.0 | J430 | McLeod-Syndrom | | G | G* | | | | |
| J43.1 | J431 | Panlobuläres Emphysem | | G | G* | | | | |
| J43.2 | J432 | Zentrilobuläres Emphysem | | G | G* | | | | |
| J43.8 | J438 | Sonstiges Emphysem | | G | G* | | | | |
| J43.9 | J439 | Emphysem, nicht näher bezeichnet | | G | G* | | | | |
| J44.00 | J4400 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.01 | J4401 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.02 | J4402 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| J44.03 | J4403 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >=70 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.09 | J4409 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet | | G | G* | | | | |
| J44.10 | J4410 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter EGazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.11 | J4411 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter EGazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.12 | J4412 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter EGazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.13 | J4413 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter EGazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=70 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.19 | J4419 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter EGazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet | | G | G* | | | | |
| J44.80 | J4480 | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 <35 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.81 | J4481 | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.82 | J4482 | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.83 | J4483 | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=70 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.89 | J4489 | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J44.90 | J4490 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.91 | J4491 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.92 | J4492 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.93 | J4493 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=70 % des Sollwertes | | G | G* | | | | |
| J44.99 | J4499 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet | | | G* | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| J45.0 | J450 | Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale | | G | G* | | | | G |
| J45.1 | J451 | Nichtallergisches Asthma bronchiale | | G | G* | | | | |
| J45.8 | J458 | Mischformen des Asthma bronchiale | | G | G* | | | | G |
| J45.9 | J459 | Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J47 | J47 | Bronchiektasen | | G | | | | | |
| J60 | J60 | Kohlenbergarbeiter-Pneumokoniose | | G | | | | | |
| J61 | J61 | Pneumokoniose durch Asbest und sonstige anorganische Fasern | | G | | | | | |
| J62.0 | J620 | Pneumokoniose durch Talkum-Staub | | G | | | | | |
| J62.8 | J628 | Pneumokoniose durch sonstigen Quarzstaub | | G | | | | | |
| J63.0 | J630 | Aluminose (Lunge) | | G | | | | | |
| J63.1 | J631 | BauGitfibrose (Lunge) | | G | | | | | |
| J63.2 | J632 | Berylliose | | G | | | | | |
| J63.3 | J633 | Graphitfibrose (Lunge) | | G | | | | | |
| J63.4 | J634 | Siderose | | G | | | | | |
| J63.5 | J635 | Stannose | | G | | | | | |
| J63.8 | J638 | Pneumokoniose durch sonstige näher bezeichnete anorganische Stäube | | G | | | | | |
| J64 | J64 | Nicht näher bezeichnete Pneumokoniose | | G | | | | | |
| J65 | J65 | Pneumokoniose in Verbindung mit Tuberkulose | | G | | | | | |
| J66.0 | J660 | Byssinose | | G | | | | | |
| J66.1 | J661 | Flachsarbeiter-Krankheit | | G | | | | | |
| J66.2 | J662 | Cannabiose | | G | | | | | |
| J66.8 | J668 | Krankheit der Atemwege durch sonstige näher bezeichnete organische Stäube | | G | | | | | |
| J67.0 | J670 | Farmerlunge | | G | | | | | |
| J67.1 | J671 | Bagassose | | G | | | | | |
| J67.2 | J672 | Vogelzüchterlunge | | G | | | | | |
| J67.3 | J673 | Suberose | | G | | | | | |
| J67.4 | J674 | Malzarbeiter-Lunge | | G | | | | | |
| J67.5 | J675 | Pilzarbeiter-Lunge | | G | | | | | |
| J67.6 | J676 | Ahornrindenschäler-Lunge | | G | | | | | |
| J67.7 | J677 | Befeuchter- und Klimaanlage-Lunge | | G | | | | | |
| J67.8 | J678 | Allergische Alveolitis durch organische Stäube | | G | | | | | |
| J67.9 | J679 | Allergische Alveolitis durch nicht näher bezeichneten organischen Staub | | G | | | | | |
| J68.0 | J680 | Bronchitis und Pneumonie durch chemische Substanzen, Gase, Rauch und Dämpfe | G | | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| J68.1 | J681 | Lungenödem durch chemische Substanzen, Gase, Rauch und Dämpfe | | G | | | | | |
| J68.3 | J683 | Sonstige akute und subakute Krankheiten der Atmungsorgane durch chemische Substanzen, Gase, Rauch und Dämpfe | G | | | | | | |
| J68.4 | J684 | Chronische Krankheiten der Atmungsorgane durch chemische Substanzen, Gase, Rauch und Dämpfe | | G | | | | | |
| J68.8 | J688 | Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane durch chemische Substanzen, Gase, Rauch und Dämpfe | | | | | | | |
| J68.9 | J689 | Nicht näher bezeichnete Krankheit der Atmungsorgane durch chemische Substanzen, Gase, Rauch und Dämpfe | | | | | | | |
| J69.0 | J690 | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes | G | | | | | | |
| J69.1 | J691 | Pneumonie durch Öle und EGtrakte | G | | | | | | |
| J69.8 | J698 | Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen | G | | | | | | |
| J70.0 | J700 | Akute Lungenbeteiligung bei Strahleneinwirkung | G | | | | | | |
| J70.1 | J701 | Chronische und sonstige Lungenbeteiligung bei Strahleneinwirkung | | G | | | | | |
| J70.2 | J702 | Akute arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheiten | G | | | | | | |
| J70.3 | J703 | Chronische arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheiten | | G | | | | | |
| J70.4 | J704 | Arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J70.8 | J708 | Krankheiten der Atmungsorgane durch sonstige näher bezeichnete eGogene Substanzen | G | | | | | | |
| J70.9 | J709 | Krankheiten der Atmungsorgane durch nicht näher bezeichnete eGogene Substanz | | | | | | | |
| J80.01 | J8001 | Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Mildes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] | G | | | | | | |
| J80.02 | J8002 | Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Moderates Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] | G | | | | | | |
| J80.03 | J8003 | Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] | G | | | | | | |
| J80.09 | J8009 | Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| J81 | J81 | Lungenödem | G | | | | | | |
| J82 | J82 | Eosinophiles Lungeninfiltrat, anderenorts nicht klassifiziert | G | | | | | | |
| J84.0 | J840 | Alveoläre und parietoalveoläre Krankheitszustände | G | | | | | | |
| J84.1 | J841 | Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose | | G | | | | | |
| J84.8 | J848 | Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten | | G | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| J84.9 | J849 | Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J85.0 | J850 | Gangrän und Nekrose der Lunge | | G | | | | | |
| J85.1 | J851 | Abszess der Lunge mit Pneumonie | G | | | | | | |
| J85.2 | J852 | Abszess der Lunge ohne Pneumonie | G | | | | | | |
| J85.3 | J853 | Abszess des Mediastinums | G | | | | | | |
| J86.0 | J860 | PyothoraG mit Fistel | | G | | | | | |
| J86.9 | J869 | PyothoraG ohne Fistel | | G | | | | | |
| J90 | J90 | Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert | | G | | | | | |
| J91 | J91 | Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten | | G | | | | | |
| J92.0 | J920 | Pleuraplaques mit Nachweis von Asbest | | G | | | | | |
| J92.9 | J929 | Pleuraplaques ohne Nachweis von Asbest | | G | | | | | |
| J93.0 | J930 | Spontaner SpannungspneumothoraG | | G | | | | | |
| J93.1 | J931 | Sonstiger SpontanpneumothoraG | | G | | | | | |
| J93.8 | J938 | Sonstiger PneumothoraG | | G | | | | | |
| J93.9 | J939 | PneumothoraG, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J94.0 | J940 | Chylöser (Pleura-) Erguss | | G | | | | | |
| J94.1 | J941 | FibrothoraG | | G | | | | | |
| J94.2 | J942 | HämatothoraG | | G | | | | | |
| J94.8 | J948 | Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände der Pleura | | G | | | | | |
| J94.9 | J949 | Pleurakrankheit, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J95.0 | J950 | Funktionsstörung eines Tracheostomas | | G | | | | | |
| J95.1 | J951 | Akute pulmonale Insuffizienz nach ThoraGoperation | G | | | | | | |
| J95.2 | J952 | Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am ThoraG vorgenommener Operation | G | | | | | | |
| J95.3 | J953 | Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation | | G | | | | | |
| J95.4 | J954 | Mendelson-Syndrom | G | | | | | | |
| J95.5 | J955 | Subglottische Stenose nach medizinischen Maßnahmen | G | | | | | | |
| J95.80 | J9580 | Iatrogenes PneumothoraG | G | | | | | | |
| J95.81 | J9581 | Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen | G | | | | | | |
| J95.82 | J9582 | Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Trachea, Bronchien und Lunge | G | | | | | | |
| J96.00 | J9600 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoGisch] | G | | | | | | |
| J96.01 | J9601 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch] | G | | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| J96.09 | J9609 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J96.10 | J9610 | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoGisch] | | G | | | | | |
| J96.11 | J9611 | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch] | | G | | | | | |
| J96.19 | J9619 | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J96.90 | J9690 | Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ I [hypoGisch] | | G | | | | | |
| J96.91 | J9691 | Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ II [hyperkapnisch] | | G | | | | | |
| J96.99 | J9699 | Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J98.1 | J981 | Lungenkollaps | | G | | | | | |
| J98.2 | J982 | Interstitielles Emphysem | | G | | | | | |
| J98.3 | J983 | Kompensatorisches Emphysem | | G | | | | | |
| J98.4 | J984 | Sonstige Veränderungen der Lunge | | | | | | | |
| J98.50 | J9850 | Mediastinitis | G | | | | | | |
| J98.58 | J9858 | Sonstige Krankheiten des Mediastinums, anderenorts nicht klassifiziert | | | | | | | |
| J98.6 | J986 | Krankheiten des Zwerchfells | | | | | | | |
| J98.7 | J987 | Infektion der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert | | | | | | | |
| J98.8 | J988 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Atemwege | | | | | | | |
| J98.9 | J989 | Atemwegskrankheit, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| J99.0 | J990 | Lungenkrankheit bei seropositiver chronischer Polyarthrit | | G | | | | | |
| J99.1* | J991 | Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten | | G | | | | | |
| J99.21* | J9921 | Stadium 1 der chronischen Lungen-Graft-versus-Host-Krankheit | | G | | | | | |
| J99.22* | J9922 | Stadium 2 der chronischen Lungen-Graft-versus-Host-Krankheit | | G | | | | | |
| J99.23* | J9923 | Stadium 3 der chronischen Lungen-Graft-versus-Host-Krankheit | | G | | | | | |
| J99.8* | J998 | Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten | | | | | | | |
| K12.21 | K1221 | Submandibularabszess ohne Angabe einer Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal | G | | | | | | |
| K12.22 | K1222 | Submandibularabszess mit Ausbreitung nach mediastinal, parapharyngeal oder zervikal | G | | | | | | |
| K21.0 | K210 | Gastroösophageale RefluGkrankheit mit Ösophagitis | G | | | | | | |
| K21.9 | K219 | Gastroösophageale RefluGkrankheit ohne Ösophagitis | G | | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:--</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| M05.10 | M0510 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen | | G | | | | | |
| M05.11 | M0511 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | G | | | | | |
| M05.12 | M0512 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | G | | | | | |
| M05.13 | M0513 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | G | | | | | |
| M05.14 | M0514 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | G | | | | | |
| M05.15 | M0515 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | G | | | | | |
| M05.16 | M0516 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | G | | | | | |
| M05.17 | M0517 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | G | | | | | |
| M05.18 | M0518 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | G | | | | | |
| M05.19 | M0519 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | | G | | | | | |
| M30.1 | M301 | Panarteriitis mit Lungenbeteiligung | | G | | | | | |
| M41.30 | M4130 | ThoraGbedingte Skoliose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | G | | | | | |
| O74.0 | O740 | Aspirationspneumonie durch Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung | G | | | | | | |
| O88.20 | O8820 | Lungenembolie während der Gestationsperiode | G | | | | | | |
| P23.0 | P230 | Angeborene Pneumonie durch Viren | G | | | | | | |
| P23.1 | P231 | Angeborene Pneumonie durch Chlamydien | G | | | | | | |
| P23.2 | P232 | Angeborene Pneumonie durch Staphylokokken | G | | | | | | |
| P23.3 | P233 | Angeborene Pneumonie durch Streptokokken, Gruppe B | G | | | | | | |
| P23.4 | P234 | Angeborene Pneumonie durch Escherichia coli | G | | | | | | |
| P23.5 | P235 | Angeborene Pneumonie durch Pseudomonasarten | G | | | | | | |
| P23.6 | P236 | Angeborene Pneumonie durch sonstige Bakterien | G | | | | | | |
| P23.8 | P238 | Angeborene Pneumonie durch sonstige Erreger | G | | | | | | |
| P23.9 | P239 | Angeborene Pneumonie, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| P25.2 | P252 | Pneumomediastinum mit Ursprung in der Perinatalperiode | | G | | | | | |
| P26.1 | P261 | Massive Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode | | G | | | | | |
| P26.8 | P268 | Sonstige Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode | | G | | | | | |
| P26.9 | P269 | Nicht näher bezeichnete Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode | | G | | | | | |
| P27.1 | P271 | Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode | | G | | | | | |
| P27.8 | P278 | Sonstige chronische Atemwegskrankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode | | | | | | | |
| P27.9 | P279 | Nicht näher bezeichnete chronische Atemwegskrankheit mit Ursprung in der Perinatalperiode | | G | | | | | |
| Q26.2 | Q262 | Totale Fehleinmündung der Lungenvenen | | G | | | | | |
| Q26.3 | Q263 | Partielle Fehleinmündung der Lungenvenen | | G | | | | | |
| Q26.4 | Q264 | Fehleinmündung der Lungenvenen, nicht näher bezeichnet | | G | | | | | |
| Q32.1 | Q321 | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trachea | | G | | | | | |
| Q32.2 | Q322 | Angeborene Bronchomalazie | | G | | | | | |
| Q32.3 | Q323 | Angeborene Bronchusstenose | | G | | | | | |
| Q32.4 | Q324 | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Bronchien | | G | | | | | |
| Q33.0 | Q330 | Angeborene Zystenlunge | | G | | | | | |
| Q33.1 | Q331 | Akzessorischer Lungenlappen | | G | | | | | |
| Q33.2 | Q332 | Lungensequestration (angeboren) | | G | | | | | |
| Q33.3 | Q333 | Agenesie der Lunge | | G | | | | | |
| Q33.4 | Q334 | Angeborene Bronchiektasie | | G | | | | | |
| Q33.5 | Q335 | Ektopisches Gewebe in der Lunge (angeboren) | | G | | | | | |
| Q33.6 | Q336 | Hypoplasie und Dysplasie der Lunge | | G | | | | | |
| Q33.8 | Q338 | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Lunge | | G | | | | | |
| Q33.9 | Q339 | Angeborene Fehlbildung der Lunge, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| Q34.0 | Q340 | Anomalie der Pleura | | G | | | | | |
| Q34.1 | Q341 | Angeborene Mediastinalzyste | | G | | | | | |
| Q34.8 | Q348 | Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems | | G | | | | | |
| Q34.9 | Q349 | Angeborene Fehlbildung des Atmungssystems, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| Q67.6 | Q676 | Pectus eGcavatum | | G | | | | | |
| Q67.7 | Q677 | Pectus carinatum | | G | | | | | |
| Q67.8 | Q678 | Sonstige angeborene Deformitäten des ThoraG | | G | | | | | |
| R04.2 | R042 | Hämoptoe | G | | | | | | |
| R04.8 | R048 | Blutung aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen | G | | | | | | |
| R04.9 | R049 | Blutung aus den Atemwegen, nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| R05 | R05 | Husten | G | | | | | | |
| R06.0 | R060 | Dyspnoe | G | | | | | | |
| R06.1 | R061 | Stridor | G | | | | | | |
| R06.2 | R062 | Ziehende Atmung | G | | | | | | |
| R06.3 | R063 | Periodische Atmung | G | | | | | | |
| R06.4 | R064 | Hyperventilation | G | | | | | | |
| R06.88 | R0688 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Atmung | | | | | | | |
| R07.1 | R071 | Brustschmerzen bei der Atmung | G | | | | | | |
| R07.3 | R073 | Sonstige Brustschmerzen | G | | | | | | |
| R07.4 | R074 | Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet | | | | | | | |
| R09.0 | R090 | AsphyGie | G | | | | | | |
| R09.1 | R091 | Pleuritis | G | | | | | | |
| R09.2 | R092 | Atemstillstand | G | | | | | | |
| R09.3 | R093 | Abnormes Sputum | | | | | | | |
| R09.8 | R098 | Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen | | | | | | | |
| R91 | R91 | Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge | | | | | | | |
| R94.2 | R942 | Abnorme Ergebnisse von Lungenfunktionsprüfungen | | | | | | | |
| S27.31 | S2731 | Prellung und Hämatom der Lunge | G | | | | | | |
| S27.32 | S2732 | Rissverletzung der Lunge | G | | | | | | |
| S27.38 | S2738 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Lunge | G | | | | | | |
| S27.6 | S276 | Verletzung der Pleura | G | | | | | | |
| T17.3 | T173 | Fremdkörper im Kehlkopf | G | | | | | | |
| T17.4 | T174 | Fremdkörper in der Trachea | G | | | | | | |
| T17.5 | T175 | Fremdkörper im Bronchus | G | | | | | | |
| T17.8 | T178 | Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen der Atemwege | G | | | | | | |
| T17.9 | T179 | Fremdkörper in den Atemwegen, Teil nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| T27.2 | T272 | Verbrennung sonstiger Teile der Atemwege | G | | | | | | |
| T27.3 | T273 | Verbrennung der Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| T27.6 | T276 | Verätzung sonstiger Teile der Atemwege | G | | | | | | |
| T27.7 | T277 | Verätzung der Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| T37.1 | T371 | Vergiftung: Antimykobakterielle Arzneimittel | G | | | | | | |
| T48.7 | T487 | Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete, primär auf das Atmungssystem wirkende Mittel | G | | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| T65.2 | T652 | ToGische Wirkung: Tabak und Nikotin | | | | | | | |
| T78.0 | T780 | Anaphylaktischer Schock durch Nahrungsmittelunverträglichkeit | | | | | | | G |
| T78.1 | T781 | Sonstige Nahrungsmittelunverträglichkeit, anderenorts nicht klassifiziert | G | | | | | | |
| T78.2 | T782 | Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| T78.3 | T783 | Angioneurotisches Ödem | G | | | | | | |
| T85.1 | T851 | Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems | G | | | | | | |
| T85.9 | T859 | Nicht näher bezeichnete Komplikation durch interne Prothese, Implantat oder Transplantat | G | | | | | | |
| T86.3 | T863 | Versagen und Abstoßung eines Herz-Lungen-Transplantates | | G | | | | | |
| T86.81 | T8681 | Versagen und Abstoßung: Lungentransplantat | | G | | | | | |
| T88.4 | T884 | Misslungene oder schwierige Intubation | G | | | | | | |
| T88.6 | T886 | Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemäßer Verabreichung | | | | | | | G |
| U04.9 | U049 | Schweres akutes respiratorisches Syndrom [SARS], nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| U07.1 | U071 | Covid-19, Virus nachgewiesen | G | | | | | | |
| U07.2 | U072 | Covid-19, Virus nicht nachgewiesen | G | | | | | | |
| U08.9 | U089 | COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| U09.9 | U099 | Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| U10.9 | U109 | Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet | G | | | | | | |
| U55.20 | U5520 | Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation: Ohne Dringlichkeitsstufe U [Urgency] oder HU [High Urgency] | | G | | | | | |
| U55.21 | U5521 | Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency] | | G | | | | | |
| U55.22 | U5522 | Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency] | | G | | | | | |
| U55.30 | U5530 | Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation: Ohne Dringlichkeitsstufe U [Urgency] oder HU [High Urgency] | | G | | | | | |
| U55.31 | U5531 | Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation: Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency] | | G | | | | | |
| U55.32 | U5532 | Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation: Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency] | | G | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|----------------|------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| U69.01 | U6901 | Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt | G | | | | | | |
| U69.02 | U6902 | Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, bis zu 28 Tage zurückliegender Hospitalisierung | G | | | | | | |
| U69.03 | U6903 | Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, 29 bis zu 90 Tage zurückliegender Hospitalisierung | G | | | | | | |
| U82.2 | U822 | Atypische Mykobakterien oder Nocardia mit Resistenz gegen ein oder mehrere Erstrangmedikamente | G | | | | | | |
| Y36.9 | Y369 | Verletzungen durch Kriegshandlungen | G | | | | | | |
| Z01.5 | Z015 | Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung | | | | | | | G |
| Z03.0 | Z030 | Beobachtung bei Verdacht auf Tuberkulose | G | | | | | | |
| Z03.1 | Z031 | Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung | G | | | | | | |
| Z08.0 | Z080 | Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung | G | | | | | | |
| Z08.1 | Z081 | Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung | G | | | | | | |
| Z08.2 | Z082 | Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung | G | | | | | | |
| Z08.7 | Z087 | Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung | G | | | | | | |
| Z08.8 | Z088 | Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen bösartiger Neubildung | G | | | | | | |
| Z08.9 | Z089 | Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen bösartiger Neubildung | G | | | | | | |
| Z09.0 | Z090 | Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen anderer Krankheitszustände | G | | | | | | |
| Z09.1 | Z091 | Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen anderer Krankheitszustände | G | | | | | | |
| Z09.2 | Z092 | Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen anderer Krankheitszustände | G | | | | | | |
| Z09.3 | Z093 | Nachuntersuchung nach Psychotherapie | | | | | | | |
| Z09.4 | Z094 | Nachuntersuchung nach Frakturbehandlung | G | | | | | | |
| Z09.7 | Z097 | Nachuntersuchung nach Kombinationsbehandlung wegen anderer Krankheitszustände | | | | | | | |
| Z09.80 | Z0980 | Nachuntersuchung nach Organtransplantation | | G | | | | | |
| Z09.88 | Z0988 | Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände | | | | | | | |
| Z09.9 | Z099 | Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen anderer Krankheitszustände | | | | | | | |

| <u>ICD-Cod</u> | <u>ICD-Code (ohne Punkt)</u> | <u>ICD-TeGt</u> | <u>P2: Akute Erkrankungen</u> | <u>BG1: Chroniker-Versorgung:...</u> | <u>BG2A1</u> | <u>BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Rauchstopp</u> | <u>BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen</u> | <u>BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)</u> | <u>BG5: Allergologie</u> |
|--|------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--|--|--------------------------|
| Z11 | Z11 | Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten | G | | | | | | |
| Z12.2 | Z122 | Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Atmungsorgane | G | | | | | | |
| Z23.7 | Z237 | Notwendigkeit der Impfung gegen Keuchhusten [Pertussis], nicht kombiniert | G | | | | | | |
| Z25.1 | Z251 | Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe [Influenza] | G | | | | | | |
| Z46.2 | Z462 | Versorgen mit und Anpassen von anderen medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln für das Nervensystem oder für spezielle Sinnesorgane | G | | | | | | |
| Z46.8 | Z468 | Versorgen mit und Anpassen von sonstigen näher bezeichneten medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln | G | | | | | | |
| Z46.9 | Z469 | Versorgen mit und Anpassen eines nicht näher bezeichneten medizinischen Gerätes oder Hilfsmittels | | | | | | | |
| Z52.80 | Z5280 | Lungenspender | G | | | | | | |
| Z56 | Z56 | Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben | G | | | | | | |
| Z57 | Z57 | Berufliche EGposition gegenüber Risikofaktoren | G | | | | | | |
| Z58 | Z58 | Kontaktanlässe mit Bezug auf die physikalische Umwelt | G | | | | | | |
| Z80.1 | Z801 | Bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien oder der Lunge in der Familienanamnese | | | | | | | |
| Z80.2 | Z802 | Bösartige Neubildung anderer Atmungs- und intrathorakaler Organe in der Familienanamnese | | | | | | | |
| Z83.6 | Z836 | Krankheiten der Atemwege in der Familienanamnese | G | | | | | | |
| Z85.1 | Z851 | Bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien oder der Lunge in der Eigenanamnese | | G | | | | | |
| Z85.2 | Z852 | Bösartige Neubildung anderer Atmungs- und intrathorakaler Organe in der Eigenanamnese | | G | | | | | |
| Z87.0 | Z870 | Krankheiten des Atmungssystems in der Eigenanamnese | G | | | | | | |
| Z90.2 | Z902 | Verlust der Lunge [Teile der Lunge] | | G | | | | | |
| Z94.2 | Z942 | Zustand nach Lungentransplantation | | G | | | | | |
| Z94.3 | Z943 | Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation | | G | | | | | |
| Z99.0 | Z990 | Abhängigkeit (langzeitig) vom Aspirator | | G | | | | | |
| Z99.1 | Z991 | Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator | | G | | | | | |
| * BG2A1 nur bei Kombination F17.1/F17.2 und Asthma oder COPD abrechenbar | | | | | | | | | |

Rationale Pharmakotherapie

Die Vertragspartner streben durch diesen Vertrag die Umsetzung einer Rationalen Pharmakotherapie an. Die ärztliche Hoheit und Verantwortung bei der Verordnung bleiben dabei voll gewahrt. Der FACHARZT soll für alle Patienten eine leitliniengerechte und unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Verordnung von Arzneimitteln durchführen. Aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur Realisierung einer rationalen Pharmakotherapie erhält der FACHARZT sowohl in den Qualitätszirkeln gem. Anlage 2 als auch in der Vertragssoftware. Die Vertragspartner streben darüber hinaus an, diesen Vertrag um weitere unterstützende Maßnahmen zur optimalen Umsetzung der rationalen Pharmakotherapie, sowie zur Beförderung der Adhärenz zu erweitern.

1. Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Die Empfehlungen, welche in die Vertragssoftware eingeflossen sind, sind von einem Gremium aus Experten, insbesondere des niedergelassenen pneumologischen und hausärztlichen Bereichs, Apothekern und Ärzten der AOK und BKK sowie Vertretern von BdP BW und MEDIVERBUND auf der Basis von medizinischen und ökonomischen Kriterien unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren erarbeitet worden. Es handelt sich dabei um einen permanenten Prozess, die Empfehlungen werden laufend fortgeschrieben und an die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst. Sie erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und umfassen möglicherweise nicht sämtliche einschlägigen Aspekte.

Die Kriterien, nach denen der Zuschlag von 4,00 € pro Quartal auf die Grundpauschale P1 ausgezahlt wird, können von der AOK, der BKK und vom MEDIVERBUND einvernehmlich vierteljährlich angepasst werden. Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. **Die übrigen Vertragspartner stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.**

Falls ein FACHARZT in einem Quartal Arzneimittel außerhalb der Vertragssoftware verordnet und die Ermittlung einer oder mehrerer seiner Quoten dadurch verfälscht wird, kann der Zuschlag Rationale Pharmakotherapie für diesen FACHARZT für dieses Quartal auch im Nachhinein gestrichen und verrechnet werden.

Da die in der Vertragssoftware hinterlegten Arzneimittelempfehlungen regelmäßig aktualisiert werden können, erfolgt auch die Auswertung der Quoten jeweils taggleich auf Basis des jeweiligen Standes der Arzneimittelempfehlungen. Abweichend von den durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Grundlage von § 73 Abs. 9 SGB V erlassenen Richtlinien, sind in der Software farbliche Hinterlegungen von Arzneimitteln enthalten. Diese dienen dazu, den Arzt bei einem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten zu unterstützen.

In der Vertragssoftware gibt es für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:

Grün hinterlegt sind:

1. Patentfreie Arzneimittel, für die im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden (= **Rabatt-Grün**)
2. Grün berechnete Arzneimittel. Sie haben keine Auswirkung auf die Quote.

Blau hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden.

Orange hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel substituiert werden können, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden (Blau hinterlegt).

Rot hinterlegt sind:

Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.

Nicht farblich hinterlegt sind:

Alle übrigen Arzneimittel.

Dem FACHARZT wird empfohlen, im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel zu verordnen.

Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollen gegenüber Verordnungen von orange hinterlegten Arzneimitteln bevorzugt werden.

Verordnungen von grün hinterlegten Arzneimitteln sollen bevorzugt werden.

Bei Verordnungen von rot hinterlegten Arzneimitteln soll der Substitutionsvorschlag bevorzugt werden.

Ermittlung des Zuschlages

Der Zuschlag von 4,00 € wird aufgeteilt in

1. einen Zuschlag Rot (2,50€),
2. einen Zuschlag Rabatt-Grün (1,00€) und
3. einen Zuschlag Blau (0,50€).

Die Zuschläge können einzeln ausgelöst werden und werden in Form von Prozentangaben ermittelt, indem zunächst die folgenden Indikatoren gebildet werden:

| Indikator | Zähler | Nenner |
|------------------|--|---|
| Rot | Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind | Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind sowie die Anzahl der Verordnungen der Wirkstoffe, die zu ihrer Substitution vorgeschlagen werden |
| Rabatt-Grün | Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die "Rabatt-Grün" markiert sind | Anzahl von Verordnungen von Arzneimitteln mit ausgeschriebenen Wirkstoff-Rabattverträgen sowie der Anzahl der Verordnungen von wirkstoffgleichen Alternativen ohne Rabattvertrag. |
| Blau | Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die blau markiert sind | Anzahl der Verordnungen der blau hinterlegten Arzneimittel sowie die Verordnungen der Alternativen ohne Rabattvertrag. |

Ausgelöst werden die Zuschläge, wenn folgende Schwellenwerte erreicht werden:

| | |
|-------------|-------------|
| Rot | $\leq 3\%$ |
| Rabatt-Grün | $\geq 90\%$ |
| Blau | $\geq 70\%$ |

Über weitere Plausibilisierungsmaßnahmen verständigen sich die Vertragspartner und ergänzen diese Anlage.

Die Vertragspartner vereinbaren, dass in den ersten beiden Quartalen der Vertragsumsetzung durch die Fachärzte verordnete Packungen der Wirkstoffkombinationen Fluticason/Vilanterol (ATC R03AK10) und Fluticason/Formoterol (R03AK11) sowie Indacaterol und Mometason (R03AK14) in der Berechnung der Rotquote mit Faktor 0 berücksichtigt werden sowie ein Aussetzen der Vergütung der Rotquote in diesem Zeitraum.

Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis („EFA®“)

Der Vergütung des im Rahmen des Facharztvertrages vereinbarten Vergütungszuschlages (siehe Vergütungstabelle) liegen folgende Rahmenbedingungen zugrunde:

Abrechnungsvoraussetzungen für FACHARZT und EFA®

1. Allgemeine Abrechnungsvoraussetzung

Teilnehmen können alle FACHÄRZTE, wenn sie mindestens eine/n ausgebildete und bei MEDIVERBUND gemeldete Medizinische Fachangestellte/n, Arzthelfer/-in, Krankenschwester/Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder Altenpfleger/-in (im Nachfolgenden gemeinsam als Medizinische/r Fachangestellte/r bezeichnet) in ihrer Praxis beschäftigen (mindestens halbe Stelle, sozialversicherungspflichtige Festanstellung).

2. Spezielle Abrechnungsvoraussetzungen

- a) Erfolgreiche Teilnahme der/des Medizinischen Fachangestellten (MFA) am zwischen den Vertragspartnern gemeinsam vereinbarten Weiterbildungslehrgang „EFA® Pneumologie“ in Baden-Württemberg.

Das Nähere zum Inhalt und Umfang der Teilnahme am Lehrgang, insbesondere zum Curriculum des Lehrgangs, der Art und Form erforderlichen Abschlussprüfung und der Anerkennung von zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung bereits in anderen Bundesländern oder nach anderen Curricula ausgebildeten EFA®s, regelt der Beirat gemäß § 22 des Hauptvertrages.

- b) Die MFA muss mindestens ein Jahr Vorbeschäftigungszeit in einer Facharztpraxis oder vergleichbaren stationären Einrichtung mit Schwerpunkt pneumologischer Leistungen vorweisen. Auf diese Vorbeschäftigungszeit werden Ausbildungszeiten einer/s MFA in einer entsprechenden Facharztpraxis oder stationären Einrichtung angerechnet. Die Anstellung, das Ausscheiden sowie Unterbrechungen der Anstellung ab einem vollen Quartal (z.B. Elternzeit, Arbeitsunfähigkeit, unbezahlter Urlaub und sonstige Freistellungen ohne Tätigkeit) einer EFA® sind seitens der Arztpraxis mittels des vorgeschriebenen Formvordrucks unverzüglich bei der Managementgesellschaft anzuzeigen.
- c) Teilnahme der EFA® an mindestens einem von den Vertragspartnern organisierten Qualitätszirkel pro Kalenderjahr. Wird der Zuschlag innerhalb eines Kalenderjahres in nur zwei Quartalen oder weniger abgerechnet (unterjährige EFA®-Anerkennung zur Abrechnung), ist die Teilnahme an einem Qualitätszirkel in diesem Kalenderjahr fakultativ.

3. Abrechnung des EFA®-Zuschlages

Der EFA®-Zuschlag beträgt 5 Euro pro Quartal und wird auf das Beratungsgespräch BG1 erstmalig ab dem Beginn des Quartals mit Abschluss des vertragsspezifischen Teils der Schulung (8 Unterrichtseinheiten) zur EFA® Pneumologie gem. Ziffer 2. lit. a) und der Erfüllung der Voraussetzung gemäß Ziffer 2. lit. b) ausbezahlt. Die Meldung der EFA® erfolgt mit dem vereinbarten Formvordruck. Während der Durchführung der Weiterbildung gem. Ziffer 2

lit. a) erfolgt die Auszahlung des EFA®-Zuschlags unter dem Vorbehalt des erfolgreichen Abschlusses der Weiterbildung. Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung ist durch eine Urkunde bzw. ein Zertifikat nachzuweisen.

Der EFA®-Zuschlag erfolgt nur dann, wenn die EFA®-Tätigkeit in einer Praxis mindestens 50% einer Vollzeitkraft entspricht. Pro Quartal und pro EFA®-Vollzeitkraft (wöchentliche Arbeitszeit mind. 38,5 Stunden) werden einer Praxis bis zu 300 EFA®-Zuschläge vergütet. Bei einem Tätigkeitsumfang von 75% (wöchentliche Arbeitszeit mind. 28 Stunden) werden einer Praxis bis zu 225 EFA®-Zuschläge vergütet. Bei einem Tätigkeitsumfang von 50% (wöchentliche Arbeitszeit mind. 19 Stunden) werden einer Praxis bis zu 150 EFA®-Zuschläge vergütet.

Bei nicht nachgewiesener Teilnahme der EFA® an einem Qualitätszirkel nach Ziffer 2. lit. c) bleibt der bereits ausgezahlte EFA®-Zuschlag für das Kalenderjahr der Nichtteilnahme zunächst unangetastet. Erfolgt im anschließenden Kalenderjahr erneut keine Teilnahme an einem Qualitätszirkel, werden für beide Kalenderjahre der Nichtteilnahme die EFA®-Zuschläge vollständig zurückgefordert und für die zukünftigen Quartale gestrichen. Erfolgt nach einer Streichung / Rückforderung eine erneute Teilnahme am Qualitätszirkel, wird der EFA®-Zuschlag ab dem Kalenderjahr, in dem der Qualitätszirkel erstmals wieder besucht wurde, erneut in voller Höhe vergütet.

Für Quartale, in denen keine EFA® in der Arztpraxis tätig wird (Unterbrechungen siehe Nr. 2 lit. b)), kann kein EFA®-Zuschlag abgerechnet werden.

Der EFA®-Zuschlag kann nur abgerechnet werden, wenn die Aufgaben gemäß beiliegender Aufgabenübersicht entsprechend beachtet und umgesetzt werden.

Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis („EFA®“)

Aufgabenbeschreibung EFA® Pneumologie Grundverständnis

Fokus auf chronische Erkrankungen:

Krankheiten des Atmungssystems verursachen etwa 6 % aller verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre und 5 % der gesamten Krankheitskosten.

Chronifizierende Krankheiten wie Asthma, COPD, Lungenkarzinom steigen mit zunehmendem Alter, wobei Nikotinabusus das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache von Sterblichkeit ist.

Die Atemwegserkrankungen Asthma und COPD zählen zu den am häufigsten behandelten Diagnosen beim Facharzt Pneumologie und stehen daher hier im Mittelpunkt.

Nicht-medikamentöse Therapie:

Die EFA® Pneumologie unterstützt die Versorgung von Menschen mit chronifizierenden Lungenerkrankungen zu Lebensstilveränderungen und Krankheitsbewältigung u.a. durch praktische Tipps und Motivation.

Ziel ist, weitere gesundheitliche Schäden abzuwenden oder möglichst nicht zu verschlechtern durch entsprechendes Problembewusstsein für Verhaltensänderungen.

Dies gilt vor allem zum Rauchstopp, zur Bewegung und zur Ernährung, weil die nicht-medikamentöse Therapie 1. mit Ausschaltung von Noxen, 2. regelmäßiger körperlicher Aktivität, 3. wie zudem auch zur Gewichtsoptimierung mit z.B. mediterraner Kost physiologisch und psychologisch deutliche Effekte zeigt zum Beispiel durch weniger Luftnot, mehr Ausdauer usw..

Selbstmanagement und Gesundheitsinformation fördern im Rahmen des Qualitätskonzepts:

Im Rahmen des Qualitätskonzepts gemäß QiSA ist die Schulung der Patienten durch die EFA® hilfreich. Dabei steht eine korrekte Anwendung der Medikation und das Selbstmanagement im Vordergrund. Zum Beispiel soll jeder Patient, der raucht, eine Empfehlung zur Raucherentwöhnung erhalten mit Dokumentation „Anweisung zum Nikotinstopp gegeben ja/nein“ gemäß Anamnese „Raucher ja/nein ggf. Anzahl der Zigaretten“.

Eine evidenzbasierte Beratung in der Praxis erfordert zudem eine standardisierte Informationsvermittlung zum einen inhaltlich und zum anderen auch zur Gesprächsführung basierend auf den gemeinsamen Vereinbarungen in den Anlagen 12, 17 und Anhängen.

Präventionsangebote zu den Themenbereichen Bewegung, Ernährung, Stressmanagement, Rauchstopp gemäß fachlicher Standards werden ebenso einbezogen wie die krankheitsspezifische Bedeutung der einzelnen Maßnahmen für den Krankheitsverlauf, zumal oft Begleiterkrankungen vorliegen wie z.B. COPD und KHK.

Quellen:

Robert Koch-Institut Hrsg. (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes

W. Banzer Hrsg Körperliche Aktivität und Gesundheit Springer-Verlag 2017

Herold Innere Medizin 2020

Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 71. Jahrgang 4/2020

Thomas Hausen Pneumologie für die Praxis Urban & Fischer 2018, QiSA Band C1

| | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> Praktische Hilfestellungen www.bzga.de, www.rauchfrei-info.de, www.dkfz.de, www.tabakkontrolle.de, DMP Curaplan, AOK Gesundheitsangebote & Präventionsberater www.aok.de, Patientenbegleitung www.bosch-bkk.de zudem digital, z.B. www.nichtraucherhelden.de</p> <p><u>zur körperlichen Aktivität und Sport v.a.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Im Alltag (z. B. Treppensteigen, Hausarbeit, spazieren, walken, Radfahren usw.) mit dem Ziel mindestens 150 bis zu 300 Minuten bei moderater Intensität (bedeutet: sprechen/unterhalten möglich) oder 75-150 Minuten bei hoher Intensität pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> In Turn/ Sportvereinen bzw. körperliche Aktivität/ Training v. a. Kraft, Ausdauer und Koordinationstraining</p> <p><input type="checkbox"/> Durch Gesundheitsangebote der AOK über den AOK-Präventionsberater oder Online (siehe auch https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/) und über Bosch BKK-Präventionsbegleiter oder https://www.bosch-bkk.de/gesundheitskurse</p> <p>➔ dazu ärztliche Empfehlung für Versicherte ausstellen z.B. als „grünes Rezept“ https://pro-gruenes-rezept.de/ mit dem zutreffenden ICD Schlüssel gemäß DIMDI für die jeweiligen Ansprechpartner in den AOK Gesundheitszentren (https://www.mediverbund-ag.de/file/1993)</p> <p>➔ wird zusätzlich eine Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme ausgefüllt und mit Datenschutzerklärung an die Ansprechpartner übermittelt, können diese sich direkt bei Patienten melden</p> <p><input type="checkbox"/> Zu Patienteninformationen u.a. z.B. https://www.pat-liga.de/training-bei-copd.html</p> <p><u>zur Ernährung/ Gewichtsoptimierung z.B.</u></p> | <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> | <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> | <p>Siehe An. 17. Anh. 1 & 1a</p> |
|---|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|

| | | | |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zur AOK Ernährungsberatung, über den AOK Präventionsberater (siehe oben), über ein AOK Kundencenter, oder Online (siehe auch https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/) <input type="checkbox"/> Zur Bosch BKK Ernährungsberatung, über Bosch BKK Patientenbegleiter, über Bosch BKK Geschäftsstelle oder Online oder www.bosch-bkk.de/Ernaehrungsberatung <input type="checkbox"/> Mediterrane Ernährung zur Verringerung von chronischen, nichtübertragbaren Erkrankungen (auch „Alles Gute für Ihr Herz“ in Curaplan DMP KHK) <input type="checkbox"/> 10 Regeln der DGE zur leichten Vollkost <input type="checkbox"/> Angebote wie „Leichter leben - leichter fühlen“ (siehe auch https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/) „Aktiv und genussvoll abnehmen“ www.abnehmen-mit-genuss.de/ <input type="checkbox"/> Zu Patienteninformationen u.a. z.B. www.lungeninformationsdienst.de <p><u>zu Selbsthilfegruppen z. B.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) https://www.nakos.de <input type="checkbox"/> Selbsthilfekontaktstellen Baden-Württemberg www.sekis-bw.de/selbsthilfe/ | X | X | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ggf. über Patientenschulungen | X | X | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mittels Motivation zur Teilnahme an DMPs der AOK und Bosch BKK bei Multimorbidität wie z. B. KHK | X | X | |

ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, am Vertragsmodul zur elektronischen Arztvernetzung im Rahmen der AOK BW Selektivverträge teilzunehmen und die Fachanwendungen zu nutzen. Die Teilnahme (siehe II) ist für den FACHARZT freiwillig und kann entsprechend dieser Anlage gekündigt (siehe III) werden.

Ziel der elektronischen Arztvernetzung ist der sichere und schnelle Austausch strukturierter Behandlungsdaten zwischen den an der Patientenbehandlung beteiligten HAUSÄRZTEN und FACHÄRZTEN sowie im Falle der eAU der elektronische Versand eines bundeseinheitlichen Formularmusters (Muster 1a) an die AOK BW.

Mit diesem Vernetzungsschritt bauen die Vertragspartner die Funktionalität der alternativen Regelversorgung für HAUSÄRZTE und FACHÄRZTE sowie für am Haus- bzw. FacharztProgramm der AOK teilnehmende Versicherte weiter aus und sichern den digitalen Transformationsprozess in eigenständiger und unabhängiger Umsetzung. Dabei setzen sie weitest möglich auf technische Standards, die eine rechtliche und ökonomische Anschlussfähigkeit an zentrale Entwicklungen im Gesundheitswesen (Telematikinfrastruktur) ermöglichen.

Die elektronische Arztvernetzung startet mit drei Fachanwendungen. Mit der Teilnahme an dem Vertragsmodul „Elektronische Arztvernetzung“ verpflichten sich die FACHÄRZTE zur Schaffung der entsprechenden technischen Voraussetzungen sowie zur adäquaten Nutzung bzw. Angebot an Patienten. Die Art und Weise der Nutzung der jeweiligen Fachanwendungen richtet sich nach der obligatorischen Anforderung und technischen Beschreibung gem. Anlage 10 des Pneumologie-Vertrages (Aufnahme in den Anforderungskatalog Vertragssoftware).

I. Fachanwendungen

Die elektronische Arztvernetzung beinhaltet nachfolgend aufgeführte Fachanwendungen:

a) eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Der elektronische Versand des Musters 1a der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgt im Rahmen des Pneumologie-Vertrages und über die dort bereits verfügbaren Systeme und etablierten Infrastrukturen mit dem Ziel, weitestgehend papierersetzend zu sein. Hierzu wird ein neuer Prozess in der Arztpraxis etabliert, in dem die Übermittlung des Musters 1a an die AOK BW nicht mehr durch den Patienten, sondern durch die Arztpraxis direkt und digital erfolgt. Die Muster 1b und 1c müssen weiterhin in jedem Fall ausgedruckt werden.

Die papierersetzende elektronische Version des Musters 1a wird mit einer elektronischen Signatur eines an der IT-Vernetzung teilnehmenden Arztes signiert. Hierbei kann es z.B. durch Delegation an ärztliches Personal zu Abweichungen zwischen ausstellendem Arzt und signierendem Arzt kommen. Die Vertragspartner sind sich einig, dass diese Abweichungen kein Sanktionsgrund, sondern durch den Praxisablauf begründet sind.

Die Details zur Verwendung der elektronischen Signatur sind Bestandteil des Anforderungskatalogs der Vertragssoftware (Anlage 10) sowie der Anforderungen an die zentrale Infrastruktur/Betreibergesellschaft.

b) eArztbrief

Mit dem elektronischen Arztbrief (eArztbrief) werden Daten, die für einen eArztbrief relevant sind, in strukturierter Form unter Zuhilfenahme eines offenen Standards elektronisch versendet, sodass der Empfänger des eArztbriefes die Möglichkeit hat, diese Daten elektronisch (weiter-)verarbeitbar in sein eigenes Praxisverwaltungssystem zu übernehmen. Zusätzlich können auch unstrukturierte Daten Teil des eArztbriefes sein.

Die Daten werden vor dem Versenden elektronisch signiert.

Die dann folgende Verschlüsselung ist so aufgebaut, dass nur der Empfänger in der Lage ist, die Daten zu entschlüsseln und zu lesen. Während des kompletten Transports des Briefes ist es keiner Stelle möglich, Zugriff auf das Dokument zu erhalten.

Der FACHARZT erhält in seiner Vertragssoftware die Möglichkeit, einen eArztbrief zu erstellen. Das Praxisverwaltungssystem unterstützt ihn weitest möglich durch die automatische Befüllung des eArztbriefes.

Grundsätzlich werden zwei Arten des Versands eines eArztbriefes unterschieden:

a. Adressierter Versand:

Dieser Versand dient dazu, einer bestimmten Einzelarztpraxis/einer BAG/einem MVZ einen eArztbrief zukommen zu lassen).

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, über eine Suchmaske einen direkten Empfänger für seinen eArztbrief zu suchen. Hierfür stehen in der Suche verschiedene Merkmale zur Verfügung.

Wenn der FACHARZT über diese Maske einen Adressaten ausgewählt hat, wird der eArztbrief adressiert an diese Einzelarztpraxis/diese BAG/dieses MVZ verschickt.

Abholung:

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis, dass er einen neuen eArztbrief zugesendet bekommen hat. Er kann diesen dann aufrufen und weiterverarbeiten.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholt eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

b. Gerichteter Versand:

Dieser Versand dient dem FACHARZT dazu, einer definierten Empfängergruppe (Empfängergruppe der Praxis) einen Brief zuzusenden, ohne dass beim Versand der Adressat namentlich bekannt ist. Näheres regelt die Beschreibung der Fachanwendung eArztbrief.

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, eine Empfängergruppe zu wählen. Jeder FACHARZT gibt bei seiner Teilnahmeerklärung die Empfängergruppe an, deren typischen Leistungen Bestandteil seines Leistungsangebots sind (z.B. Diabetologie).

Abholung:

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis auf den Eingang eines gerichtet versendeten eArztbriefes, wenn die Karteikarte des betreffenden Patienten geöffnet wird und die Versicherungskarte des Patienten im aktuellen Quartal eingesehen wurde. Er kann sich dann entscheiden, diesen Arztbrief in sein System zu importieren.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholt eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

c) HAUSKOMET (hausärztlich kontrollierte medikamentöse Therapie)

Bei HAUSKOMET handelt es sich um einen zentralen, durch den HAUSARZT gepflegten Medikationsspeicher zu einem Patienten mit AMTS-Funktionalität. FACHÄRZTE können lesend auf den Medikationsspeicher zugreifen und Ergänzungen in Form von Änderungsdatensätzen angeben. Haus- und Facharzt verantworten die Sicherheit der Pharmakotherapie gemeinsam, der HAUSARZT entscheidet im Sinne eines finalen Editors über die Änderungsdatensätze und übernimmt diese in den Medikationsspeicher. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden von den beteiligten Haus- und Fachärzten über ein AMTS-Modul geprüft. Der Arzt-zu-Arzt-Austausch von Medikationsinformationen auf elektronischen Weg wird berücksichtigt und fokussiert. HAUSKOMET ermöglicht die Schaffung einer Zusammenstellung von Medikationsinformationen, die vollumfänglich strukturiert verwendet werden können, z.B. für einen elektronischen AMTS-Check.

II. Teilnahme des FACHARZTES

Die Teilnahme ist gegenüber der Managementgesellschaft durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach diesem Anhang des Pneumologie-Vertrags („Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung“) schriftlich zu beantragen. Voraussetzung für die Teilnahme ist der Nachweis über die Installation des Vertragssoftwaremoduls zur elektronischen Arztvernetzung. Nach Eingang der Teilnahmeerklärung des FACHARZTES wird der FACHARZT mit Ausstellung der Teilnahmebestätigung als Teilnehmer der Vernetzung geführt. Im Rahmen seiner Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung stimmt der FACHARZT der

Veröffentlichung seiner Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung sowohl im Rahmen der Fachanwendungen als auch auf den Web-Angeboten der Vertragspartner zu.

III. Kündigung der Teilnahme des FACHARZTES

Ein an der Vernetzung teilnehmender FACHARZT kann seine Teilnahme an der Vernetzung mit einer Frist von 4 Wochen zum Kalenderquartalsende schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft kündigen. Mit dem Folgequartal wird der Arzt nicht mehr als Teilnehmer der Vernetzung geführt.

IV. Erfolgsbonus elektronische Arztvernetzung

Zur Ausschüttung des erfolgsbasierten Zuschlags im Rahmen der elektronischen Arztvernetzung (eAV) müssen die beiden nachstehend genannten Voraussetzungen im jeweiligen Abrechnungsquartal erfüllt sein:

1) Strukturelle Quote - Teilnahmequote eAV (Grundvoraussetzung)

Die Teilnahmequote eAV für das jeweilige Abrechnungsquartal ergibt sich aus der Anzahl der aktiv an der eAV gem. Ziffer II teilnehmenden HAUS- bzw. FACHÄRZTE, dividiert durch die Gesamtzahl aller an der HZV bzw. Facharztvertrag teilnehmenden HAUS- bzw. FACHÄRZTE (außer teilnehmende HZV-Ärzte der Anlage 12a und Psychotherapeuten). Dieser Quotient wird mit 100 multipliziert, um den prozentualen Anteil zu ermitteln. Die zu erfüllenden Teilnahmequoten ergeben sich, bezogen auf das jeweilige Kalenderjahr, aus der nachfolgenden Tabelle. Die Teilnahmequote ist nur dann erreicht, wenn mindestens die geforderten Anteile sowohl der HAUS- als auch der FACHÄRZTE erreicht werden.

| Jahr | Anteil teilnehmender HZV-Ärzte | | Anteil teilnehmender 73c/140a-Fachärzte |
|---------|--------------------------------|---|---|
| 2020 | 50% | + | 50% |
| 2021 | 60% | | 60% |
| Ab 2022 | 75% | | 75% |

2) Umsetzungsquote – Versichertenanteil mit Anwendung eArztbrief (eAB) oder HAUSKOMMET (HK)

Die Umsetzungsquote für das jeweilige Abrechnungsquartal ergibt sich aus der Anzahl der HZV-Versicherten, in deren Behandlung im betreffenden Quartal mindestens eine Fachanwendung (eAB oder HK gem. Ziffer I lit. b) oder c)) innerhalb der HZV oder der Facharztverträge eingesetzt wurde, dividiert durch die Gesamtzahl aller eingeschriebenen HZV-Versicherten (ohne Versicherte, die bei Kinder- und Jugendärzten gem. Anlage 12a eingeschrieben sind). Dieser Quotient wird mit 100 multipliziert, um den prozentualen Anteil zu ermitteln. Die zu erfüllende Umsetzungsquote ergibt sich, bezogen auf das jeweilige Kalenderjahr, aus der nachfolgenden Tabelle.

| Jahr | Anteil HZV-Versicherter mit Anwendung eAB und/oder HK an allen HZV-Versicherten |
|---------|---|
| 2020 | 10% |
| 2021 | 12,5% |
| Ab 2022 | 15% |

Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG

Nicht besetzt.

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung des FACHARZTES auf Vertragsmäßigkeit und Plausibilität (§§ 19, 20 des Vertrages, **Anlage 12**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware). Zusätzlich führen die AOK bzw. die BKK eine solche Prüfung anhand der AOK- bzw. BKK-Abrechnung der Managementgesellschaft durch.
- (2) Die Prüfung erfolgt **insbesondere** anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme am Vertrag;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen und der Zuschläge (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß ICD 10 (endstellig, korrekt, aktuell);
- (3) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK – bzw. BKK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den FACHARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand (**Anlage 10**) übermittelten Dokumentation.
- (5) Die Managementgesellschaft erfasst die nach ihrer Prüfung und der Prüfung der AOK bzw. BKK gesetzlich und vertraglich im Sinne der vorstehenden Absätze ordnungsgemäß erbrachten Leistungen in einem dem FACHARZT übersandten Abrechnungsnachweis (§ 19 Abs. 5 des Vertrages). Zu Einzelheiten der Prüfung und Versendung des Abrechnungsnachweises sowie zu möglichen Abrechnungskorrekturen wird auf das in den §§ 19, 20 des Vertrages und **Anlage 12** ABSCHNITTE III und IV niedergelegte Verfahren verwiesen.
- (6) Die Managementgesellschaft und die AOK bzw. die BKK unterrichten sich wechselseitig unverzüglich über auffällige Abrechnungen von FACHÄRZTEN.

- (7) Wenn die Prüfungen gemäß Ziffer 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur das Verfahren nach **Anlage 15** Anwendung finden.

- (8) **Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 19 Abs. 2 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.**

Prüfwesen

Abschnitt I: Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung

- (1) Die AOK bzw. die BKK prüfen die Abrechnungen der FACHÄRZTE über die Abrechnungsprüfkriterien der **Anlage 13** im Rahmen der Prüfung der AOK- bzw. BKK-Abrechnung (§ 20 Abs. 1 des Vertrages) hinaus insbesondere hinsichtlich
 - a) des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht;
 - b) der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen, auch in Bezug auf die angegebene Diagnose;
 - c) der Plausibilität der Zahl der von eingeschriebenen Versicherten in Anspruch genommenen FACHÄRZTE und sonstigen Ärzten und der dabei abgerechneten Leistungen durch Überprüfung der FACHARZT -Abrechnung und der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf Grundlage der ihr insoweit über die aus der Umsetzung des Vertrags hinaus vorliegenden Daten;
 - d) der Plausibilität von Verordnungen im Rahmen dieses Vertrags – auch in Verbindung mit Verordnungen aus der kollektivvertraglichen Versorgung soweit davon eingeschriebene Versicherte betroffen sind.
- (2) Die AOK bzw. die BKK kann (z. B. über Versichertenbefragungen) auch die Leistungserbringung der FACHÄRZTE hinsichtlich der Leistungsqualität (z.B. die grundsätzliche Einhaltung von Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2**) sowie die Einhaltung der sonstigen vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere gemäß § 5 des Vertrages (z.B. werktägliche Sprechstunde, Abendsprechstunde) überprüfen.
- (3) Durch das Verfahren nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 soll die gesetzeskonforme, vertragsgemäße, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung sichergestellt werden. Unnötiger bürokratischer Prüfaufwand soll vermieden werden.
- (4) Die AOK und die BKK unterrichten die Managementgesellschaft über die Durchführung der Prüfungen gemäß den vorstehenden Absätzen 1 und 2 und deren Ergebnisse, soweit sie diesen Vertrag betreffen.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß Absatz 1 Auffälligkeiten ergeben, die diesen Vertrag betreffen, kann die Managementgesellschaft den betroffenen FACHARZT zu einer schriftlichen Stellungnahme auffordern. Lassen sich die Auffälligkeiten durch die schriftliche Stellungnahme nicht vollständig ausräumen oder wird eine Stellungnahme

Vertrag vom 26.02.2021

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

nicht innerhalb angemessener Frist vorgelegt, führt die Managementgesellschaft in der Regel mit dem FACHARZT ein Gespräch (telefonisch oder persönlich). Der FACHARZT ist verpflichtet, an diesem Gespräch teilzunehmen. Das Gespräch dient dazu, die durch die Prüfung entstandenen Auffälligkeiten soweit möglich auszuräumen. Seitens der Managementgesellschaft kann mit Zustimmung des FACHARZTES ein von BdP BW e.V., MEDI Baden-Württemberg e.V. und/oder von der AOK/BKK vorgeschlagener Arzt/eine Ärztin oder ein sonstiger Mitarbeiter der AOK oder BKK hinzugezogen werden. Der FACHARZT kann einen Beistand, maximal 2 Personen, hinzuziehen. Für Prüfungen gemäß Abs. 1 lit. d kann die Managementgesellschaft darüber hinaus auch FACHÄRZTE beauftragen, einen FACHARZT, der gemäß Abs. 1 auffällig ist, hinsichtlich der Klärung von Auffälligkeiten persönlich oder telefonisch zu kontaktieren. Sowohl die Managementgesellschaft als auch die von der Managementgesellschaft beauftragten FACHÄRZTE erhalten von der AOK/BKK zur Erfüllung ihrer Aufgabe die Adressen des betreffenden FACHARZTES, der gemäß Abs. 1 auffällig wurde, mitgeteilt. Zur Identifizierung der konkreten Fälle erhalten die Managementgesellschaft und die beauftragten FACHÄRZTE neben dem Sachverhalt und Zeitraum das Geburtsjahr und das Geschlechtsmerkmal des betroffenen, eingeschriebenen Versicherten mitgeteilt.

- (6) Lassen sich die Auffälligkeiten durch das Gespräch nach Absatz 5 und eine Abrechnungskorrektur durch die Managementgesellschaft nicht klären bzw. beseitigen (§ 19 Abs. 5 bzw. Abs. 9 des Vertrages), erfolgt die Abstimmung von im Einzelfall angemessenen Maßnahmen (z.B. Hinweise, Beratungen) im Abrechnungsgremium. Das Abrechnungsgremium setzt sich aus jeweils zwei Vertretern der Managementgesellschaft und der AOK bzw. zwei Vertretern der BKK zusammen. Unbeschadet des vorstehenden Satzes kann die Managementgesellschaft rechtliche Schritte gemäß § 8 Absatz 4 des Vertrages einleiten (Abmahnung bis hin zur fristlosen Kündigung).
- (7) Falls nach Durchführung des Verfahrens gemäß Ziffern 5 und 6 konkrete Anhaltspunkte für schwerwiegende Verstöße gegen den Vertrag bestehen, die nicht ausgeräumt werden können, kann die AOK oder die BKK in begründeten Einzelfällen als ultima ratio Schweigepflichtentbindungserklärungen von den betroffenen Patienten einholen und entsprechende Einsicht in die Patientenakten nehmen oder Patienten befragen. Dem FACHARZT wird vor einer solchen Maßnahme erneut Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens 6 Wochen gegeben.
- (8) Die AOK und die BKK können, sofern dazu Veranlassung besteht, die Managementgesellschaft zu einer gezielten Abrechnungsprüfung hinsichtlich einzelner Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 13** auffordern. Die Managementgesellschaft kann, sofern dazu Veranlassung besteht, die AOK oder die BKK zu Prüfungen nach dieser **Anlage 15** auffordern.

Vertrag vom 26.02.2021

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

- (9) Die Prüfungen gemäß dieser Anlage können im Auftrag der AOK oder BKK auch durch Auftragnehmer im Sinne des § 80 SGB X durchgeführt werden.
- (10) Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung nach § 19 Abs. 5. bzw. 9 des Vertrages bleibt von Maßnahmen nach dieser Anlage 15 unberührt.
- (11) **Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass das Prüfwesen fortzuschreiben und an aktuelle Entwicklungen anzupassen ist.** Zur näheren Ausgestaltung des Prüfverfahrens wird der Beirat Verfahrensregelungen im Einzelnen vorschlagen.

Abschnitt II: Verhältnis zu § 106

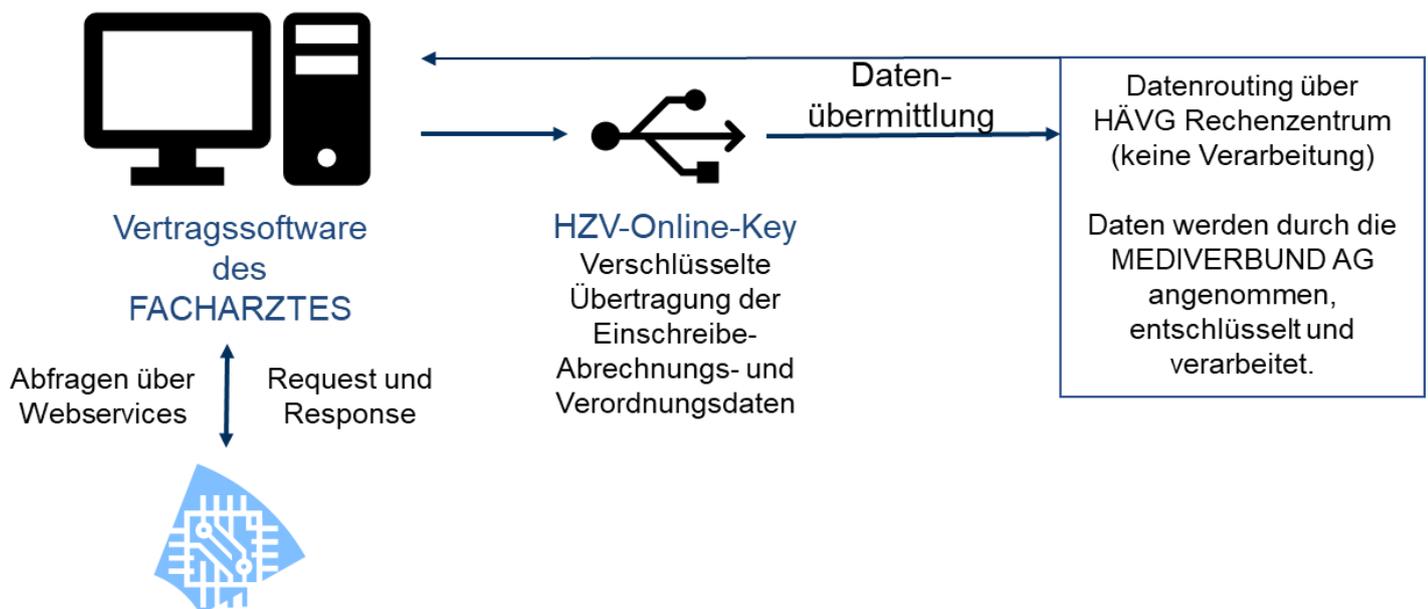
- (1) § 106 SGB V bleibt im Übrigen unberührt.
- (2) Wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß §§ 106 SGB V und 106b SGB V von der Gemeinsamen Prüfungsstelle oder vom Gemeinsamen Beschwerdeausschuss ein rechtskräftiger Bescheid ausgestellt, ist MEDIVERBUND verpflichtet im Auftrag der AOK/BKK, den Anteil der Nachforderung, der auf die selektivvertragliche Versorgung nach diesem VERTRAG entfällt, bei dem FACHARZT einzufordern. Für die Fälle in denen FACHÄRZTE einer Verrechnung mit den Honorarzahlungen zustimmen, muss MEDIVERBUND eine Verrechnung vornehmen und den Zahlungseingang sicherstellen. Eine Ratenzahlung ist auf max. 5 Monate begrenzt. Der FACHARZT wird über den festgesetzten Betrag durch ein Rechnungsstellungsverfahren in Kenntnis gesetzt. FACHÄRZTE ohne Honorarauszahlungen, z.B. aufgrund der Beendigung der Vertragsteilnahme oder Insolvenz, sind von der Regelung ausgeschlossen. Der Einzug wird in diesen Fällen von der AOK/BKK übernommen. Zudem erfolgt bei Regressforderungen über 15.000 € der Regresseinzug direkt durch die AOK/BKK. Gleiches gilt für FACHÄRZTE, die einer Aufrechnung/Verrechnung mit den Abschlags- bzw. Restzahlungen widersprechen.

Datenschutz

Datenübermittlung

I. Schaubild der Datenübermittlung

Übermittlung der Einschreibe- und Abrechnungsdaten vom FACHARZT an die Managementgesellschaft:



HÄVG-Prüfmodul

Das HÄVG-Prüfmodul ist ein durch die Vertragssoftware der Selektivvertragspartner genutztes Modul, auf dem dieser Facharztvertrag aufsetzt, und enthält:

- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Vertragliche und abrechnungsrelevante Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

II. Datenübermittlung vom FACHARZT an die Managementgesellschaft gem. § 295a Abs. 2 SGB V:

- Informationen über den abrechnenden Arzt (BSNR, LANR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, ggf. Telefon und Fax)
- Informationen zur verwendeten Software (KV- Prüfnummer, System-ID, Name der Software, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Informationen zum HÄVG-Prüfmodul (HÄVG-Prüfmodul-ID, Name, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Identifikator für den Facharztvertrag

- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Geburtsdatum, Geschlecht, Kassen-IK, Versichertennummer und Status)
- Abrechnungsrelevante Daten (Art der Inanspruchnahme, Abrechnungsziffern, Diagnosen-Text, Diagnosen-Code, Art der Diagnosen, Behandlungsdatum, verwendete ICD-Version, Seitenlokalisierung, Diagnosesicherheit)
- LANR und BSNR des überweisenden Arztes
- ggf. Informationen zu Stellvertretern (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name)
- Informationen zur Weiterüberweisung (Überweisungsdatum, Quartal, Geschlecht, Überweisung an, Überweisungsart, Auftragsart, Unfallkennzeichen)
- Hinweise zur Medikamentenverordnung (Aut idem, Anzahl, PZN, ATC, Preis, Gebührenpflicht, Begründungspflicht, Impfstoff, Sprechstundenbedarf, Verordnungszeitpunkt, Freitext)

III. Datenübermittlung von der Managementgesellschaft an die AOK/Bosch BKK

- Informationen über den abrechnenden Arzt (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, LANR und BSNR des überweisenden Arztes)
- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Versichertennummer, Kassen-IK, Status, Geschlecht, Abrechnungsziffern, präventive bzw. kurative Behandlungsfälle, ICD-10 Diagnosen, OPS, Behandlungsdatum, Art der Inanspruchnahme)

IV. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft, der AOK/Bosch BKK und teilnehmenden FACHÄRZTEN

Die Zusammenarbeit der Parteien nach Maßgabe des Facharztvertrages bringt es mit sich, dass die Managementgesellschaft, die AOK/Bosch BKK und die teilnehmenden FACHÄRZTE gemeinsam über die Zwecke und/oder Mittel im Bereich der Verarbeitung von Versichertendaten im Rahmen der Versicherteneinschreibung gem. § 4 des Facharztvertrages und der Abrechnung gem. Abschnitt V des Facharztvertrages bestimmen und durch ihre Zusammenarbeit als gemeinsame Verantwortliche iSv Art. 26 iVm Art. 4 Nr. 7 DSGVO agieren. Dementsprechend regeln die Parteien nachfolgend ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Versichertendaten i.S.d. Art. 26 DSGVO.

1. Zweck der Verarbeitung:

- (1) Die Verarbeitung von Daten ist der Managementgesellschaft, der AOK/Bosch BKK und den teilnehmenden FACHÄRZTEN nur zum Zweck der Erfüllung des Facharztvertrages und nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Vorschriften gestattet. Die Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse werden ausschließlich für die Erfüllung und nach den vereinbarten Vorgaben des Vertrages verwendet. Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK legen die Inhalte des Facharztvertrages gemeinsam fest.
- (2) Die Parteien bewahren die verarbeiteten Daten jeweils im eigenen Zuständigkeitsbereich unter Verschluss bzw. unter Einsatz entsprechender technischer Mittel vor unbefugtem Zugriff gesichert und nur solange auf, wie es für die Erfüllung der genannten Leistungen erforderlich ist, es sei denn, zwingende gesetzliche Vorschriften sehen eine entsprechend längere Aufbewahrungsfrist vor. Für die Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen ist jede Partei selbst verantwortlich.
- (3) Der Umfang und Inhalt der von den Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung verarbeiteten Daten ergeben sich aus §§ 140a, 295 und 295a SGB V i.V.m. dem Facharztvertrag.

2. Informationspflichten gegenüber den Versicherten gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT erfüllt. Die Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT mit der Teilnahmeerklärung und dem dazugehörigen Merkblatt über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK legen gemeinsam den Inhalt und die Formulierung dieser Informationen im Einzelnen fest.

3. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der Versicherten gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der Versicherten nach Art. 15 ff. ist die AOK/Bosch BKK verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen und Merkblätter der Versicherten gem. Anlage 7.

4. Datensicherheit

Jede Partei trägt im Rahmen ihres Verantwortungsbereiches die Gewähr dafür, dass die in Art. 32 DSGVO genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit getroffen worden sind und eingehalten werden.

5. Vorgehen bei Datenschutzverletzungen/Kommunikation mit Aufsichtsbehörden

- (1) Für die Prüfung und Bearbeitung aller Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten, einschließlich der Erfüllung deshalb bestehender Meldepflichten gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 33 DSGVO) bzw. den Betroffenen (Art. 34 DSGVO) ist jede Partei selbst zuständig.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/BOSCH BKK unterrichten sich gegenseitig unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und bei Störungen des Verarbeitungsablaufs.

6. Haftung

- (1) Die Parteien haften gegenüber den Betroffenen nach Art. 82 DSGVO.
- (2) Die Managementgesellschaft, die AOK/Bosch BKK und die FACHÄRZTE haften nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge eines schuldhaften Verstoßes gegen die Datenschutzbestimmungen und/oder durch die schuldhafte Verletzung dieser Vereinbarungen entstehen. Eine Partei, die von Dritten oder einer weiteren Partei im Zusammenhang mit der Verletzung von gesetzlichen und vertraglichen Datenschutzbestimmungen in Anspruch genommen wird, hat gegen die Partei, in deren Verantwortungsbereich gemäß der Zuordnung der Verantwortung für die Datenverarbeitung die Einhaltung der verletzten Datenschutzvorschriften fällt, einen Anspruch auf Freistellung von sämtlichen dieser Ansprüche.
- (3) Im Innenverhältnis haften die Parteien einander nur für ihren Anteil an der haftungsauslösenden Ursache. Nummer 6 Absatz 2 Satz1 gilt entsprechend im Falle einer gegen eine Partei wegen eines Verstoßes gegen Datenschutzvorschriften verhängten Geldbuße, sofern die mit der Geldbuße belegte Partei die Rechtsmittel gegen den Bußgeldbescheid ausgeschöpft hat. Bleibt eine Partei mit einer Geldbuße belastet, die nicht ihrem Verantwortungsanteil an dem Verstoß entspricht, ist die jeweils andere Partei verpflichtet, sie von der Geldbuße in dem Umfang freizustellen, in dem sie die Verantwortung für den sanktionierten Verstoß trägt. Ungeachtet dessen bleibt durch diesen Vertrag die volle Eigenverantwortung der Parteien gegenüber Betroffenen unberührt (Art. 26 Abs. 3 DSGVO).

7. Sonstige Pflichten

- (1) Die Parteien werden alle mit der Datenverarbeitung beschäftigten Personen schriftlich zur Vertraulichkeit im Hinblick auf die Daten verpflichten.

- (2) Jede Partei führt für sich ein eigenes Verzeichnis zu allen Kategorien von in gemeinsamer Verantwortung durchgeführten Tätigkeiten der Verarbeitung, das alle Angaben nach Art. 30 Abs. 2 DSGVO enthält.
- (3) Sofern und solange die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind, bestellt jede Partei selbst einen fachkundigen und zuverlässigen Datenschutzbeauftragten gemäß Art. 37 DSGVO.

V. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft und der AOK/Bosch BKK

- (1) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK verarbeiten über den Regelungsbereich von **Ziffer III** hinaus im Rahmen des Facharztvertrages gemeinsam die Daten der teilnehmenden FACHÄRZTE gemäß den Bestimmungen von **Abschnitt IV des Facharztvertrages**. Nachfolgend regeln die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Daten i.S.d. Art 26 DSGVO in diesem Verarbeitungsbereich.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind verpflichtet für ihren Zuständigkeitsbereich den Datenverarbeitungsablauf lückenlos und soweit technisch möglich revisionssicher zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist für einen Zeitraum von 12 Monaten vorzuhalten und bei Bedarf der Managementgesellschaft und der AOK/Bosch BKK vorzulegen.
- (3) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind nur berechtigt, die Daten im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches oder eines Mitgliedsstaates der EU oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den EWR zu verarbeiten.

1. Informationspflichten gegenüber den FACHÄRZTEN gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden FACHARZT werden von der Managementgesellschaft erfüllt. Der FACHARZT wird von der Managementgesellschaft im Rahmen der Teilnahmeerklärung der Ärzte (Anhang zu Anlage 1) sowie dieser Anlage 16 (Ziffer VI) über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.

2. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der FACHÄRZTE gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der FACHÄRZTE nach Art. 15 ff. ist die Managementgesellschaft verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere

Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen der FACHÄRZTE.

3. Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis

Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind verpflichtet, für die vertragsgemäße Datenverarbeitung nur Personen einzusetzen, die auf das Sozialgeheimnis gem. § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner stellen sie sicher, dass das von ihnen eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert, angewiesen und auf die Vertraulichkeit verpflichtet wurde.

4. Sonstige Rechte und Pflichten

- (1) Die nach der DSGVO, dem BDSG oder anderen Regelungen im Sozialgesetzbuch erforderlichen Meldungen über die Datenverarbeitung an die zuständigen Aufsichtsbehörden nehmen die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK in eigener Zuständigkeit wahr.
- (2) Änderungen und Nebenabreden zu dieser Datenschutzanlage bedürfen der Schriftform und sind von allen Vertragsparteien zu unterschreiben. Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft und/oder der AOK/Bosch BKK müssen auch nach dem im Vertrag genannten Vertragsende hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen verarbeiteten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (3) Die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen Datenschutzbestimmungen durch eine Partei ist stets ein wichtiger Grund für die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages. Dies gilt auch, wenn ein Auftragnehmer gegen gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verstößt und dieses Verhalten einem Vertragspartner zuzurechnen ist.
- (4) Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft oder der AOK/Bosch BKK müssen auch nach dem Ende des Vertrages hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die AOK/Bosch BKK und die Managementgesellschaft unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (5) Im Übrigen gelten die getroffenen Vereinbarungen aus **Ziffer III** für die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK entsprechend für den Verarbeitungsbereich von **Ziffer IV**.

VI. Information für den FACHARZT gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Teilnahme und des Teilnahmeantrages am Facharztvertrag

- (1) Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch den MEDI Baden-Württemberg e.V., dem BdP und die Managementgesellschaft zum Zweck der Teilnahme des Arztes an dem Facharztvertrag ist Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO in Verbindung mit dem Facharztvertrag nach § 140a SGB V. Die Datenverarbeitung erfolgt in Kenntnis des betroffenen Vertragsarztes bzw. FACHARZTES. Er kennt den Inhalt des Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung seiner Teilnahme am Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet.
- (2) Empfänger der Daten des FACHARZTES sind die jeweilige Krankenkasse und Ihre Dienstleister sowie die Managementgesellschaft, MEDI Baden-Württemberg e.V. und dem teilnehmenden Berufsverband BdP BW.
- (3) Die Dauer der Datenverarbeitung ergibt sich aus Vertrag sowie aus Gesetz. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gelöscht.
- (4) Der FACHARZT hat das Recht auf Auskunft zu seinen Daten (Art. 15 Abs. 1 und Abs. 2 DSGVO), auf Löschung seiner Daten (Art. 17), auf Berichtigung seiner Daten z.B. falscher Daten (Art. 16 Satz 1) und auf Sperrung seiner Daten (Art. 18) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art 20 DSGVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO). Hierfür wendet er sich an die verantwortliche Stelle:

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstraße 29
70565 Stuttgart
Telefon: (07 11) 80 60 79-0
Fax: (07 11) 80 60 79-555
E-Mail: datenschutz-team@medi-verbund.de

- (5) Datenschutzbeauftragter der MEDIVERBUND AG, Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart; Tel. 0711 80 60 79-0; ist Herr Markus Zechel; migosens Datenschutz Service Desk, Wiesenstraße 35, 45473 Mühlheim a. d. Ruhr, Tel.: 0208 993 95 112, Email: datenschutz@migosens.de, Internet: www.migosens.de)
- (6) Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch den BdP BW und/oder die Krankenkasse sowie gegen die Datenverarbeitung durch die Managamentgesellschaft sind an die verantwortliche Stelle zu richten. Alternativ besteht ein Beschwerderecht gegenüber einer Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde in Baden-Württemberg:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Hausanschrift:
Königstrasse 10 a
70173 Stuttgart

Postanschrift:
Postfach 10 29 32 70025 Stuttgart
Tel.: 0711/615541-0 FAX: 0711/615541-15

Pneumologie-Facharztvertrag der AOK Baden-Württemberg/Bosch BKK

Anlage 17

Inhalt

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Aktuelle pneumologische Versorgungssituation | 2 |
| 2 | Ziel des Versorgungsvertrags..... | 3 |
| 3 | Grundprinzipien des Versorgungsvertrags..... | 4 |
| | a. Evidenzbasierte Medizin | 4 |
| | b. Biopsychosoziale Versorgung..... | 5 |
| | c. Partizipative Entscheidungsfindung | 5 |
| 4 | Schnittstellenmanagement | 6 |
| 5 | Akute Erkrankungen..... | 7 |
| 6 | Chroniker-Versorgung | 8 |
| | a. Asthma bronchiale | 8 |
| | b. COPD | 10 |
| | c. Onkologische Erkrankungen/Tumore..... | 11 |
| | d. Seltene Erkrankungen | 12 |
| 7 | Andere Versorgungsanlässe | 13 |
| | a. Schlafbezogene Atmungsstörungen und respiratorische Insuffizienz..... | 13 |
| 8 | Literatur..... | 14 |

1 Aktuelle pneumologische Versorgungssituation

Lungenerkrankungen stellen in Deutschland die dritthäufigste Todesursache dar [1]. Eine Zunahme der Volkskrankheiten Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenkarzinom und Pneumonie ist zu verzeichnen, die mit dem westlichen Lebensstil wie Fehlernährung, Bewegungsmangel und Tabakkonsum in Verbindung gebracht wird. Diese Erkrankungen nehmen mit steigendem Alter zu. Zudem hat sich ein deutlicher Wandel im Krankheitsspektrum von den akuten hin zu chronischen Lungenerkrankungen vollzogen. Trotz optimierter Diagnostik und Therapie sind sie daher häufig ursächlich für eine erhöhte Morbidität und damit verbundene hohe Gesundheitsbelastung sowie Kosten [2].

In Deutschland ist insbesondere bei Jugendlichen und Frauen eine starke Zunahme der Raucherquote zu verzeichnen [3]. Die Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zeigen, dass die Jugendlichen durchschnittlich im Alter von 15 Jahren täglich zu rauchen beginnen [4]. In der zweiten Lebenshälfte leidet praktisch jeder Raucher an chronischer Bronchitis. Das Risiko, an einer COPD zu erkranken, mit anschließender Notwendigkeit der Sauerstoffzufuhr und Beatmung steigt. Im Vergleich zu Nichtrauchern ist die Lebenserwartung der jungen Raucher sogar um durchschnittlich 10-15 Jahre kürzer [5, 6].

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels mit einem wachsenden Anteil chronischer Lungenerkrankungen und einer Persistenz der Risikofaktoren steht die herkömmliche pneumologische Versorgungsstruktur vor großen Herausforderungen. Die starke Fragmentierung des deutschen Gesundheitswesens mit überwiegend autark agierenden Sektoren wird hierin für Effizienzprobleme verantwortlich gemacht [7]. Eine unzureichende Koordination und Kooperation zwischen Hausärzten und Pneumologen aber auch Schnittstellen in den Bereichen Prävention, Behandlung und Rehabilitation werden häufig als Hauptursache identifiziert. Diskontinuität in der Versorgung sowie Asymmetrien der Informationsverteilung können zu schlechter Behandlungsqualität und zu Behandlungsfehlern führen. Es besteht ein Mangel an professionellen Anbietern von Raucherentwöhnungsprogrammen als wirksame und kosteneffektive Maßnahme zur Prognoseverbesserung und Prävention [8]. Nicht indizierte Lungen-Computertomographien (CT) zum Screening auf Lungenkarzinome werden durchgeführt, Breitbandantibiotika bei unkomplizierten Bronchitiden verordnet oder Patienten unzureichend rehabilitiert [9]. Es resultiert eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung, die durch eine regionale Ungleichverteilung der niedergelassenen Ärzte verstärkt wird.

Ebenfalls bewegt die zunehmende Arbeitsbelastung mit anhaltendem Qualitäts- und Effizienzdruck den Fachbereich. Letztlich wird mit den verschiedenen Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen der Handlungsbedarf deutlich [7]. Es sind zielgerichtete Veränderungen des Gesundheitssystems erforderlich. Das auf die Akutversorgung zentrierte System wird dem Anspruch chronisch Erkrankter nicht gerecht. Mit den strukturierten Behandlungsprogrammen für Chroniker – Disease-Management-Programmen (DMP) – wird auf ausgewählte Indikationsbereiche der Pneumologie eingegangen, wodurch Weichen für eine strukturierte Versorgung gestellt werden. Zur Durchbrechung der sektoralen Trennung bedarf es jedoch eines systemischen Ansatzes [7]. Die Umstrukturierung zur bedarfsgerechten Versorgung sollte hierin verantwortungsvoll vorgenommen werden.

2 Ziel des Versorgungsvertrags

Der Versorgungsvertrag – der Facharztvertrag Pneumologie – zielt darauf ab, den in das AOK/Bosch BKK Haus- und Facharztprogramm eingeschriebenen Versicherten, die eine ambulant-pneumologische (Mit-)Betreuung benötigen, eine zielgerichtete, evidenzbasierte, zeitnah zugängliche und damit bestmögliche, pneumologische Versorgung zu ermöglichen. Damit stellt der Vertrag eine Ergänzung zum bestehenden AOK/Bosch BKK Haus- und Facharztprogramm dar. Dabei werden auch zusätzliche Leistungen, die nicht über die DMPs oder Abrechnungsziffern nach EBM abgebildet werden können, geregelt. Durch eine aktive Kooperation und Koordination zwischen dem allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Sektor soll entsprechend dem Gutachten des Sachverständigenrates eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Einbezug der ärztlichen und assoziierten Berufsgruppen gestärkt werden [7], um damit die Qualität der Versorgung im gesamten Bereich der Pneumologie weiter zu verbessern und eine langfristige bedarfsgerechte Versorgungsstruktur zu sichern.

Die Vertragspartner vereinbaren deshalb in Anhang 2 (Qualitätskonzept) Qualitätsindikatoren, an Hand derer die Versorgungsqualität mittels verfügbarer Vertrags- und Versorgungsdaten messbar gemacht und von den Vertragspartnern dieses Facharztvertrags gemeinsam bewertet wird.

Die Landschaft der Patientenberatung im Praxisalltag zeichnet sich durch eine frappierende strukturelle Unterversorgung aus [10]. Der Facharztvertrag möchte daher eine Informations- und Beratungsstruktur schaffen und die Gesundheitskompetenz der lungenkranken Patienten nachhaltig stärken, um dadurch eine Optimierung der Versorgungsqualität zu erreichen. Die Gesundheitskompetenz des Patienten, also die Fähigkeit Informationen zur eigenen Gesundheit zu finden, zu verstehen, kritisch zu beurteilen und anzuwenden, nimmt in Anbetracht der komplexen Versorgungsstruktur zunehmend einen hohen Stellenwert ein [11]. Gemäß Sachverständigenrat Sondergutachten 2012 ist die Stärkung der Patientenkompetenz eine Voraussetzung der bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung [12]. „Bessere Information, Beratung und Schulung befähigt Versicherte und Patienten zu selbstbestimmterem Handeln, zur kritischeren Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und führt dazu, dass Betroffene sowohl zu einem effizienteren Umgang mit Ressourcen als auch zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen können. Informierte Patienten sind nicht nur zufriedener, sie sind auch kooperativer. Der ‚informierte Patient‘ wird bislang unzureichend als eine wichtige Kraft zur Lösung von Problemen im Gesundheitswesen erkannt. Noch investiert das Gesundheitssystem beinahe ausschließlich in Experten und ihre technische Ausstattung und nur selten direkt in die Versicherten oder Patienten“ [13].

Im Vordergrund des Facharztvertrages steht folglich die strukturierte Beratung und krankheitsspezifische Schulung der Patienten und ggf. ihrer Angehörigen. Die Beratungsstrategie berücksichtigt sowohl differenzierte medikamentöse als auch nicht-medikamentöse Maßnahmen (siehe auch Anhang 1). Da das Rauchen als die wichtigste und häufigste vermeidbare Todesursache gilt [14], sollen praktische Schritte zum Rauchstopp konkret umgesetzt und überprüft werden (Anhang 1a). Eine intensive Beratung zur gezielten Modifikation des Lebensstils hin zu körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung ist in allen Kategorien angefangen von der Primär- über die Sekundär- bis hin zur Tertiärprophylaxe indiziert. Das Bereitstellen von Informationen und Ressourcen kann hier von Entlastungsassistenten in der Facharztpraxis (EFA®) unterstützt werden.

Vor dem Hintergrund der Begrenztheit der Ressourcen wird im Rahmen des Facharztvertrags Pneumologie der Diskurs über die Priorisierung medizinischer Dienstleistungen initiiert. Der Facharztvertrag Pneumologie soll zur Minderung der Unter-, Über- und Fehlversorgung

beitragen, die sich hier vor allem in den Empfehlungen der Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) abbilden [9]. Diese werden ausdrücklich von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) unterstützt.

Positivempfehlungen:

- Jedem Raucher mit einer chronischen Lungenerkrankung soll eine strukturierte Tabakrauchentwöhnung angeboten werden.
- Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen sollen ab dem 60. Lebensjahr gegen Influenza und Pneumokokken geimpft werden.
- Nach einer akuten Exazerbation einer COPD, die zu einem Krankenhausaufenthalt führte, soll eine pneumologische Rehabilitation erfolgen.

Negativempfehlungen:

- Eine akute unkomplizierte Bronchitis bei Patienten ohne chronische Lungenerkrankung soll nicht mit einem Antibiotikum behandelt werden.
- Bei einer niedrigen klinischen Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Lungenembolie und negativen D-Dimeren soll keine CT-Angiografie der Lunge durchgeführt werden.
- Bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen wie Asthma und COPD soll eine Therapie mit Inhalatoren nicht begonnen oder geändert werden, ohne dass der Patient im Gebrauch des Inhalationssystems geschult ist und die korrekte Anwendung der Inhalatoren überprüft wurde.
- Bei Patienten, denen im Krankenhaus wegen einer akuten Verschlechterung ihrer Erkrankung eine Langzeit-Sauerstofftherapie verordnet wurde, soll ohne Überprüfung der Notwendigkeit (weiter andauernde Hypoxämie) keine Weiterverordnung erfolgen.
- CT-Screening für Lungenkarzinom soll bei Patienten mit einem niedrigen Risiko nicht durchgeführt werden.

3 Grundprinzipien des Versorgungsvertrags

a. Evidenzbasierte Medizin

Die vorliegende Anlage beinhaltet die evidenzbasierte Begründung der in Anlage 12 vereinbarten Versorgungsinhalte. Die Vorgehensweise orientierte sich an den anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin und wird in allen Facharztverträgen festgehalten:

- Nutzung qualitativ hochwertiger wissenschaftlicher Literatur (beste externe Evidenz)
- Abgleich der Evidenz durch den Arzt mit seiner beruflichen Erfahrung (Expertise) und seinem Wissen über den Patienten (interne Evidenz)

- Explizite Anforderung an den Patienten, dessen Vorstellungen, Werte und Wünsche (interne Evidenz) in den Entscheidungsprozess mit einzubringen.

Zur Erhebung und Aufbereitung des aktuellen Wissensstandes erfolgte zunächst ein Review basierend auf Recherchen zur aktuellen Fachliteratur und zu relevanten Versorgungsstudien. Darüber hinaus wurde eine Reihe von Leitlinien sowie Positionspapiere der DGP berücksichtigt. Zur kritischen Beurteilung der Evidenz bezüglich Validität und Relevanz wurden auch maßgeblich unabhängige Pneumologen und Experten aus der hausärztlichen Versorgung hinzugezogen. Auf Grund der regionalen Versorgungsunterschiede in Deutschland wurde die Angebotsstruktur des Versorgungsvertrags auf die lokalen Verhältnisse angepasst. Die daraus hervorgegangenen Versorgungsinhalte der Anlage 12 wurden ausführlich unter den Vertragspartnern diskutiert.

b. Biopsychosoziale Versorgung

Chronische Lungenerkrankungen können zur Verminderung der Lebensqualität mit erheblichen Belastungen der gesellschaftlichen, familiären und individuellen Lebensumstände führen und bedürfen daher eines umfassenden Behandlungsansatzes. Dieser muss über die pneumologische Behandlung hinausgehen und die Interaktion zwischen Krankheitsauswirkung und Kontextfaktoren auf verschiedenen Ebenen berücksichtigen:

- Somatische Ebene z. B. Immunsystem
- Psychische und mentale Ebene z. B. Gefühle, Verhalten
- Soziale Ebene z. B. Familie, Gemeinde

Mit diesem Facharztvertrag werden die Weichen für die Stärkung eines ganzheitlich ausgerichteten Konzepts in der Pneumologie basierend auf dem biopsychosozialen Modell gestellt. Dieses Modell von Krankheit und Gesundheit wurde von Engel beschrieben [15] und reicht weit über die Prävention, Therapie und Rehabilitation hinaus. Es umfasst die Ebenen der Funktionalität, Aktivität und sozialen Teilhabe und respektiert zugleich die Prinzipien der Individualität, Interdisziplinarität und Komplexität. Dieser ganzheitliche Behandlungsansatz zwingt den Behandler den gesamten Lebenshintergrund des Patienten in Blick zu nehmen und kann nur durch eine teamorientierte Kommunikation und die interdisziplinäre Zusammenarbeit verwirklicht werden. Erst durch die Berücksichtigung dieser Komplexität lässt sich ein effektives Konzept für lungenkranke Patienten ableiten [16].

c. Partizipative Entscheidungsfindung

Im digitalen Zeitalter mit zunehmender Verbreitung von Gesundheitsinformationen soll das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung bzw. das Modell des Shared Decision Making einen besonderen Stellenwert einnehmen und versuchen eine Brücke zwischen der evidenzbasierten und patientenzentrierten Medizin zu schlagen [17]. Auch ist eine Stärkung der Patientenorientierung im Gesundheitswesen in der Formulierung der Patientenrechte verankert worden und eine bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung ohne Patientenbeteiligung nicht umsetzbar [7]. Von partizipativer Entscheidungsfindung wird nach Charles et al. [18] gesprochen, wenn auf Grundlage des Gesprächs und unabhängiger Informationen gemäß der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz eine gemeinsame Entscheidung getroffen wird. Folgender prozessualer Rahmen wird geboten:

- Aktive Beteiligung des Behandlers und des Patienten.
- Beidseitiger Informationsaustausch mit Berücksichtigung von Wünschen, Interessen und Bedürfnissen des Patienten.
- Zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft auf dieser Informationsbasis zu gelangen.
- Tragen der Entscheidung von allen Beteiligten.

Dieses Vorgehen erfordert zugleich eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung. Aus diesem Grund wird das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung vor allem im Kontext chronischer Erkrankungen beschrieben [18]. Das biopsychosoziale Modell kann an dieser Stelle nicht nur als Behandlungsmodell, sondern auch als Kommunikationsmodell aufgefasst werden [19].

Ferner sollen die vier medizinethischen Prinzipien, die von Beauchamp und Childress beschrieben wurden [20], im vorliegenden Versorgungsvertrag beachtet werden und Wege für eine partizipative Entscheidungsfindung im Spannungsfeld medizinischer Indikationen, unterschiedlicher Behandlungsoptionen und ethischer Fragen aufzeigen:

- Autonomie, d. h. der Patient ist immer nach seinem jetzigen Willen zu fragen und der Respekt vor dessen Wertvorstellungen mit einzuschließen.
- Non-Malefizienz bezieht sich auf das Prinzip der Schadensvermeidung und folgt dem Gesetz *primum nihil nocere*.
- Benefizienz entspricht dem Prinzip der Fürsorge und möchte das Wohl des Patienten fördern.
- Gerechtigkeit, d. h. wahrscheinlicher Nutzen, Schaden sowie notwendige Ressourcen einer Intervention stehen in angemessenem Verhältnis zu den im Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Mitteln und ähnliche Patienten werden gleich behandelt, letzteres vor allem dann, wenn der Nutzen einer Behandlung zu klären ist.

Die partizipative Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient ist mit höheren Behandlungseffekten, geringeren Rückfallraten und einer verbesserten Therapieadhärenz belegt [21]. Auch weisen Studien auf, dass die Mehrheit der Patienten eine aktive Rolle in ihrer medizinischen Versorgung übernehmen möchte [22]. Da viele Ärzte den Zeitmangel als größte Barriere für die Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung nennen [23] und auf Patientenseite eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz diskutiert wird [24], werden die notwendigen Rahmenbedingungen in dem vorliegenden Versorgungsvertrag geschaffen. Die partizipative Entscheidungsfindung mit dem gemeinsamen Abwägen medizinischer Behandlungsoptionen soll insbesondere bei den chronischen Atemwegserkrankungen erfolgen, deren erfolgreiche Versorgung maßgeblich von der Patientenadhärenz abhängig ist.

4 Schnittstellenmanagement

Der Versorgungsvertrag gibt den Impuls, Grenzen einer sektoral getrennten Versorgungsplanung zu öffnen und das Schnittstellenmanagement zu optimieren. Die Verbesserung der Schnittstellen ist auf verschiedenen Ebenen nötig und kommt in erster Linie dem Wohl der Patienten zugute [7]. Hier sind insbesondere Schnittstellen zwischen Hausärzten, pneumologisch tätigen Internisten und Pneumologen, zwischen dem ambulanten

und stationären Sektor sowie interdisziplinäre Schnittstellen zu beachten [25]. Eine enge Abstimmung zwischen den betreuenden Ärzten wird folgend festgeschrieben:

- Durch strukturierten Datenaustausch zeitraubende Doppeldokumentation vermeiden z. B. ressourcenraubende Informationserhebungen bei fehlenden Medikamentenplänen, Impfpässen, Allergieausweisen und Vorbefunden durch qualifizierte Überweisung, strukturierter Befundbericht auch mit Einführung der elektronischen Patientenakte
- Maßnahmen aufeinander abstimmen z. B. Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation mit gemeinsamen klar definierten Behandlungszielen als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und wirtschaftlich effiziente Versorgung. Infrage kommen zahlreiche auf das pneumologische Krankheitsbild und Stadium abgestimmte Versorgungspfade, während bei der Behandlung nach den DMPs auch dem Hausarzt eine koordinierende Funktion obliegt.
- Engmaschige Betreuung mit Verlaufskontrollen auf den individuellen Krankheitsverlauf und die persönliche Lebenssituation (biopsychosoziale Versorgung) abstimmen, für deren erfolgreiche Implementierung und Umsetzung der Therapie der Hausarzt eine entscheidende Rolle spielt.
- Regelmäßige und frühzeitige Wiedervorstellung zur Verlaufsbeobachtung der Wirksamkeit der Behandlung gewährleisten
- Aufwändige Terminierungsprozesse optimieren (Dringlichkeitsabschätzung)

Eine gute ambulante Versorgung mit festgeschriebener Kooperation soll nicht nur zur Verbesserung der Lebensqualität von lungenkranken Patienten beitragen, sondern auch zur Reduktion von Krankenhausaufenthalten. Diese werden als ambulant-sensitiv eingestuft [26] und können zur Messung der Qualität im ambulanten Sektor dienen [12]. Eine funktionierende Kooperation zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Pneumologen ist in diesem Zusammenhang auch für das Management der vor- und nachgelagerten Versorgung stationärer Patienten wichtig.

5 Akute Erkrankungen

Die Förderung bestmöglicher Patientenversorgung gemäß aktuellster wissenschaftlicher Erkenntnisse umfasst hier v. a. akute Diagnosen, die nicht zu den chronischen Versorgungsschwerpunkten zählen. Hier sind z. B. Pneumonien zu nennen. Pneumonien treten häufig im höheren Alter auf und stellen die wichtigste Infektionskrankheit in Deutschland dar mit einer geschätzten Gesamltalität von 11 % [27]. Jedes Jahr erkranken bis zu 600.000 Menschen an einer ambulanten erworbenen Pneumonie, von denen bis zu 50 % hospitalisiert werden müssen [28]. Nach dem Fritz-Beske-Institut werden bis 2050 die Inzidenzraten der ambulant erworbenen Pneumonie auf bis zu 149 % weiter ansteigen [29]. Das Erregerspektrum variiert abhängig von Region, Saison sowie angesichts demographischer und epidemiologischer Faktoren. Die Resistenzsituation gegenüber Antibiotika ist beunruhigend. Ein breitflächiger Einsatz von Antibiotika bei unkomplizierten Bronchitiden sollte daher und auf Grund möglicher Nebenwirkungen auf Patientengruppen reduziert werden, die davon profitieren. Auch stieg die gemeldete multiresistente Tuberkulose in den letzten Jahren deutlich an und wird durch die aktuell veränderten Mobilitäts- und Migrationsentwicklungen beeinflusst. Angesichts des erstmaligen Auftretens der COVID-19-Pandemie [30, 31] lassen sich einerseits bestehende Schwachstellen des Gesundheitssystems erkennen [32]. Andererseits ist zu beobachten, wie dynamisch sich Erkenntnisse zum Krankheitsverlauf und damit verbunden zur Identifizierung von vulnerablen Risikogruppen, deren Beratung sowie ggf.

auch Behandlung bei neuen Krankheitsbildern entwickeln können. Daher sollten bei solchen Diagnosen das Vorgehen den aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) entsprechen [33]. Behandlungs- und verhaltensrelevante Erkenntnisse [34] sollen direkt in die Versorgung der Patienten übertragen werden (z. B. Thromboseprophylaxe [35]). Die im Facharztvertrag vereinbarte zeitnah zugängliche, vernetzte und umfassende biopsychosoziale Versorgung ist besonders geboten. Die aus der vertraglich vereinbarten Kooperation der Ärzte hervorgehenden neuen Strukturen (z. B. telemedizinische Anwendungen) erscheinen grundsätzlich geeignet, den Umgang mit COVID-19 und ähnlich gearteten Epidemien zu optimieren. Soweit möglich und sinnvoll soll der Facharztvertrag Pneumologie nachjustiert werden, um nicht nur die individuelle Behandlungssituation des lungenkranken Patienten, sondern auch die Gestaltung der regionalen Versorgungsstrukturen bestmöglich zu unterstützen.

6 Chroniker-Versorgung

Die Therapiekonzepte und -ziele für chronisch kranke Patienten sollten eine vorausschauende Versorgungsplanung berücksichtigen:

- Bestmögliche Lungenfunktion
- Geringstmögliche Symptomatik
- Optimierung der Lebensqualität
- Geringstmögliche Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten
- Vermeidung von Exazerbationen und Anfällen
- Reduktion der Tagesvariabilität von Symptomen und Peak-Flow-Variabilität
- Verringerung von Krankenhausaufenthalten

Die Qualitätsindikatoren sollen die Versorgungsqualität abbilden und Hinweise auf Verbesserungspotenziale liefern [36] (Anhang Qualitätsindikatoren).

Um die Qualitätstransparenz zu verbessern, werden in Anhang 2 Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung (QISA) vereinbart.

a. Asthma bronchiale

Asthma bronchiale ist eine heterogene Erkrankung, die durch eine chronische Entzündung der Atemwege charakterisiert ist. Asthma kommt in allen Altersgruppen vor und ist weltweit eine der am häufigsten auftretenden chronischen Erkrankungen [2]. Trotz unterschiedlicher Operationalisierung aufgrund vielfältiger Diagnosekriterien wurde in mehreren Studien eine Prävalenz im Kindesalter zwischen 9-14 % und in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung zwischen 4-5 % ermittelt [37, 38]. Die Anzahl der Asthmakranken steigt. Risikofaktoren für diese Entwicklung scheinen Umweltveränderungen, die Zunahme der westlichen Lebensumstände und die Urbanisierung zu sein.

Asthma bronchiale ist gekennzeichnet durch das Auftreten zeitlich und in Intensität variierender Symptome wie Atemnot, Giemen, Brustenge und Husten, sowie durch eine bronchiale Hyperreagibilität [39]. Die Asthmasymptomatik variiert circadian und lebenslang, so dass eine an die aktuelle Situation und den Kontrollstatus angepasste Therapie notwendig ist. Das erfordert insbesondere wiederholte gemeinsame Entscheidungsfindungen unter Einbeziehung der zur Verfügung stehenden Alternativen und unter Berücksichtigung der Komorbiditäten. Unbehandelt würde die entzündete Schleimhaut dauerhaft zerstört (Remodelling) und die Infektneigung zunehmen [40].

"Die hohe Prävalenz und Inzidenz des Asthmas in Deutschland sowie eine große Variationsbreite in der Versorgungsqualität verlangen verstärkte Bemühungen um die Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma. Hierzu gehören verlässliche und allgemein akzeptierte Definitionen des Notwendigen und Angemessenen in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation, basierend auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und der Praxis. Auf diesem Weg soll die Qualität der Versorgung verbessert und die Stellung der Patienten gestärkt werden. Zudem kann die Berücksichtigung der Empfehlungen zu einer Effizienzsteigerung und damit zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beitragen" [37]. Entsprechend der nationalen Versorgungsleitlinie Asthma soll die Früherkennung und Präzisierung der Definition sowie die Aktualisierung der Diagnostik mit Abgrenzung der Subtypen (Phänotypen) gefördert werden. Zur Sicherung der bestmöglichen Lebensqualität und sozialen Teilhabe sollen außerdem folgende Maßnahmen sichergestellt werden:

- Im ärztlichen Beratungsgespräch sollte dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zu Risiko- und Schutzfaktoren Rechnung getragen werden und die Therapieadhärenz gefördert werden, z. B. Vorbehalte gegenüber Kortikosteroiden oder eine mögliche Kortikophobie ansprechen [41] und den Einfluss einer Lebensstilmodifikation ggf. Physiotherapie auf den nicht-medikamentös behandelbaren Anteil der Erkrankung aufzeigen.
- Strukturierte Schulungen wie die DMPs und Selbstmanagementprogramme sind zur Erlangung einer krankheitsbezogenen Handlungskompetenz wesentlich und sollen den Behandlungserfolg sichern. Dabei steht die Förderung des Patienten-Empowerments im Sinne der Motivation und Befähigung zur Selbsttherapie im besonderen Fokus [42]. Inhalte der Schulungen sollen insbesondere die Bedeutung der Diagnose sowie praktische Fertigkeiten und der Einsatz aktueller Technologien sein. Mit deren Hilfe könnten asthmaerkrankte Patienten beispielsweise in die Lage versetzt werden, rechtzeitig Frühsymptome bei sich wahrzunehmen, um mit effizienten Verhaltensstrategien einem Status asthmaticus entgegenzuwirken.
- Verständliche und wiederholte Device-Schulungen sind für den Therapieerfolg eine notwendige Basis [43, 44]. In einem Cochrane-Review zeigten nur 46-59 % der Patienten eine korrekte Handhabung der Inhalationsdevices [45]. Deren aktuelle Vielfalt angefangen von Dosieraerosolen bis hin zu Pulverinhalatoren und Verneblern mit ihren unterschiedlichen Handhabungen stellen hohe Anforderungen an den Patienten sowie Behandler. Daher werden Inhalationsschulungen zu Device-Handhabung und suffizienter Atemtechnik in den Leitlinien sowohl zum Asthma als auch zur COPD der DGP explizit empfohlen. So heißt es dort: „Bei allen inhalativ verabreichten Bronchodilatoren muss die Inhalationstechnik mit dem Patienten eingeübt und im Therapieverlauf kontrolliert werden. Vor Verschreibung soll sichergestellt werden, dass der Patient in dessen Gebrauch unterwiesen wird und die korrekte Handhabung demonstriert hat.“ Dabei sollte sich die Schulung stets an den Patientenbedürfnissen orientieren und durch eine Aufklärung über die Medikamentenwirkstoffe, Neben- und Wechselwirkungen ergänzt werden. Eine regelmäßige Überprüfung der korrekten Inhalationstechnik ist für das Selbstmanagement des Patienten unerlässlich [44]. Wenn nötig sollte bei einem Wechsel eine erneute Schulung erfolgen. Ein häufiger Wechsel der Applikationssysteme ist zu vermeiden.
- Zur Optimierung der zunehmend komplexen Koordinierung der Langzeitversorgung unter Einbezug der verschiedenen Fachdisziplinen und Gesundheitsberufe sowie der

Sektoren des Gesundheitssystems, insbesondere beim Übertritt vom Jugend- zum Erwachsenenalter [37], kann im Rahmen des Facharztvertrags Pneumologie die EFA® im Sinne einer interprofessionellen und teamorientierten Unterstützung beteiligt werden.

Insgesamt wird bei etwa 30 % der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren eine allergische Erkrankung wie Asthma bronchiale, Heuschnupfen, Nahrungsmittel- oder Insektengiftallergien im Lebensverlauf festgestellt [46]. Bei Patienten mit Asthma und positiver Anamnese sollte daher eine allergologische Stufendiagnostik durchgeführt werden [37].

b. COPD

Der Begriff COPD bezieht sich auf die chronisch obstruktive Bronchitis, das Lungenemphysem und eine Kombination dieser Krankheiten mit funktionell dauerhaft eingeschränkter Lungenfunktion [47]. Im Broncholysetest ist für das FEV1 eine Reversibilität von <15 % gefordert. Die COPD kann mit weiteren Einschränkungen wie kardialen Krankheiten, Gewichtsverlust, Muskelschwäche, endokrinologischen Störungen einhergehen und gilt daher als Systemerkrankung.

Sie hat eine Prävalenz von etwa 9 % in Deutschland, manifestiert sich im zunehmenden Alter und steigt jenseits der 7. Lebensdekade auf über 25 % an [2]. Bedingt durch den demographischen Wandel und die steigende Lebenserwartung wird die klinische Relevanz der Erkrankung deutlicher. Nach Schätzungen des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheits-System-Forschung werden bis 2050 die Inzidenzraten der COPD auf 23 % weiter ansteigen [29]. Weltweit trägt die COPD nach der „Global Burden of Disease Study“ zur globalen Belastung bei [48, 49, 47].

Die COPD kann durch genuine wie z. B. einen rezessiv vererbten Alpha-1-Protease-Inhibitor-Mangel und erworbene Faktoren verursacht werden [50]. Der wichtigste Risikofaktor mit direkter Dosis-Wirkungsbeziehung bleibt das Rauchen [51]. Üblicherweise sinkt ab dem 30. Lebensjahr die Lungenfunktion, bei Rauchern wird dieser Prozess jedoch um etwa ein 5-Faches beschleunigt, so dass ein 40-Jähriger Werte wie ein 80-jähriger Nichtraucher aufweist (sog. Fletcher-Kurve) [52]. Wichtig ist daher eine frühe Erfassung der Erkrankung mit prioritärer Förderung der Tabakentwöhnung und eine intensive Intervention des Pneumologen trotz geringen Leidensdrucks des Patienten.

Ausgehend vom Konzept der COPD als Systemerkrankung [53] wird im Rahmen dieses Facharztvertrages ein Therapiekonzept verfolgt, das sowohl eine medikamentöse Versorgung der pulmonalen und extrapulmonalen Manifestationen als auch physiotherapeutisch-rehabilitative Maßnahmen umfasst. Ein solcher multimodale Therapieansatz lässt sich nur durch ein interdisziplinäres Management in Abstimmung mit dem Hausarzt realisieren. Die Therapiebausteine variieren dabei in Abhängigkeit vom Patienten und COPD-Stadium, so dass eine gemeinsame Therapieentscheidung im Sinne einer biopsychosozialen Versorgungsplanung im Mittelpunkt steht.

- Die Pharmakotherapie unter Beachtung von Neben- und Wechselwirkungen insbesondere bei Polypharmazie bildet das Fundament der COPD-Behandlung und kann zu einer Linderung von Symptomen, der Reduktion der Häufigkeit und des Schweregrades von Exazerbationen, ferner zu einer Verbesserung der Lebensqualität und der körperlichen Leistungsfähigkeit führen [54]. Regelmäßige Schulungen des Patienten mit Überprüfung der Inhalationstechnik und Unterstützung im Selbstmanagement basieren auf Evidenz und bilden einen integralen Bestandteil

der Therapie [55]. Weiterhin sind Schutzimpfungen v.a. gegen Influenza und Pneumokokken für alle Schweregrade mit hohem Evidenzgrad bewiesen [56].

- COPD ist eine progrediente Erkrankung bei der nicht-medikamentöse Therapien für die Verbesserung des Krankheitsverlaufs, der Lebensqualität und Teilhabe einen hohen Stellenwert haben [54]. Patienten mit COPD sollten insbesondere zu den Maßnahmen Rauchstopp, körperliche Aktivität sowie gesunde Ernährung und somit zur Modifikation des Lebensstils ermutigt werden. Dies greift häufig tief in die täglichen Lebensroutinen ein und erfordert daher eine regelmäßige aktive Beteiligung [57]. Um einen aktiven Lebensstil beizubehalten und zu unterstützen, ist z. B. eine regelmäßige Teilnahme an ambulanten Lungensportgruppen empfehlenswert. Trainingseffekte wirken sich positiv auf lungenfunktionelle Parameter, die Symptomatik als auch auf die körperliche Abwehr aus. Ein Kollaps der kleinen Atemwege kann durch die Verbesserung der Atemtechnik mittels fachgerechter Anleitung und Überprüfung z. B. Atemtherapie vermieden werden.
- Im Spannungsfeld der Symptomkontrolle sollen Patienten und ggf. ihre Angehörigen zur Wahrnehmung von Frühsymptomen und Vermeidung von Exazerbationen mit irreversiblen Lungengewebeverlust beraten werden [58]. Evidenzbasierte Informationen mit Schaubildern zur Lungenfunktion, den Nikotinauswirkungen und der Bedeutung akuter Exazerbationen können gezielt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patienten beitragen. Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP COPD ist wünschenswert.
- Einer deutlichen Unterversorgung im Bereich der pneumologischen Rehabilitationsangebote, deren Effektivität insbesondere nach einer krankenhauspflichtigen COPD-Exazerbation vielfach nachgewiesen wurde, sollte entgegengewirkt werden. Patienten können Unterstützung bei sozialmedizinischen und organisatorischen wie auch psychologischen Aspekten im Sinne der biopsychosozialen Versorgung durch den Sozialen Dienst der AOK und die Bosch BKK Patientenbegleitung erhalten.

c. Onkologische Erkrankungen/Tumore

Das Lungenkarzinom ist in Deutschland die häufigste tumorbedingte Todesursache bei Männern und zweithäufigste bei Frauen. Die Erkrankung wird häufig zusätzlich von einer COPD begleitet [1]. In Deutschland lag die Inzidenz nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) 2008 bei etwa 50.000 Menschen und das mittlere Erkrankungsalter bei 69 Jahren [59]. Die Anzahl der Zigaretten als Hauptursache korreliert mit dem Risiko der Lungenkrebsentwicklung. In vielen epidemiologischen Studien wird angesichts der fortgeführten Exposition über eine steigende Tendenz berichtet [59].

Ähnlich zur COPD stellt auch beim Lungenkarzinom Nikotinabusus zu etwa 85 % der Fälle den entscheidenden Risikofaktor dar. Bei Frauen ist das Bronchialepithel hinsichtlich tabakassoziierter Noxen ähnlich wie bei der COPD besonders empfindlich [48].

Gemäß der Initiative „Klug entscheiden“ ist eine Über- oder Unterversorgung zu vermeiden und die gemeinsame Entscheidungsfindung auch unter den Aspekten der Selbstbestimmung (Autonomie), Schadensvermeidung (Non-Malefizienz) und Fürsorge (Benefizienz) zu fördern. Die Versorgung braucht ein qualitativ hochwertiges interdisziplinäres Angebot z. B. in speziellen pneumologisch erfahrenen Zentren.

- Eine integrative biopsychosoziale Versorgung durch psychosoziale, psychoonkologische und palliativmedizinische Betreuung in Abstimmung mit dem Hausarzt und dem Sozial- bzw. Palliativdienst der AOK bzw. der Bosch BKK Patientenbegleitung hilft den Aufbau eines tragfähigen Versorgungsarrangements zu realisieren. Die Behandler stehen hier in einer besonderen Verantwortung und können durch die EFA® oder VERAH® unterstützt werden.
- Im Versorgungskonzept sollten palliative Therapieansätze einschließlich der Herausforderung einer Betreuung in einem pflegebedürftigen Zustand frühzeitig berücksichtigt werden [60]. Hier braucht es eine effektive Schmerztherapie sowie die symptomatische Behandlung von Dyspnoe, Husten und Müdigkeit bzw. Abgeschlagenheit. Verfügbare Maßnahmen zur Symptomkontrolle wie z. B. bronchoskopische Interventionen, Drainagen eines malignen Pleuraergusses oder die Bestrahlung von Knochenmetastasen können ausgeschöpft werden.

Die Versorgungsplanung sonstiger Lungen- oder Pleuratumoren wird je nach Klinik, Diagnostik, Histologie und Verlauf ebenfalls biopsychosozial, multimodal sowie interdisziplinär in gemeinsamer Entscheidungsfindung gefordert.

d. Seltene Erkrankungen

Seltene Lungenerkrankungen wie z. B. die Sarkoidose, interstitielle Lungenerkrankungen und Lungenmanifestationen von Systemerkrankungen werden oft unterbewertet [61] und stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen. Unstrukturierte Behandlungspfade führen zu Fehl- und Unterversorgung der betroffenen Patienten [62]. Nicht selten ist der diagnostische Zeitaufwand groß und lässt sich nur durch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit verringern. Das weite Spektrum genetischer Faktoren oder komplexer Pathogenese bis hin zu unbekanntem Ursachen erschweren hierin die Therapie. Auch stellt die Lunge das Zielorgan zahlreicher Umwelteinflüsse und beruflicher Belastungen mit 40 % der Bestimmungen des Berufskrankheitengeschehens dar [63]. Laut WHO ist die Exposition gegenüber Luftschadstoffen zudem einer der wichtigsten umweltbedingten Risikofaktoren.

Um auf die dringlichen Desiderate von Patienten mit seltenen Lungenerkrankungen einzugehen und deren diagnostische und therapeutische Odyssee zu vermeiden, soll im Rahmen dieses Facharztvertrages eine interdisziplinäre Langzeitbetreuung gefördert werden. Von der Früherkennung über das Stellen einer korrekten Diagnose bis hin zur präzisen Diagnostik und Behandlung soll eine kontinuierliche biopsychosoziale Versorgung vorgehalten werden. Aufgrund der Seltenheit der Krankheitsbilder sind häufig keine Leitlinien verfügbar, so dass die derzeit verfügbare Expertise eingeholt werden sollte. Mittels spezifischer Expertenpanels wie z. B. standortübergreifender ILD-Boards kann eine interdisziplinäre Koordination und Kommunikation sichergestellt werden. Entsprechend dem Verständnis der evidenzbasierten Medizin soll eine gemeinsame Therapieentscheidung ermöglicht werden.

Eine intensive Beratung zur medikamentösen Therapie sowie Risiko- und Schutzfaktoren ist indiziert. Zudem soll strukturiert eine Beurteilung und Beratung nicht-medikamentöser Maßnahmen wie dem Rauchstopp, der Ernährung und körperlichen Aktivität erfolgen. Eine qualifizierte Unterstützung und Entlastung innerhalb der Langzeitversorgung kann die EFA® bieten. Leistungen, die die Teilhabe am Leben ermöglichen oder sichern, können auch durch den Sozialen Dienst der AOK und die Bosch BKK Patientenbegleitung erbracht werden.

7 Andere Versorgungsanlässe

a. Schlafbezogene Atmungsstörungen und respiratorische Insuffizienz

Das respiratorische System besteht aus der Lunge zum Gasaustausch und der Atempumpe mit der Atemmuskulatur [64]. Entsprechend der Komplexität des respiratorischen Systems sind potenzielle Störanfälligkeiten vielfältig. Der Begriff respiratorische Insuffizienz schließt hier Gasaustauschstörungen (hypoxische Insuffizienz), verminderte Atemminutenvolumina durch Erkrankungen der Atempumpe bis hin zur ventilatorischen und hyperkapnischen respiratorischen Insuffizienz mit ein. Die respiratorische Insuffizienz kann akut oder chronisch auftreten. Ursachen sind u. a. progrediente Atemwegserkrankung, neuromuskuläre Erkrankung, kardiale Ursachen, Traumen oder Intoxikationen [64].

Eine vorausschauende biopsychosoziale Behandlungs- und Versorgungsplanung ist dabei als Herzstück dieses Facharztvertrages anzusehen. Durch den Facharztvertrag soll nicht nur die interdisziplinäre Behandlung der Grunderkrankung optimiert werden, sondern es sollen zudem organisatorische Maßnahmen bei der Verordnung von Langzeitsauerstoff- oder Beatmungstherapien sichergestellt werden. Betroffene Patienten benötigen umfassende Aufklärung sowie Schulungen zum sachgerechten Umgang mit den Geräten [65]. Regelmäßige Überprüfungen auf Funktionalität, z. B. der Masken, Geräte, Gerätedaten sowie Kontrollen des Therapieergebnisses mit Prüfung eines Fortbestands der Indikation sind erforderlich. Ferner soll eine stärkere Akzentuierung der Beratung bezüglich nicht-medikamentöser Maßnahmen dazu beitragen [66], die Lebensqualität der Patienten zu steigern. Die Patienten sollen eine umfassende Beratung zur Pflege gemäß dem sozialen Dienst der AOK oder der Bosch BKK erhalten. Die EFA® kann den Patienten mittels entsprechender Informationen mündlich und schriftlich unterstützen.

Schlafbezogene Atmungsstörungen (SBAS) wie die obstruktive oder zentrale Schlafapnoe aber auch die schlafbezogene Hypoventilation und Hypoxämie, Narkolepsie, In-, Hyper- und Parasomnien sind beim Erwachsenen häufig und beeinflussen in erheblichem Maße die Lebensqualität, Morbidität und Mortalität [67, 68]. In der Schlaflabormedizin gibt es wenige populationsbasierte Studien. Erste Prävalenzraten der SBAS in Deutschland wurden in der SHIP-Studie publiziert (46 % Schlafapnoe-Prävalenz bei deutschen Erwachsenen und 21 % mittel- bis schwergradige Schlafapnoe) [69]. SBAS sind gekennzeichnet durch eine pathologische Wechselwirkung von Schlaf, Atmung sowie dem Herz-Kreislauf-System. Folgen können nicht nur eine gesteigerte Tagesmüdigkeit und Einschlafneigungen sein, sondern auch kardiale, cerebro- und kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen. Auf das erhöhte Risiko perioperativer Komplikationen bei SBAS wird in Übersichtsarbeiten hingewiesen [70]. Weitere Zusammenhänge werden zwischen der obstruktiven Schlafapnoe (OSA) und malignen Erkrankungen und zuletzt auch mit neurokognitiven Störungen beschrieben [71]. Eine bessere und frühere Erkennung von behandlungsbedürftigen Patienten mit SBAS ist gemäß der S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“ [67] daher anzustreben.

Um nach § 70 SGB V entsprechend „eine bedarfsgerechte und gleichmäßig, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung“ zu gewährleisten und eine effektive, wirtschaftliche und nebenwirkungsarme Therapie einzuleiten [72], sollte eine strukturierte Diagnostik von einem fachlich befähigten Arzt erfolgen [73]. Neben der (Fremd-) Anamnese und klinischen Untersuchung können standardisierte Fragebögen wie z.B. der STOP-BANG Score für die Vordiagnostik der OSA zu Hilfe genommen werden. Dieser Score zeigte in einer metaanalytischen Zusammenfassung aus zehn Studien mit etwa 1500 Patienten eine hohe methodische Qualität und vergleichsweise

einfache Anwendbarkeit auf [74]. Weiterhin sollte eine Abklärung möglicher internistischer, pharmakologischer, HNO und neurologischer Ursachen erfolgen. Am Ende des diagnostischen Spektrums steht eine objektive Testung (Polysomnographie, Polygraphie). Die Polysomnographie (PSG) gilt hierbei als Kernuntersuchung für Schlafstörungen und dient als Referenz in der Schlaflabordiagnostik. Die PSG sollte unter Erwägung verschiedener Aspekte wie Prättestwahrscheinlichkeit, Komorbiditäten, prognostischer Nutzen und Risiko zu Nebenwirkungen durchgeführt werden [67]. Bei geeigneten Patienten stehen portable Systeme für die ambulante Diagnostik (hier ohne EEG und EOG) zur Verfügung [75, 76].

Auf Grund der Vielzahl der Therapiemaßnahmen einer SBAS sollte gemäß der Empfehlung des Sachverständigenrates eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient im Rahmen der rechtlich gebotenen Aufklärung unterstützt [7] und ein abgestuftes Therapiekonzept in Abhängigkeit des Ansprechens auf Therapiemaßnahmen diskutiert werden. Die nicht-medikamentöse und schlafmedizinische Beratung sollte durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen wie die Regulation des Schlaf-Wach-Rhythmus, Rauchstopp und Alkoholkarenz ergänzt werden [77]. Bei Übergewichtigen sind die positiven Effekte einer Gewichtsreduktion auf die SBAS aus wissenschaftlichen Untersuchungen hinlänglich bekannt [78]. Hier sollte auf die bereits vorhandenen flächendeckenden Strukturen, zum Beispiel Gesundheitsprogramme zu intensiven diätetischen Maßnahmen, zur erhöhten körperlichen Aktivität und Modifikation des Lebensstils, zurückgegriffen werden. Die Förderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patienten ist ferner ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Therapie von Lungenerkrankungen [79]. Umgekehrt wird eine inadäquate Gesundheitskompetenz mit einem häufigeren Aufsuchen der Notfallaufnahme, fehlender Therapietreue und Adhärenz assoziiert [80]. Hier werden strukturierte Patientenschulungen und eine qualitativ hochwertige Betreuung speziell in den ersten Wochen einer Therapieeinleitung empfohlen [67].

Insbesondere sollte die OSA als eine chronische Erkrankung aufgefasst werden [67]. Vor diesem Hintergrund stellt das multidisziplinäre Langzeitmanagement mit einer besseren Vernetzung der schlafmedizinischen Ressourcen mit anderen Fachgebieten einschließlich einer sozialmedizinischen (Mit-)Betreuung eine Herausforderung dar. Mit der Digitalisierung stehen entsprechende Werkzeuge wie das telemedizinische Monitoring und Hilfsmittel zur Kommunikation insbesondere für die Versorgung im ländlichen Raum in greifbarer Nähe [81]. Ziel sollte dabei die Vereinfachung von Prozessabläufen, eine zeitnahe Erfassung von Problemen sowie eine frühzeitige Optimierung der Therapieadhärenz sein [82].

8 Literatur

1. Statistisches Bundesamt (Destatis). Häufigste Todesursachen 2017, 2019
2. Knipel V, Windisch W, Bayarassou AH. Epidemiologie von Lungenkrankheiten. Der Pneumologe 2012; 9: 321–330
3. Statistisches Bundesamt. Leben und Arbeiten in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus 2003. Wiesbaden, 2003
4. Lampert T, Thamm M. Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2007; 50: 600–608
5. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA), 2014
6. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking. BMJ 2004; 328: 1519

7. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Steuerung der Gesundheitsversorgung. Bonn/Berlin, 2018
8. Hoch E. Moderne Tabakentwöhnung braucht ein professionalisiertes Behandlungssystem. *SUCHT* 2005; 51: 182
9. Jany B. Klug entscheiden in der Pneumologie, 2016
10. Kunstmann W. Ärztliche Beratung und Behandlung von Rauchern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2010; 53: 196–200
11. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health. *BMC Public Health* 2012; 12: 1
12. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Teil I: Wettbewerb mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung, 2012
13. Qualität und Versorgungsstrukturen. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges, 2003
14. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *The Lancet* 2003; 362: 847–852
15. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodynamic psychiatry* 2012; 40: 377–396
16. Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung: Hans Huber, 2014
17. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2000; 50: 892–899
18. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter. *Social Science & Medicine* 1997; 44: 681–692
19. Busch A, Spranz-Fogasy T. Handbuch Sprache in der Medizin. EBOOK PACKAGE Linguistics 2015 2015; 11
20. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford Univ. Press, 2001
21. Scheibler F, Loh A. Therapeutische Effekte mit partizipativer Entscheidungsfindung – Ein Blick über die Studienlage. In: Klusen N, Fließgarten A, Nebling T (Hrsg.). *Informiert und selbstbestimmt: Nomos, 2009: 66–79*
22. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient education and counseling* 2012; 86: 9–18
23. Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve Légaré myths about shared decision making. *Patient education and counseling* 2014; 96: 281–286
24. Edwards M, Davies M, Edwards A. What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations. *Patient education and counseling* 2009; 75: 37–52
25. ÄZQ. Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren 2012
26. Busby J, Purdy S, Hollingworth W. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. England, 2015 Aug 13
27. Höffken G, Lorenz J, Kern W, et al. S3-Leitlinie zu ambulant erworbener Pneumonie und tiefen Atemwegsinfektionen. *Pneumologie* 2005; 59: e1-e63
28. Ewig S, Hoffken G, Kern WV, et al. Management of Adult Community-acquired Pneumonia and Prevention - Update 2016. *Pneumologie* 2016; 70: 151–200
29. Beske Fea. Morbiditätsprognose 2050. Kiel, 2009
30. Spina S, Marrazzo F, Migliari M, Stucchi R, Sforza A, Fumagalli R. The response of Milan's Emergency Medical System to the COVID-19 outbreak in Italy. *The Lancet* 2020; 395: e49-e50
31. WHO. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), 2020

32. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Corona: Daten teilen, besser heilen - Sachverständigenrat Gesundheit - DER SPIEGEL - Wirtschaft. <https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/corona-daten-teilen-besser-heilen-sachverstaendigenrat-gesundheit-a-ed21193d-84cf-4765-a085-cca5de840078> (letzter Zugriff am: 30.4.2020)
33. Robert Koch-Institut. COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2). https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html (letzter Zugriff am: 26.05.2020)
34. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). BZgA-Informationen zum neuartigen Coronavirus für Bildungseinrichtungen. <https://www.bzga.de/presse/pressemitteilungen/2020-03-03-bzga-informationen-zum-neuartigen-coronavirus-fuer-bildungseinrichtungen/> (letzter Zugriff am: 26.05.2020)
35. Bikdeli B, Madhavan MV, Jimenez D, et al. COVID-19 and Thrombotic or Thromboembolic Disease: Implications for Prevention, Antithrombotic Therapy, and Follow-up. *Journal of the American College of Cardiology* 2020
36. Szecsenyi J, Stock J, Chenot R, Broge B. QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2010; 64: 52–58
37. Nationale Versorgungsleitlinie. Asthma Langfassung, 2. Aufl. Version 1.3, Juli 2011
38. Lingner, H, Schwartz, F-W, Schultz, K (Hrsg.). *Volkskrankheit Asthma/COPD: Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2007
39. Sears MR. Descriptive epidemiology of asthma. *The Lancet* 1997; 350: S1-S4
40. Niimi A, Matsumoto H, Minakuchi M, Kitaichi M, Amitani R. Airway remodelling in cough-variant asthma. *The Lancet* 2000; 356: 564–565
41. Gillissen A, Lecheler J. Kortikophobie beim Asthma bronchiale. *Medizinische Klinik (Munich, Germany)* : 1983) 2003; 98: 417–422
42. Castro EM, van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling* 2016; 99: 1923–1939
43. Crompton GK, Barnes PJ, Broeders M, et al. The need to improve inhalation technique in Europe. *Respiratory medicine* 2006; 100: 1479–1494
44. Lavorini F, Magnan A, Dubus JC, et al. Effect of incorrect use of dry powder inhalers on management of patients with asthma and COPD. *Respiratory medicine* 2008; 102: 593–604
45. Normansell R, Kew KM, Mathioudakis AG. Interventions to improve inhaler technique for people with asthma. *The Cochrane database of systematic reviews* 2017; 3: CD012286
46. Robert Koch-Institut. Asthma bronchiale. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 2014
47. Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *The Lancet* 2007; 370: 765–773
48. Hurrelmann K. *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, 2014
49. WHO. Chronic respiratory diseases. https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1 (letzter Zugriff am: 22.4.2020)
50. Vogelmeier C, Buhl R, Criée CP, et al. Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). *Pneumologie (Stuttgart, Germany)* 2007; 61: e1-40
51. Andreas S, Batra A, Behr J, et al. Tabakentwöhnung bei COPD. *Pneumologie* 2014; 68: 237–258
52. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *British medical journal* 1977; 1: 1645–1648

53. Greulich T, Koczulla R, Vogelmeier C, Bals R. Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) als Systemerkrankung. Deutsche medizinische Wochenschrift (1946) 2009; 134: 1231–1235
54. Wedzicha JA, Seemungal TAR. COPD exacerbations: defining their cause and prevention. The Lancet 2007; 370: 786–796
55. Bourbeau J, Nault D, Dang-Tan T. Self-management and behaviour modification in COPD 2004
56. Wongsurakiat P, Maranetra KN, Wasi C, Kositanont U, Dejsomritrutai W, Charoenratanakul S. Acute respiratory illness in patients with COPD and the effectiveness of influenza vaccination: a randomized controlled study. Chest 2004; 125: 2011–2020
57. Almagro P, Castro A. Helping COPD patients change health behavior in order to improve their quality of life. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2013; 8: 335–345
58. Kessler R, Ståhl E, Vogelmeier C, et al. Patient understanding, detection, and experience of COPD exacerbations: an observational, interview-based study. Chest 2006; 130: 133–142
59. Robert Koch-Institut. Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Berlin, 2010
60. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial 2014
61. Kreuter M, Costabel U, Herth F, Kirsten D. Seltene Lungenerkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2016
62. Grüters-Kieslich A, Burgard P, Berner R, Hoffmann GF. Zentren für seltene Erkrankungen. Monatsschr Kinderheilkd 2017; 165: 211–215
63. Nowak D. Arbeits- und umweltbedingte Lungen- und Atemwegserkrankungen: Springer
64. Herold G. Innere Medizin, 2020
65. Neri M, Melani AS, Miorelli AM, et al. Long-term oxygen therapy in chronic respiratory failure: a Multicenter Italian Study on Oxygen Therapy Adherence (MISOTA). Respiratory medicine 2006; 100: 795–806
66. Halank M, Einsle F, Lehman S, et al. Exercise capacity affects quality of life in patients with pulmonary hypertension. Lung 2013; 191: 337–343
67. Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). S3 Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörung Kapitel „Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen“, August 2017
68. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM), Verband Pneumologischer Kliniken (VPK), Bundesverband der Pneumologen (BdP). Positionspapier zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen. Pneumologie 2014; 68: 15–18
69. Fietze I, Laharnar N, Obst A, et al. Prevalence and association analysis of obstructive sleep apnea with gender and age differences - Results of SHIP-Trend. Journal of sleep research 2019; 28: e12770
70. Vasu TS, Grewal R, Doghramji K. Obstructive sleep apnea syndrome and perioperative complications: a systematic review of the literature. United States, 2012 Apr 15
71. Campos-Rodriguez F, Martinez-Garcia MA, Martinez M, et al. Association between obstructive sleep apnea and cancer incidence in a large multicenter Spanish cohort. American journal of respiratory and critical care medicine 2013; 187: 99–105
72. AlGhanim N, Comondore VR, Fleetham J, Marra CA, Ayas NT. The economic impact of obstructive sleep apnea. Lung 2008; 186: 7–12
73. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, 01.04.2005
74. Abrishami A, Khajehdehi A, Chung F. A systematic review of screening questionnaires for obstructive sleep apnea. United States, 2010 May

75. Executive summary on the systematic review and practice parameters for portable monitoring in the investigation of suspected sleep apnea in adults. United States, 2004 May 15
76. McNicholas WT. Diagnosis of obstructive sleep apnea in adults. Proceedings of the American Thoracic Society 2008; 5: 154–160
77. Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. American journal of respiratory and critical care medicine 2002; 165: 1217–1239
78. Foster GD, Borradaile KE, Sanders MH, et al. A randomized study on the effect of weight loss on obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes: the Sleep AHEAD study. Archives of internal medicine 2009; 169: 1619–1626
79. Puente-Maestu L, Calle M, Rodriguez-Hermosa JL, et al. Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory medicine 2016; 115: 78–82
80. Omachi TA, Sarkar U, Yelin EH, Blanc PD, Katz PP. Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. Journal of general internal medicine 2013; 28: 74–81
81. Deutsche Atemwegsliga e.V. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) Verband Pneumologischer Kliniken e.V. (VPK). Chancen und Herausforderungen der Einführung digitaler Hilfsmittel. https://www.aterwegsliga.de/tl_files/eigene-dateien/pdf/eDevices_Positionspapier_DAL_DGP_VPK.pdf (letzter Zugriff am: 26.11.2019)
82. Randerath W, Bögel M, Franke C, et al. Positionspapier zum Telemonitoring bei schlafbezogenen Atmungsstörungen. Pneumologie 2017; 71: 81–85

Pneumologie-Facharztvertrag der AOK Baden-Württemberg/ Bosch BKK

Anhang 1: Nicht-medikamentöse Therapie

Inhalt

| | |
|--|----|
| Nicht-medikamentöse Versorgung in der Pneumologie | 2 |
| Ziele | 2 |
| Hintergrund | 3 |
| Risikofaktor Rauchen | 5 |
| Auswirkungen unterschiedlicher Tabakprodukte | 7 |
| Theorie zur Beratung einer evidenzbasierten Tabakentwöhnung..... | 8 |
| Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung..... | 8 |
| Minimal und Kurzintervention | 11 |
| Das „Motivational Interviewing“ | 16 |
| Schutzfaktor Bewegung..... | 19 |
| Bewegungsformen | 20 |
| Zusammenfassung Bewegungsempfehlungen..... | 24 |
| Informationen für Praxis und Patienten | 25 |
| Schutzfaktor Ernährung..... | 26 |
| Ernährung und Lungenerkrankungen..... | 26 |
| Informationen für Praxis und Patienten | 29 |
| Umsetzung der Nicht-medikamentösen Beratung..... | 30 |

Nicht-medikamentöse Versorgung in der Pneumologie

Einleitung

Die Entwicklungen der gesundheitlichen Belange in der Bevölkerung (Public Health) bestimmen die Anforderungen an Prävention (Primär-, Sekundär-, Tertiär-) und Gesundheitsförderung (www.rki.de/gesundheitsbericht 2015 S. 241ff). Die nicht-medikamentöse Beratung ist darauf ausgerichtet, die Gesundheitsbelastungen zu senken und die Gesundheitsressourcen zu stärken, um Erkrankungs- und Sterberisiken in der Bevölkerung zu vermindern. Für eine bevölkerungsweite Wirkung sind, auch gemäß Robert Koch-Institut Gesundheitsbericht 2015, verschiedene präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen daher so weit wie möglich aufeinander abzustimmen und auf vielen Ebenen anzusetzen. Zudem ist die Evidenzbasierung zu beachten, indem diejenigen Programme und Projekte bevorzugt werden, deren Wirksamkeit erwiesen ist. Hier wird dafür auch Bezug genommen auf die entsprechende Fachliteratur als Grundlage wie im Folgenden genannt und erläutert.

Ziele

1. Menschen zum Rauchstopp motivieren und dabei aktiv gemäß Anhang 1a ein vertragsübergreifendes Rauchstoppkonzept unterstützen. Damit wird auch das nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ gefördert.
 - In Deutschland rauchten im Jahr 2018 noch 7% der Jugendlichen und ungefähr ein Drittel der Erwachsenen Bevölkerung. Die Raucherquote ist allgemein rückläufig.^{1,2}
 - Rauchen ist mit fast 90% die häufigste Ursache für die Entstehung einer COPD und für Lungenkarzinome^{3,4} sowie ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung und Verschlechterung von Asthma bronchiale.⁴
 - Die komplette Aufgabe des Rauchens geht mit einer Reduktion des Risikos einer stationären Behandlung um 42% einher, was der Verbesserung der Patientensicherheit zugutekommt.^{5,6}
 - Der Tabakkonsum erhöht das Risiko für Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankungen sowie Krebs. Er beeinträchtigt die Mundgesundheit und fördert Osteoporose. Bei Männern kann in Folge des Rauchens die Potenz geschwächt werden. Rauchen ist der

¹ http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1247/BMG_Tabakkonsum_reduzieren_Onlineversion.pdf (Stand 27.08.2018)

² <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/verbreitung-des-rauchens/> (Stand 20.01.2020)

³ Herold et. al. (2020) Innere Medizin. S. 932-933.

⁴ <http://www.who.int/respiratory/asthma/causes/en/> (Stand 27.08.2018)

⁵ Schauder, P. (2006): Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker, S. 207.

⁶ WIdO (2014): Krankenhausreport: Das Krankenhaus als Risikofaktor, S. 2.
https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/krankenhaus-report/wido_kra_khr2014_kap1_0114.pdf

wichtigste Umweltfaktor in der Entstehung einer rheumatoiden Arthritis.^{7,8}

2. Körperliche Aktivität und gesundheitsfördernde Ernährung fördern, vor allem bei chronischen Lungenkrankheiten und zur Unterstützung des Rauchstopps.

- Körperliche Aktivität mindert Entzündungen, erhöht die Lebensqualität, verbessert die Ausdauer, Kraft und (Atem-)Muskulatur und wirkt positiv auf Begleiterkrankungen. Dazu wirkt sie Fatigue und Übergewicht entgegen.⁹
- Fehlernährte Patienten tragen ein erhöhtes Risiko für Infektionen der Atemwege oder allergische Reaktionen, was ihre Erkrankung zusätzlich verkomplizieren kann. Zudem beeinträchtigt eine unausgewogene, schlechte Ernährung die Lungenfunktion. Studien haben gezeigt, dass die Abwehrkraft der Lunge durch Mangelernährung herabgesetzt wird.
- Eine gesundheitsfördernde Ernährung unterstützt die Gewichtsoptimierung, beispielsweise bei adipösen Patienten oder in Folge eines Rauchstopps und wirkt herzgesund, wie beispielsweise die mediterrane Ernährung, um Begleiterkrankungen entgegenzuwirken.¹⁰

Hintergrund

Rauchen ist die wichtigste Einzelursache für die Entstehung von Lungenkarzinomen und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen.¹¹ Auch Passivrauchen erhöht das Risiko. Die Kombination von Zigarettenrauchen mit beruflichen Karzinogenen potenziert das Lungenkrebsrisiko.¹²

Ein Großteil der weiteren (zivilisatorischen) Risikofaktoren wie Übergewicht, erhöhter Cholesterinspiegel, Bluthochdruck und bewegungsarmer Alltag können mit körperlichem Training reduziert werden.¹³ Im Vergleich von Personen mit der höchsten sedentär verbrachten Zeit zu Personen mit der geringsten sedentär verbrachten Zeit ergab sich in Studien für Lungenkrebs ein um im Mittel 21% bis 66% erhöhtes Erkrankungsrisiko.¹⁴

Weitere beeinflussbare Risikofaktoren, die im Zusammenhang mit der Entwicklung verschiedener Krebsarten stehen, sind bestimmte Ernährungsgewohnheiten wie z. B. hoher Alkoholkonsum oder eine Ernährung mit einem hohen Anteil an rotem Fleisch und wenig Ballaststoffen, Gemüse und Obst.¹⁵ Fehlernährte Patienten haben ein höheres Risiko für Atemwegsinfektionen oder allergische Reaktionen, was ihre

⁷ <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/rauchen-gesundheit/> (Stand 20.01.2020)

⁸ RKI Heft 49 Entzündlich-rheumatische Erkrankungen

⁹ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 222-223.

¹⁰ <https://www.lungeninformationsdienst.de/therapie/leben-mit-krankheit/ernaehrung/index.html> (Stand 28.08.2018)

¹¹ Schauder, P. (2006): Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker, S. 15.

¹² Herold, G. (2018): Innere Medizin. S. 401.

¹³ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 221.

¹⁴ s.o. S. 228

¹⁵ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 228.

Erkrankung zusätzlich verkomplizieren kann.¹⁶ Mit dem Fortschreiten einer COPD kommt es zur Erhöhung des Energiebedarfs. Die Mortalität korreliert mit dem Ausmaß des Gewichtsverlusts.¹⁷ Übergewicht wiederum kann Atemprobleme verstärken, vor allem Adipositas geht mit einem deutlich erhöhten Risiko für chronische Erkrankungen und Karzinome einher.¹⁸

Zu den chronischen Lungenerkrankungen zählen beispielsweise die COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), das Asthma bronchiale, sowie das Lungenkarzinom.¹⁹ Die größte Anzahl von betroffenen Versicherten mit chronischen Lungenerkrankungen der AOK-BW befindet sich ebenfalls in den Gruppen COPD und Asthma mit über die Jahre kontinuierlicher Zunahme.²⁰

Die COPD belegt laut GOLD weltweit aktuell Platz vier der Erkrankungen, welche die meisten Todesfälle nach sich ziehen. Im Jahr 2020 soll sie bereits den dritten Platz belegen.²¹ Unter den Versicherten der AOK-BW hat die COPD zwischen 2007 und 2012 von ca. 108.000 auf 143.000 Versicherte zugenommen. Das entspricht einer durchschnittlichen Veränderung von ca. 5,8% pro Jahr. Im Jahr 2020 hat die AOK-BW über 170.000 Versicherte mit COPD. Rund 28% (47599) der Versicherten mit COPD sind im jeweiligen DMP-Programm eingeschrieben. In der internationalen BOLD-Studie (Burden of Obstructive Lung Disease; Buist et al. 2007) wurde für Deutschland eine Prävalenz von ca. 13% ermittelt.

Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Krankheit im Kindesalter. Bis zu 15% der Kinder und 7% der erwachsenen Bevölkerung sind an Asthma erkrankt. Asthma kann bei mehr als 40% der Frauen zu einer COPD führen.²² Unter den Versicherten der AOK-BW hat Asthma bronchiale zwischen 2007 und 2012 von ca. 136.000 auf 178.000 Versicherte zugenommen. Das entspricht einer durchschnittlichen Veränderung von ca. 5,5% pro Jahr. Im Jahr 2020 hat die AOK-BW über 20.000 Versicherte mit Asthma bronchiale. Rund 22% (4553) der Versicherten mit Asthma bronchiale sind im jeweiligen DMP-Programm eingeschrieben.²³

Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen wie COPD oder Asthma sind häufig multimorbide. Komorbiditäten sind unter anderem zum Beispiel kardiovaskuläre Erkrankungen, Übergewicht, die häufig unterdiagnostizierte Osteoporose und Depressionen^{24,25}, Diabetes, das metabolische Syndrom, die gastroösophageale

¹⁶ <https://www.lungeninformationsdienst.de/therapie/leben-mit-krankheit/ernaehrung/index.html>
(Stand 30.08.2018)

¹⁷ Biesalski, H.K. u.a. (2018): Ernährungsmedizin, S. 782.

¹⁸ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 191.

¹⁹ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/lungenerkrankungen/lungenerkrankungen_node.html (Stand 29.08.2018)

²⁰ Interne Analyse der AOK-BW 2018, 2020

²¹ <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide-1.pdf> S. 1 (Stand 28.08.2018)

²² <https://www.thoracic.org/about/newsroom/press-releases/journal/more-than-40-percent-of-women-with-asthma-may-develop-copd-but-risk-may-be-reduced.php> (Stand 30.08.2018)

²³ Interne Analyse der AOK-BW 2018, 2020

²⁴ https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf S. 114 (Stand 30.08.2018)

²⁵ https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-005l_S3_Tabakentw%C3%B6hnung_bei_COPD_2014-03.pdf S. 9

Refluxkrankheit (GERD) und Lungenkarzinome.^{26,27} Insbesondere bei schweren Verlaufsformen von Asthma bronchiale ist es wichtig, auch die Psyche der Betroffenen in ein umfassendes Behandlungskonzept mit einzubeziehen.²⁸

Lungenkarzinome verursachen weltweit die meisten Krebstoten. Weltweit ca. 1,69 Millionen.²⁹ Zwischen 30-50% der Krebserkrankungen können durch die Vermeidung von Risikofaktoren verhindert werden.³⁰ Raucher haben ein um 15 bis 30-fach erhöhtes Risiko Lungenkrebs zu entwickeln. Auch gelegentliches Rauchen und Passivrauchen erhöht das Risiko.³¹ Unter den Versicherten der AOK-BW hat das Lungenkarzinom zwischen 2007 und 2012 von ca. 6.100 auf 7.200 Versicherte zugenommen. Das entspricht einer durchschnittlichen Veränderung von ca. 3,6% pro Jahr.

Chronische Lungenerkrankungen sind für die Betroffenen mit hohen Einbußen an Lebensqualität verbunden.³² Viele Risikofaktoren die zu genannten chronischen Lungenerkrankungen führen sind lebensstilorientiert und damit vermeidbar.

Risikofaktor Rauchen

Das Rauchen ist in den Industrienationen das bedeutendste Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Zu den Erkrankungen, die bei Raucherinnen und Rauchern vermehrt auftreten, gehören beispielsweise Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen. Wie schon erwähnt ist das Rauchen die wichtigste Einzelursache für die Entstehung von Lungenkarzinomen und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen sowie ein Risikofaktor für die Entstehung und Verschlechterung von Asthma bronchiale.³³

Tabakrauch enthält mehrere tausend bis zu 8.000 chemische Substanzen,³⁴ von denen mindestens 70 krebserregend sind.

Nikotin: Nikotin ist der Hauptwirkstoff als Alkaloid im Zigarettenrauch und macht sehr schnell abhängig bei etwa 70% der Raucher (Herold S. 932). Rauchen ist für bis zu 50% aller vermeidbaren Todesfälle verantwortlich (Herold S. 932). Es ist zudem ein starkes Gift welches u. a. zur Schädlingsbekämpfung eingesetzt wird. 60 Milligramm können tödlich sein für Erwachsene. Eine Zigarette enthält 13 - 25 mg.³⁵

²⁶ https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf S. 114-119 (Stand 28.08.2018)

²⁷ <https://bmjopen.bmj.com/content/7/5/e015102> (Stand 28.08.2018)

²⁸ <https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/asthma/risikofaktoren/index.html> (Stand 30.08.2018)

²⁹ <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (Stand 28.08.2018)

³⁰ <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (Stand 30.08.2018)

³¹ <https://www.cancer.gov/types/lung/patient/lung-prevention-pdq#section/all> (Stand 30.08.2018)

³² https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/lungenerkrankungen/lungenerkrankungen_node.html (Stand 29.08.2018)

³³ Schauder, P. (2006): Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker, S. 15.

³⁴ International Agency for Research on Cancer (2004). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon 83, pp. 53–1187.

³⁵ Metzler, W. et al. (2005) Die tödliche Zigaretten-Ingestion bei Erwachsenen. Gibt es sie wirklich? Dtsch Med Wochenschr; 130(24): 1491-1493.

Teer: Tabakteer entsteht beim Verbrennen von Tabak und wird durch den Filter kaum zurückgehalten. Teer ist zäh und verklebt die Flimmerhärchen in den Atemwegen welche Schadstoffe abtransportieren. Sind sie zerstört kann kein Staub/Schmutz mehr abtransportiert werden.

Kohlenmonoxid: ist ein geruchloses giftiges Gas das beim Verbrennen von Tabak entsteht. Durch die Bindung an rote Blutkörperchen verhindert es den Sauerstofftransport (es nimmt den Platz von Sauerstoff am roten Blutkörperchen ein). Um den Körper trotzdem mit genug Sauerstoff zu versorgen steigen Blutdruck und Pulsfrequenz. So läuft der Körper im Ruhezustand auf Hochtouren und mindert so die Leistung bei Belastung.^{36,37}

Durchschnittlich sterben in Deutschland jedes Jahr mehr als 121.000 Menschen an den Folgen des Rauchens.³⁸ Hinzu kommen Erkrankungen, Arbeitsunfähigkeit, Gesundheitsbeschwerden, Produktivitätsverlust und vorzeitige Todesfälle, die durch regelmäßige Passivrauchexposition verursacht werden.³⁹ Passivrauchen weist dieselben gesundheitlichen Konsequenzen auf wie das aktive Rauchen, wenn auch in geringerem Ausmaß. Langfristige Folgen, die durch die regelmäßige Passivrauchbelastung entstehen oder verstärkt werden können, sind beispielsweise verschiedene Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma und die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung.⁴⁰

Im Jahr 2003 wurde das nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ beschlossen. Damals lag der Anteil der Raucherinnen und Raucher bei fast 35% der Erwachsenen und 23% bei den 12-17-jährigen Jugendlichen. Auch am Arbeitsplatz und in der Freizeit waren viele Menschen einer erheblichen Belastung durch Passivrauchen ausgesetzt. Mittlerweile ist die Raucherquote bei Jugendlichen auf unter 10 Prozent und bei Erwachsenen auf 25% gesunken. Rauchfreiheit ist im öffentlichen Raum, laut dem Bundesministerium für Gesundheit, praktisch überall zur Normalität geworden.⁴¹

³⁶ <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/inhaltsstoffe-im-tabakrauch/> (Stand 31.08.2018)

³⁷ AOK-Bundesverband, Deutscher Hausärzteverband e.V. (2016): Patienten-Handbuch zur chronisch obstruktiven Lungenerkrankung COPD. Mainz 2016.

³⁸ Tabakatlas: 121 000 Rauchertote jährlich in Deutschland
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/172961/Tabakatlas-121-000-Rauchertote-jaehrlich-in-Deutschland>
(Stand 06.07.2020)

³⁹ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Rauchen/Rauchen_node.html
(Stand 31.08.2018)

⁴⁰ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDDownloads/J/FactSheets/JoHM_02_2018_Passivrauchbelastung_Erwachsene.pdf;jsessionid=B04EA3EBDADEB4420FFDEFC7B9296789.1_cid381?_blob=publicationFile (Stand 31.08.2018)

⁴¹ http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1247/BMG_Tabakkonsum_reduzieren_Onlineversion.pdf
(Stand 31.08.2018)

Auswirkungen unterschiedlicher Tabakprodukte

- Die weltweit hergestellten Tabakprodukte sind zu 96% Zigaretten.⁴²
- Den geringeren Nikotinanteil von sogenannten „Light-Zigaretten“ gleichen Raucher durch einen höheren Konsum und tieferes Inhalieren aus, welches für Formen des Lungenkrebses verantwortlich gemacht wird, die als besonders schwer behandelbar gelten.⁴³
- Der längerfristige Konsum und daraus resultierende Schäden durch E-Zigaretten/E-Shishas sind derzeit noch nicht ausreichend untersucht. Die Menge der Kanzerogene im Dampf von E-Zigaretten schätzt das DKFZ zwar insgesamt als gering ein, besonders bei Dauerkonsum könne eine Krebsgefährdung allerdings nicht ausgeschlossen werden. Die verwendbaren „Liquids“ sind mit und ohne Nikotin erhältlich. Nach dem Konsum kann es kurzfristig zu Atemwegsirritationen und eventuell auch zu Entzündungsreaktionen in den Bronchien und Bronchiolen kommen. Auch sind Wundheilungsstörungen zu befürchten.⁴⁴ Die E-Zigarette wird derzeit nicht als Mittel zum Rauchstopp empfohlen.⁴⁵
- Die Wirksamkeit von Kräuterzigaretten zum Rauchstopp ist nicht belegt. Nachgewiesen ist dagegen, dass auch durch deren Rauch gesundheitsschädliche Giftstoffe aufgenommen werden.⁴⁶
- Die Gefahr, an einer Krebsart im Rachenraum zu erkranken, ist für Zigarrenraucher etwa doppelt so hoch wie für Zigarettenraucher. Für Lungenkrebs haben sie sogar ein viermal so hohes Risiko. Weiterhin erhöht der Konsum das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle.⁴⁷
- Das Pfeifenrauchen geht mit einem viermal höheren Risiko für Lungenkrebs gegenüber Nichtrauchern einher und mit einem hohen Risiko für Krebs im Mund- und Rachenraum. Die Wahrscheinlichkeit, dass Pfeifenraucher einen Herzinfarkt erleiden ist um etwa 69% erhöht und das Risiko für einen Schlaganfall um 62%.⁴⁸
- Über den Rauch von Wasserpfeifen werden zum Teil größere Schadstoffmengen aufgenommen als durch filterlose Zigaretten. Das Rauchen von Wasserpfeifen ist nicht weniger gesundheitsschädlich als Zigarettenrauchen.⁴⁹
- Tabakprodukte ohne Rauch wie z. B. Kautabak stellen keine geeignete Alternative zur Zigarette dar. Auch sie enthalten Nikotin und regelmäßiger

⁴² Die Zigarette – ein hoch technisiertes Produkt mit vielen Zusatzstoffen: <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/zigaretten/> (Stand 11.10.2018)

⁴³ Hammond D., Parkinson C. (2009). The impact of cigarette package design on perceptions of risk. Journal of Public Health, doi:10.1093/pubmed/fdp066

⁴⁴ E-Zigaretten könnten Wundheilung behindern
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98643>

⁴⁵ E-Zigarette – eine vermeintlich harmlose Alternative <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/elektrische-zigaretten/> (Stand 11.10.2018)

⁴⁶ Die Kräuterzigarette - tabak- und nikotinfrei, als Alternative zur Zigarette jedoch nicht zu empfehlen
<https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/kraeuterzigaretten/> (Stand 11.10.2018)

⁴⁷ Zigarrenrauchen - ein häufig unterschätztes Gesundheitsrisiko <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/zigarren-zigarillos/> (Stand 11.10.2018)

⁴⁸ Pfeifenrauchen - nicht nur schädlich für die Mundgesundheit <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/pfeifen/> (Stand 11.10.2018)

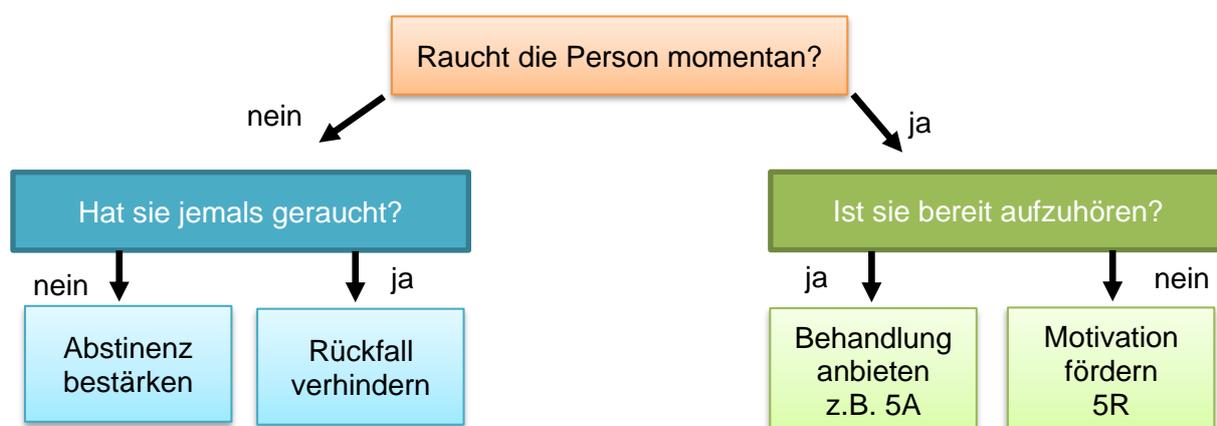
⁴⁹ Wasserpfeifen: Vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beliebt <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/wasserpfeifen/> (Stand 11.10.2018)

Konsum kann Mundhöhlen-und Bauchspeicheldrüsenkrebs sowie Herz-Kreislaufkrankungen auslösen.⁵⁰

Theorie zur Beratung einer evidenzbasierten Tabakentwöhnung

Raucher/innen sollten im Rahmen von Routinebefragungen angesprochen werden. Der Rauchstatus sollte regelmäßig dokumentiert werden. Zur Dokumentation des Rauchverhaltens wird ein klinisches Erfassungs-/Erinnerungssystem (z. B. Marker, Sticker auf Karteikarten, elektronische Patientenakten etc.) empfohlen. Um den Grad der Abhängigkeit zu bestimmen eignet sich z. B. der Fagerström Test (FTCD) oder die daraus abgeleitete Kurzform der Heaviness-of-Smoking-Index (HSI).

Als effektiv wurden die ärztliche Minimalintervention (< 3 Minuten ABC-Ansatz) sowie die Kurzintervention (< 10 Minuten 5A/5R) in Metaanalysen belegt. Die Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung bilden die Basis^{51,52, 53}



Nach Fiore et al. (2000): Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline.

Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung

Ambivalenz

Das Phänomen der Ambivalenz bezeichnet einen Zustand der inneren Unentschlossenheit, des inneren Hin-und-Her-Gerissen-Seins bis hin zu einer starken inneren Zerrissenheit. Insbesondere bei Menschen die rauchen, bei Menschen mit Fehlernährung und bei Menschen mit zu geringem Bewegungsumfang kommt in Gesprächen die Ambivalenz deutlich zum Vorschein. Einerseits wissen Menschen mit diesen Verhaltensweisen, dass ihr aktuelles Verhalten zur körperlichen Einschränkung und körperlichen Schäden beitragen kann, andererseits fällt es ihnen aus verschiedensten Gründen schwer, von genau diesem Verhalten zu lassen. Meist, da das Verhalten mit einem umgehenden Befriedigungsgefühl über das

⁵⁰ Rauchlose Tabakprodukte – qualmfrei und dennoch gesundheitsschädlich <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/rauchlose-tabakprodukte/> (Stand 11.10.2018)

⁵¹ GOLD Guidelines https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf

⁵² BZgA Leitfaden zur Kurzintervention Rauchstopp in der Arztpraxis <https://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/foerderung-des-nichtrauchens-informationsmaterial-fuer-multiplikatoren/leitfaden-zur-kurzintervention-bei-raucherinnen-und-rauchern/>

⁵³ AkdaÄ (2010) Empfehlungen zur Therapie der Tabakabhängigkeit („Raucherentwöhnung“)

Belohnungszentrum einhergeht oder weil es mit positiv wahrgenommenen Effekten verbunden ist (auch: kognitive Dissonanz, Festinger).

Andauernde Ambivalenz wird als unangenehmer Zustand wahrgenommen. Deshalb werden Wahrnehmungen und Gedanken, die dem aktuellen Verhalten entgegenstehen verdrängt, negiert oder verleugnet. Dadurch löst sich die innere Spannung (kognitive Dissonanz) zugunsten des bestehenden Verhaltens auf. Umgekehrt bietet somit das bewusste Erzeugen von Ambivalenz aus therapeutischer Sicht die Chance auf eine Verhaltensänderung.

Reaktanz

Wird oder fühlt sich ein Mensch in seiner inneren Entscheidungsfreiheit eingeschränkt, kann es zu einer komplexen Abwehrreaktion, der Reaktanz, kommen. Dabei wird das Verhalten, das der Person „genommen“ oder „verboten“ wird, für die Person besonders wichtig. Je stärker dabei die Einschränkung der persönlichen Freiheit tatsächlich ist oder wahrgenommen wird, desto stärker kann das reaktive Verhalten ausfallen. Ein „Sie müssen mit dem Rauchen aufhören“ oder „Sie müssen deutlich Gewicht abnehmen“ kann somit – obwohl durchaus im Sinne des therapeutischen Ratschlags gut gemeint – genau das Gegenteil bewirken.

Beide o. a. Phänomene, Ambivalenz und Reaktanz, führen bei Gesprächen über das Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel häufig zu Frust aus Therapeuten- und Patientensicht.

Motivierende Gesprächsführung

Miller und Rollnick (Miller & Rollnick, Motivational Interviewing, second edition, Guilford Press, NY, ISBN-13: 978-1-57230-563-2) haben die Technik der Motivierenden Gesprächsführung (MI, motivational interviewing) entwickelt, um die Ambivalenz therapeutisch zu nutzen und eine Reaktanz in den Gesprächen zu vermeiden. Die motivierende Gesprächsführung ist in ihrer Reinform schwer in der Praxis, im Krankenhaus oder ärztlichen Alltag durchführbar. Ihre Grundhaltung, -prinzipien und -techniken können jedoch helfen, Gespräche für Therapeuten und Patienten angenehmer und erfolgreicher hinsichtlich Verhaltensänderungen zu führen.

Grundhaltung („Spirit“) der Motivierenden Gesprächsführung

Eine partnerschaftliche Grundhaltung, die die Entscheidungsfreiheit des Gegenübers respektiert (Autonomie) und seine persönlichen Werte, Normen und Wünsche in den Mittelpunkt stellt (Evokation) von zentraler Bedeutung.⁵⁴

Grundprinzipien

Das Gespräch sollte von respektvollem, empathischem Zuhören geprägt sein. Innerhalb des Gespräches ist das Ziel, Diskrepanzen zu entwickeln, beispielsweise zwischen inneren Werten/Normen oder Perspektiven in der Zukunft und dem aktuellen Verhalten. Widerstand auf Patientenseite sollte nicht mit Gegenargumenten begegnet werden, sondern die Frage/das Problem an den Patienten zurückgegeben werden. Da Patienten in Bezug auf die Veränderung des aktuellen Verhaltens häufig eine geringe Selbstwirksamkeit haben, sollte das Selbstvertrauen gestärkt und die Zuversicht in die eigene Fähigkeit zur Verhaltensänderung gefördert werden.⁵⁵

⁵⁴ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

⁵⁵ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

Grundtechniken

Offene Fragen erlauben es dem Patienten, seine Wahrnehmung und Wertung zu äußern. Durch reflektives (aktives) Zuhören gibt der Therapeut das Gesagte in eigenen Worten, evtl. mit leichter Veränderung wieder. Hierbei besteht die Möglichkeit, den Gesprächsfokus durch selektive Reflexion auf die vom Patienten geäußerte „Veränderungssprache“ zu legen. Zusammenfassende Reflexionen helfen, das Gesagte noch einmal zu wiederholen und eine Zustimmung zum Gesprächsstand zu erhalten. Positive Bestätigungen helfen, die Zuversicht in die Selbstwirksamkeit des Patienten zu stärken.

| |
|---|
| Grundhaltung („Spirit“) der Motivierenden Gesprächsführung |
| <ul style="list-style-type: none">• Partnerschaftlichkeit statt Konfrontation• Autonomie statt Autorität• Evokation statt Edukation |
| Grundprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung |
| <ul style="list-style-type: none">• Empathie• Diskrepanzen entwickeln• Widerstand umlenken• Selbstwirksamkeit fördern |
| Grundtechniken der Motivierenden Gesprächsführung (OARS = Ruder) |
| <ul style="list-style-type: none">• Offene Frage (<u>O</u>pen Question)• (positive) Bestätigung (<u>A</u>ffirmation)• Aktives Zuhören (<u>R</u>eflective Listening)• Zusammenfassen (<u>S</u>ummarize) • Ziel: Veränderungssprache (Change talk) erzielen |

Minimal und Kurzintervention

Im ärztlichen Alltag in Praxis und Klinik hat sich im Bereich der Tabakentwöhnung die Minimalintervention (< 3 Minuten, ABC- Ansatz) und die Kurzintervention (< 10 Minuten, Technik der 5A/5R) als effektiv erwiesen. Diese Techniken lassen sich grundsätzlich auf Grundlage der motivierenden Gesprächsführung auch auf die Themen Ernährung und Bewegung anwenden.^{56 57}

Die niederschwellige Unterstützung im Rahmen der 5 A wird auch als ABC-Regel zusammengefasst: Ask, Brief Advice, Cessation support. Hierbei besteht die Unterstützung lediglich im Weiterverweisen an externe Unterstützungsangebote. Erfahrungsgemäß kommen Rauchende jedoch nach dem bloßen Aushändigen von Kontaktdaten oder Flyer von Unterstützungsangeboten nur in sehr limitiertem Umfang auch bei einem Unterstützungsangebot an. Bereits eine (wiederholte) telefonische Beratung zeigt z. B. im Bereich der Tabakentwöhnung gute Effektivität bei geringem Ressourcenaufwand.⁵⁸

| ABC-Ansatz | | Bedeutung |
|------------|--------|--|
| A1 | Ask | Rauchstatus (Gewicht, Ernährung, Bewegung) abfragen |
| A2 | Advice | Rauchstopp (Ernährungsänderung, Bewegungssteigerung) anraten |
| A3 | Assist | Unterstützung beim Rauchstopp (bei der Ernährungsänderung, der Bewegungssteigerung) anbieten |

Im Rahmen der Anamnese erfolgt (idealerweise mit einem Fragebogen) auch die Abfrage von Rauchgewohnheiten, ggf. Tabakabhängigkeit, Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten (A1: Ask) Im Rahmen des ärztlichen Gespräches wird der Rat zu einer Verhaltensänderung gegeben (A2: Advice) und die Veränderungsbereitschaft des Patienten erfragt (A3: Assess willingness). Dabei sollten die Grundhaltung (Partnerschaftlichkeit, Autonomie, Evokation), die Grundprinzipien (Empathie, Diskrepanzen entwickeln, Widerstand umlenken, Selbstwirksamkeit fördern) und die Grundtechniken der Motivierenden Gesprächsführung (Offene Frage, aktives Zuhören (Reflexion), Zusammenfassung und positive Bestätigung) zum Einsatz kommen.

Liegt eine prinzipielle Änderungsbereitschaft vor, sollte um Erlaubnis gefragt werden, weitere Informationen oder Unterstützungsangebote unterbreiten zu dürfen (A4: Assist). Bei fehlender Änderungsbereitschaft kann mittels der 5R-Strategie (s. u.) vorgegangen werden. Meist kommen auch im Sinne der Ambivalenz positive Aspekte des derzeitigen Verhaltens und Hindernisse/Schwierigkeiten, die einer Verhaltensänderung entgegenstehen auf (4-Felder-Tafel/ Entscheidungswaage). Dem Patienten wird seine eigene Ambivalenz deutlich gemacht. Über das Aufzeigen der Ambivalenz kann im Patienten eine Änderungsbereitschaft entstehen, die sich auch verbal äußert (sogenannter „change talk“ – Veränderungssprache).

(A5: Arrange follow up) Ein weiteres Follow up kann proaktiv telefonisch durch die Arztpraxis erfolgen. Das jeweilige Thema sollte beim nächsten Arzt-Patientenkontakt

⁵⁶ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

⁵⁷ AkdaÄ (2010) Empfehlungen zur Therapie der Tabakabhängigkeit („Raucherentwöhnung“)

⁵⁸ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

oder auch EFA-Patientenkontakt gemäß o. a. Schema wieder angesprochen werden.^{59 60 61}

| 5A-Strategie | | Bedeutung |
|--------------|---------------------------|--|
| A1 | <i>Ask</i> | Rauchstatus (Gewicht, Ernährung, Bewegung) abfragen |
| A2 | <i>Advice</i> | Rauchstopp (Ernährungsänderung, Bewegungssteigerung) anraten |
| A3 | <i>Assess willingness</i> | Motivation zum Rauchstopp (zur Ernährungsänderung, zur Bewegungssteigerung) mittels offener Frage abfragen |
| A4 | <i>Assist</i> | Unterstützung beim Rauchstopp (bei der Ernährungsänderung, der Bewegungssteigerung) anbieten |
| A5 | <i>Arrange follow up</i> | Wiederholung der Minimalintervention arrangieren |

Signalisiert ein Pat. bei A3 (Assess willingness) keine aktuelle Änderungsbereitschaft, kann mit der Minimalintervention „5R“ vorgegangen werden.⁶²

| 5R-Strategie | | Bedeutung |
|--------------|-------------------|--|
| R1 | <i>Relevance</i> | Den Patienten dazu anregen, zu erläutern, warum ein Rauchstopp für ihn persönlich wichtig wäre. |
| R2 | <i>Risks</i> | Den Patienten dazu anregen, seine persönlichen Risiken durch das Rauchen zu identifizieren. Darauf hinweisen, dass das Risiko nicht durch spezielle Formen des Tabakkonsums (z. B. Zigarren, Pfeifen, Zigaretten mit geringem Teer oder Tabakgehalt) reduziert wird. |
| R3 | <i>Rewards</i> | Den Patienten dazu auffordern, mögliche Vorteile durch einen Rauchstopp zu identifizieren. |
| R4 | <i>Roadblocks</i> | Gemeinsam mit dem Patienten die Hürden und Schwierigkeiten eines Rauchstopps identifizieren und Lösungen anbieten. |
| R5 | <i>Repetition</i> | Wiederholung der 5R-Strategie beim nächsten Besuch, falls der Patient weiterhin nicht zum Rauchstopp bereit ist. |

⁵⁹ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

⁶⁰ GOLD Guidelines https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf

⁶¹ BZgA Leitfaden zur Kurzintervention Rauchstopp in der Arztpraxis <https://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/foerderung-des-nichtrauchens-informationsmaterial-fuer-multiplikatoren/leitfaden-zur-kurzintervention-bei-raucherinnen-und-rauchern/>

⁶² A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

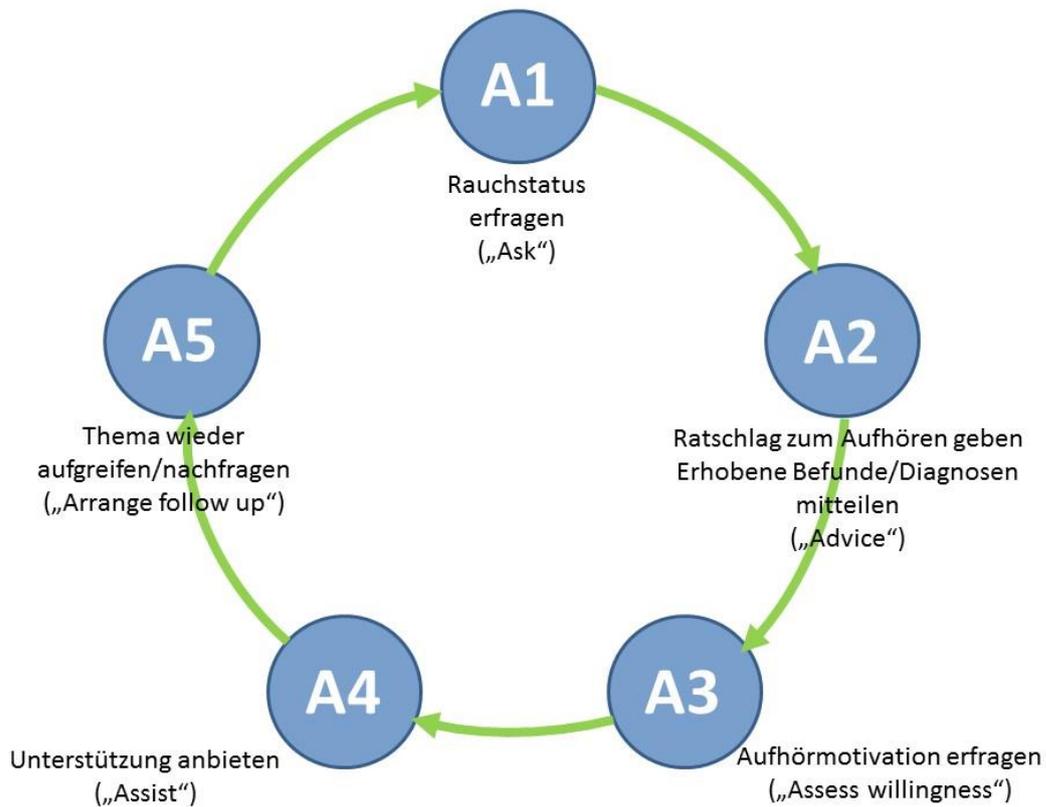


Abbildung 1. Minimalintervention „5A“⁶³

Im Rahmen der Gesprächsführung können unterstützend folgende Techniken zum Einsatz kommen:

Scaling

Auf einer Skala von 1 (niederste Zustimmung) bis 10 (höchste Zustimmung) bewertet der Pat. die Wichtigkeit einer Verhaltensänderung oder seine Zuversicht, diese umsetzen zu können. Durch ein Abgrenzen nach unten (also zu weniger Wichtigkeit oder Zuversicht) wird erfragt, warum es für ihn wichtiger oder warum er zuversichtlicher ist. Hierbei werden Sätze geäußert, die die Wichtigkeit/Zuversicht aus Patientensicht unterstreichen.

⁶³ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

Wie wichtig wäre ein Rauchstopp für Sie zum jetzigen Zeitpunkt?



Wie zuversichtlich sind Sie, mit dem Rauchen aufhören zu können?



Warum sind Sie bei „x“ und nicht bei „1“?

„Was müsste passieren, um Ihre Wichtigkeit/Zuversicht von X auf 8 oder 9 zu erhöhen?“

Projektion in die Zukunft

Ausgehend von der bisherigen Entwicklung (Gewicht, Bewegung, Fitness, Lungenfunktion, Schmerzen, etc.) wird in die Zukunft geschaut und erfragt, wie es dem Patienten in 2, 5 oder 10 Jahren gehen soll, was er dann noch tun können möchte. Der Umfang der Unterstützung (A4: Assist) kann, abhängig von der Qualifikation, den Ressourcen des Arztes und evtl. vorhandener eigener Angebote, individuell sehr unterschiedlich sein:⁶⁴

⁶⁴ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

Entscheidungswaage:

| | |
|--|--|
| <p>Welche positiven Aspekte sehen Sie am Rauchen? Welche Vorteile hat das Rauchen für Sie?</p> | <p>Welche negativen Aspekte sehen Sie selbst am Rauchen? Welche Risiken birgt das Rauchen für Sie?</p> |
| <p>Welche Schwierigkeiten oder Hindernisse befürchten Sie beim Aufhören?</p> | <p>Welche positiven Aspekte sehen sie am Aufhören? Welche Vorteile hätten Sie durch das Aufhören?</p> |

Worst case Szenarien:

Was wäre die schlimmste Befürchtung, was passieren könnte, wenn man das Verhalten ändert (im Bereich Hindernisse/Schwierigkeiten zu erfragen)? Dem gegenübergesetzt: Was wäre die schlimmste Befürchtung, was passieren könnte, wenn man das Verhalten beibehält (weiter raucht, weiter wenig Bewegung und Übergewicht hat)?

Das „Motivational Interviewing“

Definition

„Motivational Interviewing“ (im Folgenden MI) ist eine klientenzentrierte, direkte Methode der Beratung zur Verbesserung der intrinsischen Motivation zu Verhaltensänderungen von Patienten.

Es wurde ursprünglich von Miller & Rollnick in den 1980er Jahren als Kurzintervention bei Alkoholmissbrauch entwickelt, wo man sehr häufig mit dem Problem scheinbar mangelnder Motivation für Verhaltensänderungen konfrontiert war. MI zeichnet sich durch eine bestimmte Haltung und einen Gesprächsstil aus, der als ein besonderer „Kommunikationsstil des Geleitens“ beschrieben werden kann.

Hintergrund

Beratungsgespräche nach diesem Ansatz versuchen Patienten dort abzuholen, wo sie stehen und die Eigenmotivation des Patienten für eine Verhaltensänderung zu stärken. Das MI-Konzept grenzt sich von konfrontativen Verfahren ab, versucht aber durch Direktivität Impulse in Richtung einer Verhaltensänderung zu setzen und geht damit über empathische Reflexion auch in den Gesprächstechniken hinaus.

Für Beratungsgespräche mit Schmerzpatienten eignet sich das Konzept daher sehr gut, da auch hier häufig Ambivalenz gegenüber Veränderungen des Lebensstils (z.B. mehr körperliche Aktivität, ggf. Gewichtsabnahme, Stressreduktion) und Erproben neuer Schmerzbewältigungsstrategien besteht (Jensen, 2002; Turk et al., 2008).

Das MI ist nicht primär theoretisch entwickelt worden, steht jedoch dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM, siehe oben) nahe.

Es eignet sich besonders für Menschen in den unteren Stufen der Motivation einer Verhaltensänderung.

Darüber hinaus berücksichtigt es in seinem „Spirit“ und den empfohlenen Techniken Aspekte der Selbstbestimmungstheorie nach Deci & Ryan (siehe Markland et al., 2005) sowie die Theorie der kognitiven Dissonanz nach Festinger (1957):

- es wird angenommen, dass Menschen ein inneres Bedürfnis nach Wachstum haben, dabei Kompetenz, Autonomie und hilfreiche Beziehungen anstreben. Entsprechend der Theorie Festingers geht man beim MI davon aus, dass (entlockte) änderungsbezogene Äußerungen des Patienten in ihm kognitive Dissonanz (d.h. einen unangenehmen Gefühlszustand durch widersprüchliche Gedanken oder Einstellungen) erzeugen.

Dies soll den Wunsch beim Patienten stärken, das neue Verhalten zu zeigen, um das störende Gefühl zu reduzieren (s. unten „Change Talk“).

Ein großer Unterschied zu sonstigen ärztlichen Beratungsgesprächen ist v.a. der „Spirit“, d.h. die innere Haltung, die sich beim MI durch folgende Komponenten auszeichnet (Rollnick et al., 2012):

- Kollaborativ: MI basiert auf einer von Zusammenarbeit geprägten Partnerschaft
- zwischen Arzt und Patient.
- Evokativ: Es gilt Veränderungsbereitschaft herauszulocken, die ein Patient bereits in sich hat (durch Fördern von Diskrepanzwahrnehmung derzeit ungünstiger Verhaltensweisen zu persönlichen Lebenszielen und Werten).

- Achtung der Autonomie: Das Recht des Patienten für oder gegen
- Verhaltensänderungen wird respektiert (Nötigen und Drängen fördert Abwehr).

Grundprinzipien

Die vier Grundprinzipien beim MI sind entsprechend dem engl. Akronym RULE (Rollnick et al., 2012):

- Resist = Widerstehe dem Reflex, den Patienten zu korrigieren
- Understand = Verstehe und erforsche die Motivation des Patienten
- Listen = Höre dem Patienten empathisch zu
- Empower = Befähige den Patienten und fördere bei ihm Hoffnung und Optimismus

Change Talk

Zentral ist das Auslösen von „Change Talk“: Fragen, Zuhören und Informieren sollten in einem Beratungsgespräch zur Verhaltensänderung so gemischt werden, dass „Change Talk“ wahrscheinlicher wird.

„Change Talk“ (= „Veränderungssprechen“, selbstmotivierende Äußerungen) meint Aussagen beim Patienten, die in Richtung positiver Veränderung gehen.

Prinzip: Menschen neigen dazu, das zu tun, was sie sich selbst sagen hören.

Beispiele für Gesprächstechniken

Neben dem „Spirit“ werden bestimmte Gesprächstechniken empfohlen. Folgende Möglichkeiten bestehen „Change Talk“ hervorzulocken (Jensen, 2002):

- **Offenes Fragen nach Besorgnis**
(Bsp.: Worüber machen Sie sich am meisten Sorgen bezüglich Ihrer Schmerzen?)
- **Frage nach möglichen Vorteilen**
(Bsp.: Wenn die Schmerzen weniger würden, wie würde das Ihr Leben positiv verändern?)
- **„Blick zurück“**
(Bsp.: Können Sie sich an eine Zeit erinnern, als Sie schmerzfrei waren? Was haben Sie damals gerne unternommen...?)
- **„Blick nach vorn“ - Vision für ein Leben ohne Schmerzen**
(Bsp.: Wie sähe Ihr Leben aus, wenn Sie ohne Schmerzen wären, was wären Ihre Ziele?)
- **Frage nach Zuversicht**
(Bsp.: Was gibt Ihnen die Kraft zu glauben, dass Sie auch ohne Schmerzmedikamente einen Tag auskommen können? Welche Dinge in Ihrem Leben gehen gut, trotz der Schmerzen?)
- **Extremszenarien ansprechen**
(Bsp.: Was wäre das Schlimmste, was passieren könnte, wenn Sie jetzt nichts verändern? Was befürchten Sie, wäre das Schlimmste, was passieren könnte, wenn

Sie jetzt nach der Wirbelsäulenoperation wieder mit Spaziergängen beginnen würden?)

- **Widerstand**

Chronische Schmerzen verändern viele Patienten, machen sie oft verzweifelt, grübelnd und passiv. Im Gespräch werden sie dann oft als schwierig und widerständig erlebt. Aus Sicht der Patienten gibt es aber oft durchaus Gründe, warum sie sich Änderungsvorschlägen widersetzen oder scheinbar ungünstige Bewältigungsstrategien wählen.

Widerstand wird im Rahmen des MI als „Teil des Jobs“ verstanden. Oft sind hierfür interaktionelle Gründe zwischen Berater und Patient verantwortlich – womöglich wird zu stark gedrängt oder ein Ambivalenzkonflikt nicht genügend erkannt.

Ein Berater sollte zuerst einmal innerlich durchatmen und sich wieder bemühen, sich empathisch auf die Seite des Patienten zu stellen („Ich kann mir gut vorstellen, dass Sie da skeptisch sind.../ misstrauisch sind.../ sich das erst einmal gut überlegen müssen, ob...“). Um in einem Beratungsgespräch mit spürbarem Widerstand umzugehen, eignen sich z.B. folgende Strategien:

- „Spiegeln“ - einfach oder überzogen, ggf. die Ambivalenz
(Bsp.: „Ich verstehe Sie so, dass Sie sich ein Leben ohne Schmerzmedikamente überhaupt nicht vorstellen könnten.“)

- Den Fokus verschieben
(Bsp.: „Lassen wir die Statistik einfach mal ruhen. Was mich wirklich interessiert, ist, wie Sie heute über Ihre Arbeitssituation denken...“)

- „Reframing“ - Bedeutung verändern
(Bsp.: „Ihre bisherigen erfolglosen Versuche sind kein Grund zur Resignation. Im Gegenteil: das wird Sie jedes Mal ein Stück weiter nach vorne bringen...“)

MI kann im Rahmen von Seminaren und Trainings erlernt werden, ohne praktische Übungen und Feedback durch erfahrene Trainer ist dieser Beratungsstil schwer umsetzbar. Nützliche und gut verständliche Bücher zur Einführung in das MI sind folgende:

- Miller W, Rollnick S (2009). Motivierende Gesprächsführung, 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Rollnick S, Miller R, Butler C. (2012). Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core Skills für Helfer. Lichtenau/Westfalen: G P Probst.
Eine Anwendung bei Schmerzpatienten ist in folgendem englischen Buchkapitel beschrieben: 33
- Jensen MP (2002). Enhancing motivation to change in pain treatment. In: Turk DC & Gatchel RJ (Eds) Psychological approaches to pain management. New York, London: The Guilford Press, pp 71-93.

Literatur:

Jensen MP (2002). Enhancing motivation to change in pain treatment. In: Turk DC & Gatchel RJ (Eds)
Psychological approaches to pain management. New York, London: The Guilford Press, pp 71-93.

Festinger L (1957). A theory of cognitive dissonance. Stanford: Stanford University Press.

Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S (2005). Motivational Interviewing and Self-Determination

Theory. Journal of Social and Clinical Psychology. Vol 24 (6): 811-831.

Rollnick S, Miller R, Butler C (2012). *Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core Skills*

für Helfer. Lichtenau/Westfalen: G P Probst.

Turk DC, Swanson KS, Tunks ER (2008). Psychological approaches in the treatment of chronic pain

patients-when pills, scalpels, and needles are not enough. Can J Psychiatry. Vol 53 (4): 213-23.

Schutzfaktor Bewegung

Eine chronische Lungenerkrankung gepaart mit chronischer Entzündung und Bewegungsmangel führt zu deutlichen Dekonditionierung d.h. Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit. Hinzu kommt eine ausgeprägte Sarkopenie (Abbau der Muskelmasse).⁶⁵

Viele weitere Risikofaktoren neben Nikotin, wie Übergewicht, erhöhter Cholesterinspiegel und Bluthochdruck, hängen mit einem bewegungsarmen Lebensstil zusammen und können nachweislich mit körperlichem Training reduziert werden. Auch bereits erkrankte Menschen können ihre Situation durch ausreichend Bewegung besonders in Bezug auf die Lebensqualität verbessern.⁶⁶

Die WHO empfiehlt ein Mindestmaß an Bewegung von 150 Minuten aerober Aktivität pro Woche mit moderater Intensität (sprechen sollte bei Belastung möglich sein nach der sog. Borg-Skala, dazu zählt beispielsweise auch Treppensteigen) bzw. 75 Minuten mit hoher Intensität (Schwitzen, erhöhte Atem-, und Herzfrequenz).⁶⁷

⁶⁵ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 221.

⁶⁶ s.o.

⁶⁷ s.o.

Bewegungsformen

Ausdauersportarten eignen sich besonders zur Stärkung der Lungenfunktion

Dazu zählen:

- zügiges Gehen
- Walking bzw. Nordic Walking
- Skilanglauf
- Laufen und Joggen
- Radfahren, auch zu Hause auf dem Ergometer/Heimtrainer
- Inline-Skating
- Schwimmen
- Wandern und Skiwandern
- Tanzen⁶⁸

Positive Trainingseffekte sind dabei für COPD-Patienten über alle Schweregrade belegt.

Im Vordergrund steht die Erhaltung des allgemeinen Fitnesszustands und der aeroben Ausdauer des Atemwegspatienten um dem negativen Kreislauf der Symptomverstärkung entgegen zu wirken (reduzierte aerobe Ausdauer > Muskelkraft nimmt ab durch Inaktivität > beeinträchtigt die Belastbarkeit und vermindert Lebensqualität > führt zu Symptomverstärkung).⁶⁹

Die Folgen sind eine Schwächung von Herz, Kreislauf und Muskulatur und dadurch bedingt eine Abnahme der Lebensqualität, nicht selten begleitet von Depressionen und zunehmender sozialer Isolation. Dieser Abwärtsspirale sollte durch geeignete, dem Schweregrad der Erkrankung angepasste körperliche Trainingsprogramme entgegengewirkt werden.⁷⁰

Die wichtigsten bewegungstherapeutischen Aspekte und allgemeinen Ziele der Bewegungstherapie sind:⁷¹

- Moderates Krafttraining der großen Muskelgruppen
- Spezielle Übungen zur Kräftigung der Atemmuskulatur
- Steigerung der Ausdauer
- Schulung von Atem- und Entspannungstechniken
- Gefühl von Sicherheit und Gemeinsamkeit
- Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit

Bei leichter COPD (Grad 0-1) ist die Teilnahme an Breiten- bzw. Lungensportgruppen problemlos möglich.

Bei schwerer COPD (Grad 2-4) sind gezielte Übungen unter krankengymnastischer/bewegungstherapeutischer Betreuung erforderlich.⁷²

⁶⁸ Bewegung und Sport <https://www.lungeninformationsdienst.de/praevention/bewegung-und-sport/index.html> (Stand 30.10.2018)

⁶⁹ s.o.

⁷⁰ <https://www.lungeninformationsdienst.de/praevention/bewegung-und-sport/index.html> (Stand 31.08.2018)

⁷¹ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 222.

⁷² Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 221.

Atemwegspatienten hatten laut randomisierten kontrollierten Studien nach der Teilnahme an aerobem Ausdauertraining und Krafttraining eine bessere körperliche Leistungsfähigkeit, eine höhere Lebensqualität, litten weniger unter Atemnot und unter Krankheitsschüben die den Verlauf einer COPD drastisch beschleunigen können. Zudem stärkt körperliches Training die Atem- und Atemhilfsmuskulatur, gewährleistet die (Wieder-)Belüftung aller Lungenabschnitte und führt zur Stärkung psychosozialer Aspekte.⁷³

COPD Patienten sollten zum Erhalt ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit mindestens einmal bis zu dreimal pro Woche eine moderate körperliche Aktivität ausüben. Training bei hoher Intensität ist effektiver als moderate Intensität. Längerfristig angelegte Programme sind effektiver als kurzfristig angelegte. Deutliche Effekte wurden insbesondere bei 3-5 Trainingseinheiten pro Woche bei moderater bis hoher Intensität zwischen 60-80% der maximalen Leistungsfähigkeit festgestellt. Gleichzeitig sind positive Effekte durch Krafttraining bei Patienten mit COPD sehr gut belegt. Da Krafttraining bei COPD in der Regel zu weniger Atemnot führt als Ausdauertraining wird es von den Patienten häufig besser toleriert. Vorsicht ist geboten bei Patienten die über längere Zeit systemisch kortisonhaltige Medikamente oberhalb der Cushing-Schwelle einnehmen. Hier steigt die Gefahr einer Osteoporose und damit die Frakturgefahr, daher sollten Freihandgewichte vermieden werden zugunsten geführten Übungen an Maschinen.

Bei häufigen Begleiterkrankungen wie KHK darf die körperliche Aktivität nur bis zur Ischämie- und symptomfreien Grenze durchgeführt werden.⁷⁴

Im Verlauf der COPD bewegen sich Patienten aufgrund der Dyspnoe immer weniger. Die einfache Aufforderung, sich mehr zu bewegen, reicht nicht. Eine Anleitung zum körperlichen Training in Kombination mit einer optimalen medikamentösen Einstellung verbessert die Therapieergebnisse.⁷⁵

Die von der WHO empfohlenen 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche empfiehlt das American College of Sports Medicine and the Centers of Disease Control and Prevention auch für Menschen mit COPD. Dabei sollten die körperliche Aktivität entweder in 150 Minuten in moderater Intensität (sprechen nebenbei möglich) oder in 75 Minuten anstrengender körperlicher Aktivität (schnelles und intensives Atmen) oder aus einer Kombination von beidem durchgeführt werden.⁷⁶

Auch Patienten mit Asthma bronchiale sind häufig schlecht trainiert, da durch die Vermeidung von körperlichem Training eine Dekonditionierung eingetreten ist. Da bei vielen Patienten die Symptome nur unter Belastung auftreten, meiden sie körperliche Anstrengung. Dies führt zu einem Absinken der Asthmareizschwelle und damit zum Auslösen schon bei gering intensiver Belastung.⁷⁷

⁷³ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 221-222.

⁷⁴ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 222-223.

⁷⁵ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/198945/COPD-und-Bewegung-Effektive-Bronchodilatation-noetig>
(Stand 31.08.2018)

⁷⁶ https://www.exerciseismedicine.org/assets/page_documents/EIM%20Rx%20series_COPD.pdf
(Stand 28.01.2020)

⁷⁷ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 216.

Asthmapatienten erfahren eine positive Wirkung durch sportliche Aktivitäten, vor allem auf die Kondition. Das Training führt zu einer höheren maximalen Sauerstoffaufnahme und maximalen Herzfrequenz, dies stärkt das Herz-Kreislauf-System. In Studien ging die Häufigkeit, mit der die Patienten unter Belastung über Atemnot klagten zurück. Wichtig ist daher ein an die individuellen Fähigkeiten angepasstes, kontrolliertes Training, mit dem sie sich nicht überanstrengen.⁷⁸

Positive Veränderungen durch körperliche Betätigung sind zum Beispiel:

- Effizientere Arbeit des Herz-Kreislauf-Systems
- Kräftigung der Muskulatur
- Beseitigung des zähen Schleims in den Bronchien
- Angstbewältigung (Kontrolle der Panikreaktion vor Anstrengungsasthma)
- Erhöhung der individuellen Reizschwelle
- Stärkung des Selbstvertrauens
- Verbesserung der allgemeinen Abwehrlage
- Schutz vor sekundären Infektionen

Ein Asthmapatient sollte vor Aufnahme einer sportlichen Tätigkeit zunächst versuchen, alle Ursachen auszuschalten, die zu einer Reizung der Bronchien führen könnten wie bspw. Allergene oder Haustierkontakt.

Atemtherapeutische Selbsthilfemaßnahmen wie die sogenannte Lippenbremse sollten vertraut sein, um die Atmung zu kontrollieren.

Das Aufwärmen vor dem Training (mind. 15 min) ist von besonderer Bedeutung, da es hilft, einem belastungsinduzierten Anfall vorzubeugen.

Schwimmen im Hallenbad wird im Allgemeinen von Asthmapatienten sehr gut aufgenommen. Weitere geeignete Sportarten sind Wassergymnastik, moderates Jogging und Mannschaftsspiele. Wegen des psychosozialen Effekts werden die gängigen Sportsportarten von Asthmatikern gut angenommen. Zu beachten ist auch, dass teilweise intervallartige Belastungsformen den Dauermethoden vorzuziehen sind, da durch vergleichsweise kurze und intensive Belastungen die Bronchien weniger austrocknen und gereizt werden, als bei einer Dauerbelastung. Nicht allgemein zu empfehlen sind demnach vor allem Ausdauerbelastungen in kalter trockener Umgebung wie zum Beispiel Skilanglauf, Schneeschuwandern oder Joggen im Winter. Verträgt ein Betroffener die kalte Winterluft, sollte ihm nicht davon abgeraten werden. Grundsätzlich müssen die Betroffenen Ihre Belastungsgrenzen selbst einschätzen lernen.⁷⁹

Für Krebspatienten ist Sport so wichtig wie ein Medikament. Körperliche Aktivität kann messbar die Nebenwirkungen einer Chemo- oder antihormonellen Therapie reduzieren. Weiterhin steigert sich die Leistungsfähigkeit und das Selbstbewusstsein wird gestärkt. Körperliche Aktivität wirkt sich auch auf die Entstehung einer Krebserkrankung aus. Die Deutsche Krebsgesellschaft geht von einer Risikoreduktion um 20-30% aus. Sollte die Erkrankung doch auftreten, haben Menschen, die zuvor regelmäßig Sport getrieben haben, ein nachweislich geringeres Rückfallrisiko.⁸⁰

⁷⁸ <https://www.lungeninformationsdienst.de/praevention/bewegung-und-sport/index.html>
(Stand 31.08.2018)

⁷⁹ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 219.

⁸⁰ Sport bei Krebs: So wichtig wie ein Medikament <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/basis-informationen-krebs-allgemeine-informationen/sport-bei-krebs-so-wichtig-wie-.html> (Stand 30.10.2018)

Chemotherapeutika führen häufig zu Gang- und Gleichgewichtsproblematiken. Ein kombiniertes Kraft- und Ausdauertraining kann diesen vorbeugen bzw. entgegenwirken. Ein so kombiniertes Training führte in Studien im Verlauf der Chemotherapie zudem zu einer verbesserten physischen Funktion, reduzierter Übelkeit, weniger Schmerzen und einer kürzeren Dauer bis zur Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit.⁸¹ Das tumorbedingte Erschöpfungssyndrom (Fatigue-Symptomatik) lässt sich laut dem Krebsinformationsdienst so vermindern oder ganz vermeiden.⁸² Körperliche Aktivität bzw. Krafttraining verbessert die Körperzusammensetzung und unterstützt so den Fettabbau im Bauchraum.⁸³ In Deutschland sind mittlerweile rund ein Viertel der Menschen adipös.⁸⁴ Speziell abdominelle Adipositas erhöht laut einer Meta-Analyse aus dem Jahr 2016 das Risiko für Lungenkrebs.⁸⁵ Nach der Diagnosestellung und während der Therapievorbereitung sind vor allem klinik- und/oder universitätsnahe sowie von speziellen Sporttherapeuten- und Medizern betreute Bewegungs- und Trainingsmöglichkeiten empfehlenswert. Nach der Therapie bieten sich vor allem onkologische Rehabilitationskliniken an. Ein wichtiges Ziel sollte nachfolgend darin bestehen, diese Bewegungsprogramme wohnortnah fortzusetzen, um die positiven Effekte auch langfristig zu sichern, beispielsweise durch ambulante Rehabilitationssportgruppen für Krebspatienten.⁸⁶

Bei der Wahl der Bewegungsform empfiehlt es sich, individuelle Präferenzen zu berücksichtigen. Bislang ist unklar, ob eine Bewegungsform anderen bezüglich der Trainingseffektivität überlegen ist. (Zügiges) Gehen ist eine häufig gewählte Trainingsform in Studien, wobei z. B. ein Training auf dem Fahrradergometer eine adäquatere Alternative für Personen mit Gleichgewichts- oder Koordinationsproblemen darstellen kann. Falls ein Training in Dauerbelastung nicht durchführbar ist, kann alternativ ein Intervalltraining eingesetzt werden. Die Integration von Krafttraining ist dabei zum Aufbau oder Erhalt der Muskelmasse von hoher Relevanz und stellt teils wie z. B. bei kachektischen Patienten einen zentralen Bestandteil des Trainings dar. Für das Krafttraining existieren zudem aktuellere Empfehlungen.

- Häufigkeit: 2-3x pro Woche
- Intensität: 8-12 Wiederholungen, 2-3 Sätze, 60-85% des 1-RM (Repetitionsmaximum für eine Wiederholung)
- Form: 6-8 ganzkörperorientierte Übungen.⁸⁷

⁸¹ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 235.

⁸² www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/risiken/sport.php (Stand 31.10.2018)

⁸³ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 237.

⁸⁴ Gesundheitsberichterstattung: Die wichtigsten Entwicklungen 2016.

⁸⁵ Abdominal Obesity and Lung Cancer Risk: Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *Nutrients*. 2016 Dec; 8(12): 810.

⁸⁶ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 243.

⁸⁷ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 241

Zusammenfassung Bewegungsempfehlungen

| Chronische Lungenerkrankung z. B. | Anmerkungen | Häufigkeit und Intensität | Art der Aktivität z. B. |
|-----------------------------------|---|--|--|
| COPD | Anleitung zu körperlichem Training verbessert die Therapieergebnisse im Vergleich zur einfachen Aufforderung sich mehr zu bewegen | Mindestens 1-3 mal pro Woche moderate körperliche Aktivität, besser 3-5 mal, Kombination aus Kraft und Ausdauertraining | <ul style="list-style-type: none"> • Zügiges Gehen • Krafttraining • Walking bzw. Nordic Walking |
| Grad 0-1 | Teilnahme an Breiten- bzw. Lungensportgruppen | | <ul style="list-style-type: none"> • Skilanglauf • Laufen und Joggen • Radfahren, auch zu Hause auf dem Ergometer/Heimtrainer |
| Grad 2-4 | Gezielte Übungen unter krankengymnastischer/ bewegungstherapeutischer Betreuung | | <ul style="list-style-type: none"> • Schwimmen • Wandern und Skiwandern • Tanzen |
| Asthma | <ul style="list-style-type: none"> • Atemtherapeutische Selbsthilfemaßnahmen wie die sogenannte Lippenbremse • Aufwärmen wichtig (mind. 15 min) • Kalte Luft vermeiden | Intervall u./o. Dauerbelastung (nach individueller Verträglichkeit) | Schwimmen im Hallenbad, Wassergymnastik, Radfahren, moderates Jogging, Mannschaftsspiele |
| Lungenkarzinom | Bewegungspräferenzen berücksichtigen | <ul style="list-style-type: none"> • Wenn Dauerbelastung nicht möglich, Intervalltraining • Kombination aus Kraft- und Ausdauertraining Häufigkeit: 2-3x pro Woche Intensität Krafttraining 8-12 Wiederholungen, 2-3 Sätze, 60-85% des 1RM | Zügiges Gehen, Fahrradergometer, Krafttraining |

Informationen für Praxis und Patienten

Beispiele:

- Regionale psychosoziale Krebsberatungsstellen: Sie geben Auskünfte zu Sportangeboten.
Der Krebsinformationsdienst (www.krebsinformationsdienst.de) bietet eine Datenbank mit Adressen an, unter der Rubrik "Wegweiser", unter "Adressen und Links" beim Stichwort "Krebsberatungsstellen".
- <https://www.gesundheitsinformation.de> z.B. Patienteninformationen zur COPD
Mit der Veröffentlichung von Gesundheitsinformation.de erfüllt das [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen \(IQWiG\)](#) einen Teil seines gesetzlichen Auftrages zur Aufklärung der Öffentlichkeit in gesundheitlichen Fragen.
- Deutsche Atemwegsliga e.V. z.B. Training bei COPD, Asthma etc. <https://www.pat-liga.de/training-bei-copd.html>
- Patienten Informationen der KBV z.B. zu Asthma <https://www.patienten-information.de/kurzinformationen/lunge/asthma>
- auch www.atemwegsliga.de z.B. Informationsblatt Asthma und Sport,
- www.lungeninformationsdienst.de mit Faktenpapieren zu Asthma, COPD, Bronchiektasen, Lungenfibrose, Lungenhochdruck, Mukoviszidose, u.a. auch zu Atemtechniken, Video zum Lungensport usw.
- www.lungensport.org;
- ferner www.europelung.org; www.rki.de Themenhefte, www.ndr.de Lungentraining bei COPD; www.dgsp.de; www.in-form.de; www.gesundheitswanderfuehrer.de usw.

Programme, Beispiele:

- (Fast) überall in Deutschland gibt es sogenannte Lungensportgruppen (<http://www.lungensport.org>), in denen Betroffene gemeinsam Sport machen, meist unter Anleitung eines speziell ausgebildeten Übungsleiters bzw. einer Übungsleiterin.
Weitere Informationen auch auf www.atemwegsliga.de
- Deutscher Behindertensportverband (DBS): Sportgruppen für Menschen mit Krebserkrankungen werden über den Deutschen Behindertensportverband (DBS) als Rehabilitationssport in Reha-Sportgruppen angeboten. Unter www.dbs-npc.de/sportentwicklung-rehabilitationssportgruppen-in-deutschland.html können Betroffene und Interessierte nach Reha-Sportgruppen suchen.
- Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB): Die Initiative "Sport pro Gesundheit" (www.sportprogesundheit.de) bietet auf ihrer Internetseite weitere Informationen. Unter www.sportprogesundheit.de/de/sport-und-gesundheit/bewegungsangebote-in-ihrer-naehe haben Interessierte zum Beispiel die Möglichkeit, ebenfalls Sportangebote in ihrer Nähe zu finden. Es handelt sich dabei aber meist um normale Sportgruppen, keine Reha-Sportgruppen.

- Landessportbünde: Sie sind weitere Ansprechpartner für regionale Angebote zu "Sport nach Krebs". Sie finden sich im Internet unter www.dosb.de/de/organisation/mitgliedsorganisationen/landessportbuende
- Selbsthilfeorganisationen: Ist man an Bewegungs- und Sportprogrammen interessiert, kann man sich zudem an Selbsthilfeorganisationen und Patientenverbände wenden. Diese kennen die Angebote vor Ort meist ebenfalls gut. Der Krebsinformationsdienst listet bundesweit tätige Institutionen im "Wegweiser" auf, dort unter "Adressen und Links", Stichwort "Selbsthilfegruppen".
www.krebsinformationsdienst.de/leben/alltag/sport-nach-krebs.php

AOK-BW Angebote, Beispiele:

- AOK Curaplan aktiv <https://curaplanaktiv.bw.aok.de/>
- AOK Bewegungskurse vor Ort <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitskurse-fuer-mehr-bewegung/>

Bosch BKK Angebote, Beispiele:

- Bosch BKK Gesundheitskurse www.bosch-bkk.de/Gesundheitskurse
- Bosch BKK Gesundheitsbroschüren (u.a. „Fit und gesund durch mehr Bewegung“)
www.bosch-bkk.de/Gesundheitsbroschueren

Schutzfaktor Ernährung

Ernährung und Lungenerkrankungen

Zwischen der Ernährung und Atmung besteht ein enger Zusammenhang. Zur Energiefreisetzung im Körper, Muskelarbeit und Aufrechterhaltung der Körpertemperatur liefert die Atmung den nötigen Sauerstoff. Der Energiebedarf der Atemmuskulatur kann bei fortgeschrittenen Erkrankungen der Lunge deutlich steigen. Zum Beispiel von ca. 4% des Gesamtenergiebedarfs in Ruhe auf bis zu 30% bei schwerer COPD.⁸⁸ Daher sollte der Ernährungsstatus regelmäßig erfasst werden und eine individuelle Ernährungsberatung erfolgen.⁸⁹

Bei einer COPD werden der untergewichtige Phänotyp „pink puffer“ (in der Regel mit Lungenemphysem), welche allein schon um zu atmen viele Kalorien benötigen und der übergewichtige „blue boater“ unterschieden, bei welchem meistens die chronische Bronchitis im Vordergrund steht. Beide Typen gehen mit einer Reduktion der lebensnotwendigen Muskulatur einher. Über- und Untergewicht beeinflussen die Symptomatik und Prognose von Patienten mit COPD, wobei vor allem Untergewicht mit niedrigeren Überlebensraten assoziiert ist.⁹⁰

⁸⁸ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. S. 780.

⁸⁹ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. S. 780.

⁹⁰ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. S. 781.

Wie der Lungeninformationsdienst des Helmholtz Zentrum München und des Deutschen Zentrums für Lungenforschung schreibt, haben fehlernährte Patienten ein höheres Risiko für Infektionen der Atemwege oder allergische Reaktionen, was die Erkrankung zusätzlich verkomplizieren kann. Die Lungenfunktion wird durch eine unausgewogene, schlechte Ernährung beeinträchtigt.

Durch Mangelernährung wird die Abwehrkraft der Lunge herabgesetzt, da die Fresszellen in den Lungenbläschen weniger aktiv sind. Eine weitere Folge von Mangelernährung kann der Abbau der Muskulatur sein – darunter auch die Atemwegsmuskulatur. In der Folge leiden die Patienten an allgemeiner Schwäche, dies verstärkt Müdigkeit und Atemnot. Besonders bei COPD Patienten tritt in 20-60% der Fälle eine Mangel-oder Fehlernährung auf. Um einer durch Mangelernährung begünstigten Osteoporose vorzubeugen sollte zudem Kalzium-und Vitamin D-reich gegessen werden (Vitamin D auch durch ausreichend Sonnenexposition).⁹¹

Übergewicht sollte vermieden werden, da diese Atemprobleme wie z. B. Schlaf-Apnoe verstärken kann indem das Herzkreislaufsystem und der Lungenkreislauf Mehrarbeit leisten müssen. Zudem geht Übergewicht häufig mit Begleiterkrankungen wie beispielsweise Diabetes Typ 2, Herzerkrankungen und Bluthochdruck einher.

Für Menschen mit Atemwegserkrankungen ist es wichtig genug zu trinken, um die Produktion von dünnflüssigem Schleim anzuregen.

Asthmatiker sollten möglichst auf Fertiggerichte, würzige Snacks und mit Farbstoff versetzte Limonaden verzichten, da die zugefügten Lebensmittelfarbstoffe, Glutamat und Konservierungsstoffe Anfälle auslösen können.

Laut Lungeninformationsdienst ungünstige Nahrungszusätze für Menschen mit Asthma sind:

- Tartrazin: Farbige Sprudelgetränke, Suppen, Saucen und Süßigkeiten
- Sulfite: Wein, Fruchtsäfte, Konservenfisch, getrocknete Früchte
- Glutamat: Braten- und Sojasaucen, Päckchensuppen, Fertiggerichte⁹²

Eine gesunde Ernährung hat zudem einen schützenden Effekt bei Krebs. Welche pflanzlichen Inhaltsstoffe dafür verantwortlich sind und wie groß der schützende Effekt ist, konnten Fachleute bisher nicht abschließend klären.⁹³

Tumoren kann man nicht "aushungern". Es gibt auch keine für Patienten "giftige" Lebensmittel. Vitamintabletten sollte man nicht ohne Rücksprache mit dem Arzt nehmen.⁹⁴ Fachleute sprechen von "Ernährungssupport". Relativ neu sind Erkenntnisse über die Möglichkeiten, das Rückfallrisiko durch Ernährung und Lebensstil zu beeinflussen.⁹⁵ Allgemein wird der Verzehr von mindestens 400g Gemüse oder Früchten täglich empfohlen. Der Verzehr von rotem Fleisch sollte gering gehalten werden besonders der Anteil an verarbeitetem Fleisch.

⁹¹ Herold, G. (Hrsg.) (2020): Innere Medizin.

⁹² Ernährung bei Lungenerkrankungen <https://www.lungeninformationsdienst.de/therapie/leben-mit-krankheit/ernaehrung/index.html> (Stand 20.11.2018)

⁹³ www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/lungenkrebs/risikofaktoren.php (Stand 31.08.2018)

⁹⁴ www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/lungenkrebs/leben.php (Stand 31.08.2018)

⁹⁵ www.krebsinformationsdienst.de/behandlung/ernaehrung-therapie-index.php (Stand 31.08.2018)

Zwar gibt es keine spezielle Ernährungsform, welche sich auf die Prävention oder Therapie von Erkrankungen der Atemwege bezieht, allerdings gibt es ausreichend Evidenz, dass bestimmte Ernährungsweisen wie beispielsweise die bekannte mediterrane Ernährung aus dem spanischen Raum oder auch die schwedischen Ernährungsrichtlinien mit einer Verringerung von chronischen, nichtübertragbaren Erkrankungen wie beispielsweise Übergewicht/Adipositas, Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc. einhergehen. Diese bestehen vor allem aus regelmäßigem Verzehr von Gemüse, Obst, Vollkornprodukten, Fisch, Nüssen, Beeren, Samen, pflanzlichen Ölen und im Gegenzug wenig rotem, verarbeiteten Fleisch, Salz, Zucker und Alkohol.⁹⁶

Ernährung und Rauchen

Laut dem Bundeszentrum für Ernährung ernähren sich Raucher ungesünder als Nichtraucher. Statt reichlich Obst und Gemüse stehen häufiger kalorienreiche Lebensmittel auf dem Speiseplan. Wer mit dem Rauchen aufhört, hat häufig mit einer Gewichtszunahme zu kämpfen, da die Nikotinentwöhnung den Energieverbrauch auf das ursprüngliche Level senkt und den Appetit ansteigen lässt.⁹⁷

Etwa 60 Prozent der ehemaligen Rauchenden müssen mit einer Gewichtszunahme von 2,5 bis 4 Kilogramm rechnen.

Die BZgA empfiehlt drei Tipps für die Ernährung nach der letzten Zigarette

- Ihre Geschmacks- und Geruchsnerve waren durch das Rauchen quasi „dauerbetäubt“. Jetzt erholen sie sich langsam wieder. Daher nehmen Sie die Signale Ihres Körpers unverfälscht wahr. Stellen Sie sich darauf ein, dass Hunger und Appetit zu den normalen Entwöhnungserscheinungen gehören – dann können Sie besser darauf reagieren.
- Da Ihr Stoffwechsel sich nun ebenfalls umstellt, verbrennen Sie täglich ungefähr 200 Kilokalorien weniger als mit Nikotin. Dies kann zu einer vorübergehenden Gewichtszunahme führen. Durch kalorienarme Alternativen und Bewegung können Sie diese negative Bilanz wieder ausgleichen.
- Setzen Sie sich nicht zu sehr unter Druck! Überlegen Sie sich, ob Sie eine kleine Gewichtszunahme nicht verschmerzen können. Schaffen Sie sich eine Toleranzgrenze, indem Sie sich zum Beispiel erlauben, bis zu zwei oder drei Kilo zuzunehmen.⁹⁸

⁹⁶ WHO (2018): HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 58, S. 25.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/365285/hen-58-eng.pdf (Stand 11.12.2018)

⁹⁷ <https://www.bzfe.de/inhalt/essen-raucher-ungesunder-32103.html> (Stand 23.01.2020)

⁹⁸ <https://www.rauchfrei-info.de/aufhoeren/tipps-fuer-ihren-rauchstopp/gesund-ernaehren/> (Stand 23.01.2020)

Informationen für Praxis und Patienten

Beispiele:

- COPD - Deutschland e.V. Informationsbroschüre Ernährung bei COPD
<https://www.copd-deutschland.de/images/patientenratgeber/crossmed/copd-und-ernaehrung.pdf> (Stand 11.12.2018)
- Deutsche Herzstiftung-Kochbuch mediterrane Küche
<https://www.herzstiftung.de/kochbuch-mediterrane-kueche.html>
- Lungeninformationsdienst Atemwegserkrankungen und Ernährung
<https://www.lungeninformationsdienst.de/therapie/leben-mit-krankheit/ernaehrung/index.html>
- Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.: Atemwegserkrankungen, Hilfe zur Selbsthilfe, www.patientenliga-atemwegserkrankungen.de/pdf/Hilfe_zur_Selbsthilfe.pdf
- Krebsinformationsdienst: Ernährung für Patienten mit Krebs: Essen was schmeckt oder doch lieber Diät?
www.krebsinformationsdienst.de/themen/behandlung/ernaehrung-therapie-index.php
- European Lung Foundation: Ernährungsgewohnheiten
www.europeanlung.org/de/lungenkrankheiten-and-informationen/risikofaktoren/ern%C3%A4hrungsgewohnheiten
- www.atemwegsliga.de
- www.lungenstiftung.de auch allgemeine Informationsblätter
- www.patienten-bibliothek.de u.a. Vorschau 2020 Ernährung usw.- bei chronischen Erkrankungen und schlafbezogenen Atmungsstörungen G47.39 bzw. Schlafapnoesyndrom SAS, www.dgsm.de kann z.B. Gewichtsabnahme von 20% den AHI bzw. Apnoe-Hypopnoe-Index bis zu 50% vermindern
- www.was-wir-essen.de; www.bmi-rechner.biz; www.dge.de; www.uni-hohenheim.de; www.in-form.de

AOK-BW Angebote, zum Beispiel:

- AOK-Ernährungswerkstatt: Bewusst essen und genießen
<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/aok-ernaehrungswerkstatt-wissen-wie-man-isst-1/>
- Ernährungsberatung <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/ernaehrungsberatung-3/>
- AOK Expertenforum: Ernährung und Rezepte <https://www.aok.de/bw-gesundnah/themen/ernaehrung-und-rezepte/>
- AOK Abnehmen mit Genuss <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/abnehmen-mit-genuss-6/>

Bosch BKK Angebote, zum Beispiel:

- Ernährungsberatung www.bosch-bkk.de/Ernaehrungsberatung
- Bosch BKK Gesundheitskurse www.bosch-bkk.de/Gesundheitskurse
- Bosch BKK Gesundheits-Broschüren (u.a. „Abnehmen mit Erfolg“, „Ausgewogene Ernährung“) www.bosch-bkk.de/Gesundheitsbroschueren

Umsetzung der Nicht-medikamentösen Beratung

Ein Vorschlag/Leitfaden zur Umsetzung der Nicht-medikamentösen Beratung finden Sie im zugehörigen Anhang 1a.

Anhang 1a Leitfaden Nicht-medikamentöse Beratung gem. Anl. 12 sowie Anhang 1 zu Anl. 17

BG1

Nicht-medikamentöse biopsychosoziale Beratung für chronische pneumologische Erkrankungen (wie v.a. COPD, Asthma) v.a. zu

- Rauchstopp als Minimal- (< 3 Min. ABC-Ansatz) oder Kurzintervention (< 10 Min. 5 As / 5Rs)
- Körperlicher Aktivität zur Verbesserung der Lungenfunktion unter anderem gemäß WHO 150 Minuten/Woche
www.exerciseismedicine.org**
- Ernährung v.a. zur Gewichtsoptimierung
www.lungeninformationst.de

BG 2

- a) Intensivierte Einzel-Beratung gemäß 4-Stufen Frei von Tabak BAEK oder DMP AOK BaWü www.aok-gesundheitspartner.de* zum Rauchstopp oder DMP Bosch BKK www.bosch-bkk.de/DMP
- u.a. als Follow-up v.a. bei COPD

b) Psychoedukative Gruppenschulung

Inhalte gemäß Rauchfrei Programm (IFT München)

BG3

Professionelle und intensive Tabakentwöhnung mit krankheitsspezifischem Fokus bei abhängigen Rauchern ohne Aussicht auf einen erfolgreichen Rauchstopp oder nach gescheiterten Aufhörversuchen

- a. **Raucherberatung in der Arztpraxis als Einzeltherapie**
b. **Raucherberatung in der Arztpraxis als Gruppentherapie**

mit einer der folgenden 3 Qualifizierungen:

- Qualifikation zur Tabakentwöhnung der BAEK (<https://www.bundesaerztekammer.de>)
- Mein Nichtraucherprogramm (BDP www.pneumologenverband.de)
- Rauchfrei Programm IFT München (www.rauchfrei-programm.de)

Umfang/Häufigkeit gemäß Curriculum

Unterstützung durch die EFA®, schriftlich und mündlich

1. Dokumentationsbogen Raucherstatus, Bewegung, BMI von SV-Teilnehmer/in ausfüllen lassen (z.B. vor Arztkontakt)
2. Nach Arztkontakt gemeinsame Zielvereinbarungen z. B. als „grünes Rezept“ <https://pro-gruenes-rezept.de/> erstellen und übergeben, sowie besprochene Patienteninformationen
3. Follow-up mit Terminvereinbarung zu nicht-medikamentösen Zielvereinbarungen ggf. Recall
4. ggf. Unterstützung bei der Kontaktaufnahme z. B. zum AOK Präventionsberater oder BKK Patientenbegleiter gemäß Zielvereinbarungen
5. ggf. Terminierung BG2 / BG3



Anhang 1a Beratung zum Rauchstopp sowie zur Bewegung und Ernährung

Inhalt

| | |
|--|----|
| Beratung zur krankheitsspezifischen nicht-medikamentösen Therapie gem. BG1 | 2 |
| Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI..... | 2 |
| Vorbereitung für das Arztgespräch durch die EFA®..... | 4 |
| Nicht-medikamentöse Beratung durch den Arzt..... | 5 |
| Praktische Gesprächstechniken | 5 |
| <i>5A: ärztliche Kurzberatung</i> | 5 |
| <i>Motivational Interviewing</i> | 7 |
| Rauchstopp | 8 |
| Bewegung | 12 |
| Gewichtsoptimierung | 15 |
| Unterstützung durch die AOK Präventionsberater/innen..... | 19 |
| Nach dem Arztgespräch, Übergabe des Patienten an die EFA® | 20 |
| BG2..... | 21 |
| BG3..... | 21 |
| Anhang: Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI | 22 |

Beratung zur krankheitsspezifischen nicht-medikamentösen Therapie gem. BG1

Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI

Nach der Anmeldung des Patienten übergibt die EFA® die Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI zum Ausfüllen im Wartezimmer (auch als Vorbereitung zur bio-psycho-sozialen Anamnese gem. Anlage 12):^{1,2}

| |
|--|
| <p><u>Von Patient/in auszufüllen</u></p> <p>1. Haben Sie in den letzten 30 Tagen geraucht oder gedampft (Zigaretten, Zigarren, Shisha, E-Zig, Verdampfer)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>2. Wieviel Zeit verbringen Sie in einer normalen Woche mit anstrengender körperlicher Aktivität, bei der Sie schnell und intensiv atmen müssen, wie beispielsweise rennen, Aerobic oder Ballsportarten?</p> <p><input type="text"/> Minuten</p> <p>3. Wieviel Zeit verbringen Sie in einer normalen Woche mit moderater körperlicher Aktivität, die Ihre Herzfrequenz erhöht und Sie etwas schneller atmen lässt, wie beispielsweise Walking, Fahrradfahren oder Gartenarbeit?</p> <p><input type="text"/> Minuten</p> <p>4. Wieviel wiegen Sie <input type="text"/> kg und wie groß sind Sie <input type="text"/> m ?</p> <p><u>Von Arzt / EFA® auszufüllen</u></p> <p>Ergebnis aus Frage 2 & 3: anstrengende körperliche Aktivität x 2 + moderate körperliche Aktivität (Zeitwert verdoppeln da anstrengender als moderate Intensität) =</p> <p><input type="text"/> Minuten (Ziel 150min pro Woche)</p> <p>BMI (kg/m²) : <input type="text"/></p> |
|--|

Erläuterung:

- Frage 1 dient der Abfrage des Raucherstatus und ist ausschlaggebend diesen anzusprechen

¹ Vorbild der Inhalte ist das PAP-S Göteborg <https://www.eupap.org/>

² ACSM

https://www.exerciseismedicine.org/assets/page_documents/EIM%20Rx%20series_COPD.pdf (Stand 28.01.2020)

- Die Fragen 2 & 3 beschäftigen sich mit der regelmäßigen körperlichen Aktivität der Patienten um deren Ergebnisse in Frage 4 zu addieren. Das wöchentliche Ziel sollten mittelfristig 150 Minuten körperliche Aktivität gem. WHO, ACSM und CDC sein.
- Frage 5 beschäftigt sich mit dem BMI der Patienten. Der BMI wird nach folgender **Formel** berechnet: Körpergewicht (in kg) geteilt durch Größe (in m) zum Quadrat. Ein nicht übermäßig sportlicher Mensch hat ab einem BMI von 25 Übergewicht und ab einem BMI von 30 Adipositas. Der BMI soll hier als Anhaltspunkt dienen den Patienten beispielsweise eine zusätzliche Ernährungsberatung zu empfehlen, auch um einer möglichen Gewichtszunahme nach dem Rauchstopp vorzubeugen.³

Bei Rauchern soll zusätzlich der Heaviness of smoking index (HSI) (siehe Rückseite des Fragebogens) oder der Fagerströmtest für Zigarettenabhängigkeit z. B. unter <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Fagerstroem.html#section8> ausgefüllt werden.

Auf Grundlage des Ergebnisses lässt sich der Grad der Tabak-Abhängigkeit einschätzen und erleichtert somit auch die Entscheidung, welche der Stufen 1-3 zur Entwöhnung für den jeweiligen Raucher anzuraten sind und ob eine Medikationsempfehlung erfolgen sollte. Auch dient der Test als Werkzeug um den Rauchenden ihre Abhängigkeit vor Augen zu führen.

Heaviness of smoking index (HSI) (Von Patient/in auszufüllen)

Wann rauchen Sie Ihre erste Zigarette nach dem Aufwachen?

- | | | |
|---------------------|-----------------------|----------|
| Innerhalb von 5 min | <input type="radio"/> | 3 Punkte |
| Nach 6 – 30 min | <input type="radio"/> | 2 Punkte |
| Nach 31 – 60 min | <input type="radio"/> | 1 Punkt |
| Später als 60 min | <input type="radio"/> | 0 Punkte |

Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

- | | | |
|--------------|-----------------------|----------|
| ≤10 | <input type="radio"/> | 0 Punkte |
| 11 – 20 | <input type="radio"/> | 1 Punkt |
| 21-30 | <input type="radio"/> | 2 Punkte |
| 31 oder mehr | <input type="radio"/> | 3 Punkte |

Auswertung:

Abhängigkeit Niedrig 0 – 1 Punkte
 Mittel 2 – 4 Punkte
 Hoch 5 – 6 Punkte

³ <https://www.bzfe.de/inhalt/bmi-rechner-5423.php> (Stand 28.01.2020)

Nach dem Abschluss der Beratung soll die durchgeführte Rauchstoppberatungsmaßnahme dokumentiert werden (ebenfalls Kästchen auf der Rückseite des Fragebogens).⁴

Von Arzt / EFA auszufüllen

Vereinbarte Maßnahmen:

- Einzelunterlagen (mitgegeben)
- Selbsthilfelimateratur (mitgegeben)
- Online-Entwöhnung
- Medikamentöse Unterstützung (Nikotinersatz Vareniclin Bupropion)
- intensivierte Beratung BG2a (Termin: _____)
- Gruppenschulung 90 min BG2b (Termin: _____)
- Einzeltherapie BG3a (Termin: _____)
- Gruppenkurs BG3b (Kursbeginn am: _____)

Vorbereitung für das Arztgespräch durch die EFA®

- Nach dem Ausfüllen des Fragebogens bereitet die EFA® die Patienten für den Arztkontakt vor.
- Im Rahmen des Arztkontakts wird die ausgefüllte „Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI“ an den Arzt durch die EFA® übergeben.

Die Werte des Fragebogens sollten in die Patientenakte (gemeinsam mit der Raucheranamnese) eingetragen und die Bögen am Ende des Kontaktes eingescannt werden. Das Auftragen eines Stickers, Symbols o.ä. auf der digitalen Karteikarte kann als Erinnerungsfunktion dienen, beim nächsten Besuch wieder nach dem Rauchstatus zu fragen.

⁴ QiSA Asthma/COPD S.42

Nicht-medikamentöse Beratung durch den Arzt

Ärztliche Beratung indikationsabhängig gemäß den Risikofaktoren bzw. Ursachen der Erkrankung zum Rauchstopp/zur Bewegung/zur Gewichthsoptimierung.

Praktische Gesprächstechniken

5A: Ärztliche Kurzberatung

Kurze Beratung gemäß sogenannter 5A auf den Grundprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung^{5,6,7}

Motivierende Gesprächsführung hilft, Reaktanz zu vermeiden. Eine partnerschaftliche und empathische Grundhaltung, welche die autonome Entscheidungsfreiheit des Gegenübers respektiert und seine (meist ambivalenten) Gedanken evoziert stellt dabei die Basis dar. Offene Fragen und Reflexion des Gesagten sind die grundlegenden Gesprächstechniken dabei.

| | | |
|----|--------------------|--|
| A1 | Ask | Frage nach dem Rauchverhalten/Bewegungsverhalten/ Ernährungsverhalten erfragen |
| A2 | Advice | Ratschlag zum Rauchstopp/körperlicher Aktivität/ gesunder Ernährung Ggf. Feedback erhobener Befunde |
| A3 | Assess willingness | Einschätzen der Aufhörbereitschaft: Was denken Sie selbst über das Rauchen/ Körperliche Aktivität/gesunde Ernährung? |
| A4 | Assist | Unterstützen beim Aufhören: Informationsmaterial Unterstützende Maßnahmen/ Weiterverweisen Medikamente |
| A5 | Arrange follow up | Nachbetreuung organisieren: Thema beim nächsten Kontakt wieder aufgreifen |

⁵ GOLD Guidelines 2020

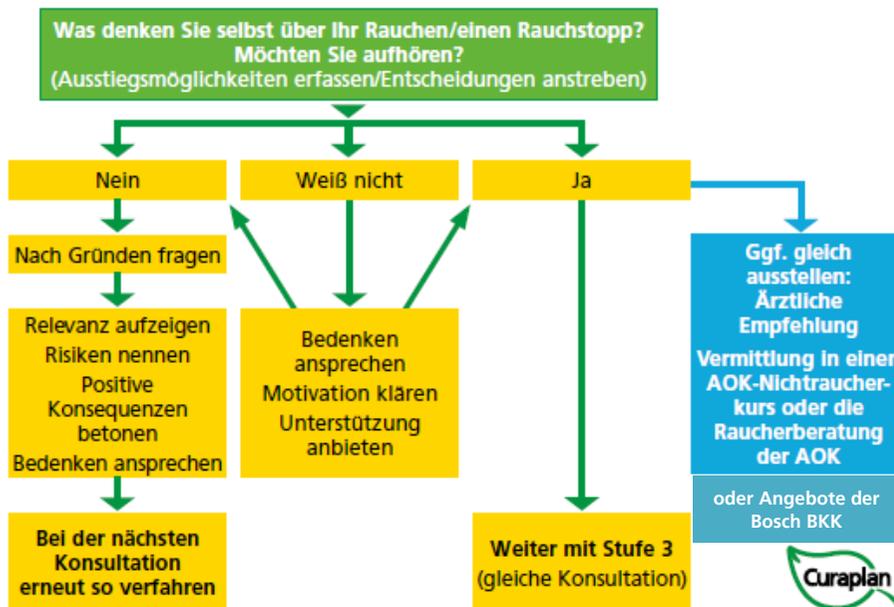
⁶ Siehe Anhang 1

⁷ QiSA Asthma/COPD Band C1

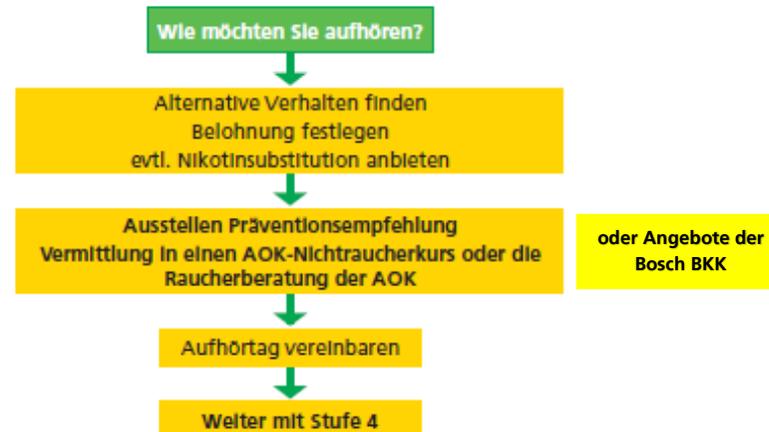
Stufe 1 ▶ Patienten auf das Rauchen ansprechen



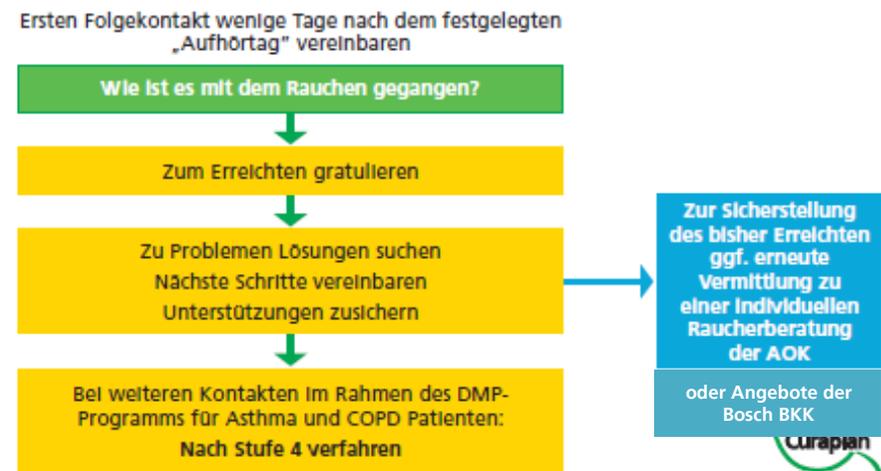
Stufe 2 ▶ Entscheidungen anstreben



Stufe 3 ▶ Das Aufhören vorbereiten



Stufe 4 ▶ Folgekontakte durchführen



Motivational Interviewing

Motivational Interviewing (MI) – die motivierende Gesprächsführung – ist sowohl ein direkter als auch patientenzentrierter Ansatz der Gesprächsführung mit dem Ziel, die Eigenmotivation zu fördern, ein problematisches, beispielsweise gesundheitsgefährdendes Verhalten wie Inaktivität zu ändern. MI hat sich in den letzten Jahren international und vor allem in der Suchtbehandlung etabliert.

Als Leitlinie für den Dialog zwischen Therapeut und Patient stützt sich das MI auf folgende vier Prinzipien:

1. **Empathie**, wobei respektvoll zugehört und Verständnis gezeigt wird für das Verhalten des Patienten
2. **Entwicklung von Diskrepanz** zwischen dem gegenwärtigen Verhalten des Patienten und seinen persönlichen Zielen (z. B. Diskrepanz zwischen tatsächlichem Gewicht und Wunschgewicht)
3. **Umgang mit Widerstand**, wobei es jegliche Form von Widerstand seitens des Patienten zu vermeiden gilt (z. B. Therapeut versucht, den Patienten gegen seinen Willen zu etwas zu bewegen)
4. **Förderung von Veränderungszuversicht**, wobei die Zuversicht des Patienten, sein Verhalten ändern zu können, gestärkt wird (z. B. durch Bezug auf vorherige erfolgreiche Verhaltensänderungen des Patienten).⁸

Diese Prinzipien werden durch sieben Methoden umgesetzt:

| Methode | Erläuterung | Beispiel |
|-------------------------------|---|--|
| Offene Fragen | W-Fragen | Wie denken Sie selbst über... |
| Aktives Zuhören | Erzählen verbal/nonverbal bestärken | Sie meinen also, dass Sie... „Kopfnicken“ |
| Würdigen | Verständnis für die Situation zeigen | Ich verstehe, Ihnen fehlt also Unterstützung um...? |
| Förderung von Change-Talk | Vorsichtiges Aufzeigen von Widersprüchen (z.B. zwischen Verhalten und Einstellung) | Warum sind Sie trotz Ihrer Einsicht, dass Bewegung gut ist, häufig so passiv? |
| Umgang mit Widerstand | Widerstand aufgreifen und für das Aufdecken von Barrieren nutzen | Sie glauben nicht, dass das klappen könnte. Was wäre das größte Hindernis? |
| Förderung von Confidence-Talk | Aufgreifen von Äußerungen, die mit Fähigkeiten zu tun haben, Verhalten ändern zu können (Selbstwirksamkeit) | Sie sind als Kinder also immer gern geschwommen, was könnte helfen wieder mit Freude ins Wasser zu gehen? |
| Zusammenfassen | Zentrale Aussagen aufgreifen und Gesprächsabschnitte zusammenfassen | Alles in allem haben Sie also immer noch Lust auf Bewegung wie früher, nur sehen Sie keine Gelegenheiten und Angebote, die Ihnen Freude machen könnten?! |

Kurzanleitung z. B. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/67081/Motivierende-Gespraechsfuehrung-Flexible-Methode-mit-Potenzial>

⁸ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 114

Rauchstopp

Der Rauchstopp ist die wichtigste Maßnahme bei COPD. Wenn dem Rauchstopp effektive Ressourcen und Zeit gewidmet werden, können Langzeit-Rauchstoppraten von 25 % bis 46 % erreicht werden. Die Beratung zum Rauchstopp durch den Arzt erhöht die Rauchstoppraten signifikant.^{9,10}

Beispielablauf anhand der 5A

Alle hier aufgeführten Gesprächsbeispiele stammen aus dem Rauchberatungskonzept von Dr. Alexander Rupp aus Stuttgart und sollen der praxisnahen Vermittlung der Motivierenden Gesprächsführung dienen.

A1: Ask

Abfragen Rauchstatus sowie Bewegung/ Gewicht bzw. BMI im Wartezimmer über Fragebogen Lebensstil

Beispielgespräch:

Arzt (A): „Sie haben im Aufnahmebogen angegeben, dass Sie rauchen.“ (A1: Rauchstatus erheben)

Patient (P): „Ja, so ca. 20 Zigaretten pro Tag.“

A2: Advice

Klarer unmissverständlicher ärztlicher Rat zu Verhaltensänderung (Rauchen, Bewegung, Ernährung (R, B, E)), am besten verbunden mit Untersuchungsergebnissen (z. B. Lungenfunktion, Diffusion, Röntgen) und Anamneseergebnissen (z. B. Fagerström, HSI)

Beispielgespräch:

A: „Mit dem heutigen Befund... (z. B. Lungenfunktion, Zuckerwerte, Cholesterinwerte, Carotisduplex, HSI, Fagerström etc.) (Befunde als Feedback nutzen) möchte ich Ihnen dringend raten, das Rauchen aufzuhören/ sich mehr zu bewegen/ Gewicht abzunehmen (A2: Ratschlag zum Aufhören geben), da sich die Werte sonst aller Wahrscheinlichkeit nach in den nächsten Jahren verschlechtern werden.“

A3: Assess willingness

Offene Frage an den Patienten zur Veränderungsbereitschaft, z. B. „Was denken Sie denn selbst über...das Aufhören (mehr Bewegung, Gewichtsabnahme)“.

Ggf. auch Abfragen der Gründe, die ihn am stärksten dazu motivieren (negative Seiten des bisherigen Verhaltens, positive Seiten der Verhaltensänderung).

⁹ GOLD Guidelines 2020 S. 40 https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf

¹⁰ Hering et al 2015

Beispielgespräch:

A: „Dass der Rat aufzuhören von mir als Arzt kommen wird, war Ihnen vermutlich bereits im Vorfeld klar. Mich würde interessieren, was Sie selbst über das Rauchen denken?“ (A3: Aufhörbereitschaft mit einer offenen Frage eruieren)

P: „Ich weiß, es tut mir nicht gut, und eigentlich würde ich gerne aufhören, aber ich hab es schon so oft versucht, ich schaff das nicht.“

A: „Sie wollten schon öfters aufhören, aber es hat mehrere Male nicht geklappt. Ich höre aber heraus, dass Sie prinzipiell aufhören möchten (Reflexion). Wie stehen Sie denn zu einem Aufhörversuch, wenn Ihnen jemand helfen könnte, die Schwierigkeiten zu lösen, die bisher im Weg standen (offene Frage)?“

P: „ Das könnte ich mir eigentlich schon vorstellen, aber ich weiß nicht wie.“

| Häufig genannte Hindernisse & Hürden „Ich würde gerne aufhören, aber...“ | Beratungsansatz/ Lösungsmöglichkeit |
|---|--|
| „...ich hab's schon so oft nicht geschafft.“ „...ich weiß, dass ich es sowieso nicht schaffe.“ | Viele Raucher benötigen mehrere Versuche. Ohne erneuten Versuch wird das Ziel nicht erreicht werden. Was hat bei früheren Versuchen gut funktioniert, was hat nicht funktioniert? Was müsste bei einem erneuten Versuch anders sein, um Erfolg zu haben? Mit professioneller Unterstützung oder z. B. Begleitung innerhalb eines Entwöhnungskurses kann der nächste Aufhörversuch erfolgreich verlaufen. |
| „...ich bin dann immer total nervös und unruhig.“ „...ich werde dann immer unausstehlich.“ | Nervosität, Unruhe, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen bis zu Aggressivität oder auch trauriger Verstimmung sind typische Entzugssymptome, die die meisten Rauchenden nach Aufhörversuchen kennen. Sind diese zu stark ausgeprägt, sollte über medikamentöse Unterstützungsmöglichkeiten des Rauchstoppversuches informiert werden. Diese helfen in den ersten Wochen, die Entzugssymptome zu lindern und ermöglichen für viele Rauchende überhaupt erst den Ausstieg. |
| „...ich habe Angst zu viel Gewicht zuzunehmen.“ | Der Stoffwechsel benötigt nach dem Rauchstopp eine gewisse Zeit, sich umzustellen. Eine Gewichtszunahme wird zwar häufig berichtet ist aber kein zwingendes Muss. Mit der richtigen (ausgewogenen und gesunden) Ernährung und einer Steigerung der körperlichen Aktivität z. B. durch längere Spaziergänge kann einer Gewichtszunahme erfolgreich entgegengewirkt werden. |
| „...ich weiß überhaupt nicht, was ich stattdessen mit mir anfangen soll.“ | Es gibt eine fast unermessliche Zahl von alternativen Verhaltensweisen für die |

| | |
|--|--|
| | <p>Situationen, in denen bislang geraucht wurde. Ablenkung und Aktivität helfen, die meist nur kurzen Rauchimpulse zu überstehen. Mit der Zeit werden die Abstände zwischen den Impulsen immer länger und die Impulse immer schwächer, so dass ein neues Verhaltensmuster gelernt wird. Kaffeetrinken oder Freude/Ärger aushalten geht dann plötzlich wieder ohne Rauchen.</p> |
|--|--|

Positive gesundheitliche Aspekte - nach der letzten Zigarette



- Nach...**
- **20 Minuten** Puls und Blutdruck normal, Hände und Füße Normaltemperatur
 - **8 Stunden** Sauerstoff- und Kohlenmonoxid-Spiegel wieder normal
 - **24 Stunden** Rückgang des Herzinfarkttrisikos
 - **48 Stunden** Nervenenden beginnen sich zu regenerieren, Verbesserung der Geruchs- und Geschmacksorgane
 - **2-3 Monaten** Kreislauf stabilisiert sich, Lungenfunktion verbessert sich
 - **1-9 Monaten** Rückgang von Hustenanfällen, Verstopfung der Nasennebenhöhlen, Infektionsgefahr, Kurzatmigkeit
 - **1 Jahr** Herzinfarktisiko sinkt auf die Hälfte
 - **5 Jahren** Risiko für Lungen-, Mund- und Speiseröhrenkrebs halbiert.
 - **10 Jahren** Lungenkrebsrisiko gleich hoch wie bei Nichtrauchern
 - **15 Jahren** Herzinfarktisiko wie bei Nichtrauchern

Quelle: American Cancer Society

A4: Assist

Unterstützung zum Rauchstopp (zu Bewegung, zur Gewichtsreduktion) anbieten und vereinbarte unterstützende Maßnahme (z. B. Kontaktadresse), auszugebende Patienteninformation und ggf. Einladung zu intensiverer Beratung (Stufe 2 & 3) auf Dokumentationsbogen festhalten.

Beispielgespräch:

A: „Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Sie beim Rauchstopp unterstützen. Bei Bedarf an intensiverer Unterstützung arbeiten wir mit XY zusammen. Hätten Sie etwas dagegen, wenn wir Ihre Kontaktdaten an „XY“ weitergeben, die würden sich dann mal unverbindlich mit Ihnen in Verbindung setzen?“

Bei fehlender Einwilligung offene Frage ob er sich selbst melden möchte.
Aufforderung: möchten Sie sich innerhalb der nächsten Woche bei XY melden? Unsere

EFA könnte Sie bei Bedarf anschließend telefonisch kontaktieren ob alles funktioniert hat“
(A4: Assist = Unterstützen)

P: „Ja gerne, ich kann mir auf jeden Fall anhören, was die so anbieten.“

Kostenlose Rauchstopp-Info Materialien zum Drucken oder Bestellen u.a. z. B.

- BZgA & DKFZ <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/>
Broschüre unter <https://www.rauchfrei-info.de/aufhoeren/unterstuetzung-beim-rauchstopp/broschueren/>
- BZgA Printmedien zur Förderung des Nichtrauchens mit Abbildungen und Möglichkeit der Online-Bestellung <https://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/>
- ÄZQ <https://www.patienten-information.de/themen/lunge/lunge>
Erkrankung auswählen -> „kurz informiert“ klicken -> Thema als PDF Kurzinformation
- DKFZ Infobroschüren
<https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Informationsbroschueren.html>

Unterstützende Maßnahmen zum Rauchstopp beispielsweise

- BZgA Rauchentwöhnung Telefonberatung **0 800 8 31 31 31**
www.anbieter-raucherberatung.de
- DKFZ Informationen zum Rauchstopp (umfassend)
https://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Erfolgreich_rauchfrei_werden.html
- Weiterverweisen an Suchtberatung u.a. z. B.
 - <https://www.awo.org/suchtberatung> ,
 - <https://www.caritas.de/hilfeundberatung>,
 - <https://www.eva-stuttgart.de/nc/unsere-angebote/angebot/tabakentwoehnung>
 - <https://www.bw-lv.de/beratungsstellen/tabak/>
- Selbsthilfebücher u.a. z. B. A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher, T. Hering BDP-Buch „Mein Nichtraucherprogramm“
- Online-Schulungen/Gesundheitsapps u.a. z. B. www.nichtraucherhelden.de
- Zertifizierte Rauchfrei Kurse (IFT www.rauchfrei-programm.de / BÄK www.bundesaeztekammer.de / BDP www.pneumologenverband.de) (Kursteilnahme im Rahmen Selektivvertrag für Patienten kostenfrei)
- AOK Präventionsberater: Beratung zu AOK Gesundheitsangeboten wie: Ernährungsberatung, Bewegungskurse, AOK Rauchstopp für in DMPs eingeschriebene Patienten
- Bosch BKK Patientenbegleitung als Präventionsberater: Berät zu Präventionsangeboten
Rauchstopp-Angebote (analog und digital) sowie Präventionsmaßnahmen

A5: Arrange

Follow-up vereinbaren zur Überprüfung der vereinbarten Maßnahmen, dazu Übergabe an die EFA

Das Follow-up kann z. B. beinhalten:

Erfragen der Erlaubnis zum Aufgreifen der Rauchstoppthematik beim nächsten Gespräch.
Telefonkontakt durch EFA (oder durch Präventionsberater AOK/BoschBKK).

Beispielgespräch

A: „Unsere Arzthelferin/EFA Erläutert Ihnen noch unsere besprochenen Informationsblätter und sucht Ihnen den Kontakt zu/meldet Sie bei XY.“

Bewegung

- Eine chronische Lungenerkrankung gepaart mit chronischer Entzündung und Bewegungsmangel führt zur deutlichen Dekonditionierung d.h. Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit. Hinzu kommt eine ausgeprägte Sarkopenie (Muskelabbau). Eine Abwärtsspirale ist die Folge.¹¹
- Ein Großteil der Risikofaktoren wie Übergewicht, erhöhter Cholesterinspiegel, Bluthochdruck und bewegungsarmer Alltag können mit körperlichem Training reduziert werden.¹²
- Die WHO empfiehlt ein Mindestmaß an Bewegung von 150min aerober Aktivität pro Woche mit moderater Intensität (sprechen sollte bei Belastung möglich sein nach der sog. Borg-Skala, dazu zählt beispielsweise auch Treppensteigen) bzw. 75min mit hoher Intensität (Schwitzen, erhöhte Atem-, und Herzfrequenz).
- Positive Trainingseffekte sind dabei für COPD-Patienten über alle Schweregrade belegt und auch Asthmapatienten erfahren eine positive Wirkung durch sportliche Aktivitäten, vor allem auf die Kondition.¹³
- Die motivationale Beratung gemäß der 5A ist auch in der Bewegungsberatung hilfreich.¹⁴

Patienteninformationen zu körperlicher Aktivität u.a. z.B.

- IQWiG <https://www.gesundheitsinformation.de> z.B. zu COPD als PDF <https://www.gesundheitsinformation.de/chronisch-obstruktive-lungenerkrankung-copd.2481.de.html>
- Deutsche Atemwegsliga e.V. z.B. Training bei COPD, Asthma etc. <https://www.pat-liga.de/training-bei-copd.html>
- und www.atemwegsliga.de z.B. Informationsblatt Asthma und Sport
- AZQ <https://www.patienten-information.de/kurzinformationen/lunge/asthma>
- www.lungeninformationsdienst.de mit Faktenpapieren zu Asthma, COPD, Bronchiektasen, Lungenfibrose, Lungenhochdruck, Mukoviszidose, u.a. auch zu Atemtechniken, Video zum Lungensport usw.

Unterstützungsangebote u.a. z. B.

- www.lungensport.org mit Adressen zu Lungensportgruppen
- Der Deutsche Behindertensportverband (DBS) bietet Sportgruppen für Menschen mit Krebserkrankungen als Rehasport www.dbs-npc.de/sportentwicklung-rehabilitationssportgruppen-in-deutschland.html
- Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB): Die Initiative "Sport pro Gesundheit" (www.sportprogesundheit.de) bietet auf ihrer Internetseite weitere Informationen. Unter www.sportprogesundheit.de/de/sport-und-gesundheit/bewegungsangebote-in-ihrer-naehe haben Interessierte zum Beispiel die Möglichkeit, ebenfalls Sportangebote in ihrer Nähe zu finden. Es handelt sich dabei aber meist um normale Sportgruppen, keine Reha-Sportgruppen.

¹¹ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 221.

¹² Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 221.

¹³ s.o.

¹⁴ Carroll, J.K.; Antognoli E.; Flocke, S.A. (2011): Evaluation of Physical Activity Counseling in Primary Care Using Direct Observation of the 5As. Ann Fam Med September/October 2011 vol. 9no. 5 416-422

Über das etablierte „Rezept für Bewegung“ lassen sich zertifizierte Sportangebote verschreiben.

- Landessportbünde: Sie sind weitere Ansprechpartner für regionale Angebote u.a. zu "Sport nach Krebs". Sie finden sich im Internet unter www.dosb.de/de/organisation/mitgliedsorganisationen/landessportbuende
- Selbsthilfeorganisationen: Ist man an Bewegungs- und Sportprogrammen interessiert, kann man sich zudem an Selbsthilfeorganisationen und Patientenverbände wenden. Diese kennen die Angebote vor Ort meist ebenfalls gut. Der Krebsinformationsdienst listet bundesweit tätige Institutionen im "Wegweiser" auf, dort unter "Adressen und Links", Stichwort "Selbsthilfegruppen".
www.krebsinformationsdienst.de/leben/alltag/sport-nach-krebs.php

AOK-BW Angebote u.a. z. B.:

- AOK Curaplan aktiv <https://curaplanaktiv.bw.aok.de/>
- AOK Bewegungskurse vor Ort <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitskurse-fuer-mehr-bewegung/>

Bosch BKK Angebote, z.B.:

- Bosch BKK Gesundheitskurse www.bosch-bkk.de/Gesundheitskurse
- Bosch BKK Gesundheitsbroschüren (u.a. „Fit und gesund durch mehr Ernährung“)
www.bosch-bkk.de/Gesundheitsbroschueren

| Empfehlung körperliche Aktivität bei Lungenerkrankungen | | | |
|--|---|---|--|
| Ziel 150 Minuten pro Woche | | | |
| Moderate Intensität = Sprechen bei Belastung möglich: zählt einfach zu 150 Minuten | | | |
| Hohe Intensität = Sprechen bei Belastungen nicht mehr möglich: zählt doppelt | | | |
| Lungenerkrankung bzw. Ziel z. B. | Anmerkungen | Häufigkeit und Intensität | Art der Aktivität z. B. |
| Allgemeine Stärkung der Lungenfunktion | | | <ul style="list-style-type: none"> • Zügiges Gehen • Krafttraining: 4 Durchläufe, 6-12 Wiederholungen, 50-80 % des Maximalgewichts • Walking bzw. Nordic Walking • Skilanglauf • Laufen und Joggen • Radfahren, auch zu Hause auf dem Ergometer/Heimtrainer • Schwimmen • Wandern und Skiwandern • Tanzen |
| COPD | Anleitung zu körperlichem Training verbessert die Therapieergebnisse im Vergleich zur einfachen Aufforderung sich mehr zu bewegen | Mindestens 1-3 mal pro Woche moderate körperliche Aktivität, besser 3-5 mal, Kombination aus Kraft- und Ausdauertraining | |
| Grad 0-1 | Teilnahme an Breiten- bzw. Lungensportgruppen | | |
| Grad 2-4 | gezielte Übungen unter krankengymnastischer/bewegungstherapeutischer Betreuung | | |
| Asthma | <ul style="list-style-type: none"> • Atemtherapeutische Selbsthilfemaßnahmen wie die sogenannte Lippenbremse • Aufwärmen wichtig (mind. 15 min) • Kalte Luft vermeiden | Intervall u./o. Dauerbelastung (nach individueller Verträglichkeit) | Schwimmen im Hallenbad, Wassergymnastik, Radfahren, moderates Jogging, Mannschaftsspiele |
| Lungenkarzinom | Bewegungspräferenzen berücksichtigen | <ul style="list-style-type: none"> • Wenn Dauerbelastung nicht möglich, Intervalltraining • Kombination aus Kraft- und Ausdauertraining Häufigkeit: 2-3x pro Woche • Intensität Krafttraining 8-12 Wiederholungen, 2-3 Sätze, 60-85% des Maximalgewichts | Zügiges Gehen, Fahrradergometer, Krafttraining |



Asthmaanfälle durch Nahrungszusätze vermeiden

- Auf Fertiggerichte, würzige Snacks und mit Farbstoff versetzte Limonaden verzichten
- Ungünstige Nahrungszusätze:
 - Tartrazin:** Farbige Sprudelgetränke, Suppen, Saucen und Süßigkeiten
 - Sulfite:** Wein, Fruchtsäfte, Konservenfisch, getrocknete Früchte
 - Glutamat:** Braten- und Sojasaucen, Päckchensuppen, Fertiggerichte



Energiebedarf bei COPD

- Der Energiebedarf der Atemmuskulatur kann deutlich steigen. Z. B. von ca. 4% des Gesamtenergiebedarfs in Ruhe auf bis zu 30 % bei schwerer COPD
- Fehlernährung geht mit einem erhöhten Risiko für Infektionen der Atemwege, einem Muskelabbau oder allergischen Reaktionen einher
- Bei COPD tritt in 20-60 % der Fälle eine Mangel- oder Fehlernährung auf
- COPD Patienten wird eine **leichte Vollkost** empfohlen (siehe DGE) mit leicht erhöhter Eiweißzufuhr

Empfehlungen bei Lungenerkrankungen



- Nicht zu wenig trinken, täglich rund 1,5 - 2,5 Liter Wasser
- Hohe Kohlenhydratzufuhr vermeiden
- Oxidativem Stress durch **Antioxidantien** entgegen wirken z. B.

Vitamin C: Zitrusfrüchte und -säfte, Kiwi, Brokkoli, grüner Pfeffer

Beta-Karotin (Provitamin A): Aprikosen, Melonen, Mango, Karotten, Pfeffer, Spinat, Süßkartoffel (Raucher > 20 Zig/d sollten keine Nahrungsergänzungsmittel mit 20 mg oder mehr β -Carotin konsumieren)

Vitamin E: Weizenkeime, Getreide, Margarine, Pflanzenöl, Mandeln, Erdnüsse

Lykopen: Tomaten und Tomatenprodukte

Selen: Getreide, Innereien, Meeresfrüchte

- Ausreichend **Omega-3-Fettsäuren** konsumieren z. B. aus Kaltwasserfischen, pflanzlichen Ölen (Lein-, Rabs-, Hanf-, Walnuss- und Olivenöl) oder aus Nüssen
- Ein niedriger Phosphorspiegel kann generell Atembeschwerden auslösen. Besonders viel **Phosphor** liefern: Milchprodukte, mageres Fleisch, Fisch, Bohnen, Erbsen, Vollkorngetreide, Nüsse

¹⁵ Ernährung bei Lungenerkrankungen <https://www.lungeninformationsdienst.de/therapie/leben-mit-krankheit/ernaehrung/index.html> (Stand 20.11.2018)

¹⁶ COPD - Deutschland e.V. Informationsbroschüre Ernährung bei COPD

Ernährungsformen wie die bekannte **mediterrane Ernährung** aus dem spanischen Raum gehen mit einer **Verringerung von chronischen, nichtübertragbaren Erkrankungen** wie beispielsweise Übergewicht/Adipositas, Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen einher. Vor allem die mediterrane Ernährung ist nachweislich geeignet, das kardiovaskuläre Risiko um 30% zu reduzieren.¹⁷ Diese besteht vor allem aus regelmäßigem Verzehr von

- Gemüse und Obst
- Vollkornprodukten
- Fisch
- Nüssen
- Beeren
- Samen
- pflanzlichen Ölen



und aus wenig rotem, verarbeiteten Fleisch, Salz, Zucker und Alkohol.¹⁸

Umfassend informiert dazu beispielsweise das bayrische Staatsministerium für Ernährung unter <http://www.kern.bayern.de/shop/kompendien/093663/index.php>

Patienteninformationen zur Ernährung

Für eine leichte Vollkost bieten sich die 10 Regeln der DGE an, welche es als druckbares Informationsblatt gibt

1. Essen Sie verschiedene Lebensmittel.
2. Essen Sie jeden Tag Gemüse und Obst.
3. Essen Sie Vollkorn-Produkte.
4. Essen Sie jeden Tag Milch-Produkte.
5. Essen Sie gesunde Fette.
6. Essen Sie wenig Zucker und Salz.
7. Trinken Sie viel Wasser.
8. Kochen Sie das Essen schonend.
9. Nehmen Sie sich Zeit zum Essen.
10. Bewegen Sie sich viel.



Special Olympics
Deutschland



Gesund essen und trinken 10 Regeln

- 1. Essen Sie verschiedene Lebensmittel.**
Zum Beispiel:

 - Gemüse
 - Vollkorn-Brot
 - Joghurt

Essen Sie nicht jeden Tag das Gleiche.


- 2. Essen Sie jeden Tag Gemüse und Obst.**
Essen Sie 3 Mal Gemüse und 2 Mal Obst am Tag.
Gemüse und Obst sind gesund.


- 3. Essen Sie Vollkorn-Produkte.**
Zum Beispiel:

 - Vollkorn-Brot
 - Vollkorn-Nudeln

Vollkorn-Produkte machen lange satt.
Vollkorn-Produkte sind gesünder.


- 4. Essen Sie jeden Tag Milch-Produkte.**
Zum Beispiel: Käse und Joghurt.
Fisch und Fleisch brauchen wir nicht jeden Tag.
Nur 1 bis 2 Mal in der Woche.
Und dann nicht so viel davon.


- 5. Essen Sie gesunde Fette.**
Es gibt Fette von Pflanzen,
zum Beispiel: Raps-Öl und Margarine.
Und es gibt Fette von Tieren,
zum Beispiel: Butter und Schmalz.
Fette von Pflanzen sind gesünder.





© 2011 DGE, Special Olympics Deutschland

<https://www.copd-deutschland.de/images/patientenratgeber/crossmed/copd-und-ernaehrung.pdf>
(Stand 11.12.2018)

¹⁷ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

¹⁸ [WHO \(2018\): HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 58, S. 25.](#)

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/365285/hen-58-eng.pdf (Stand 11.12.2018)
[adobestock](#)

In leichter Sprache als kostenfreier Abdruck unter <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/fm/LS-10-Regeln-der-Ernaehrung.pdf>

Oder ausführlicher unter <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/> als kostenfreier Abdruck.



Weitere Patienteninformationen z. B. u.a.

- COPD - Deutschland e.V. Informationsbroschüre Ernährung bei COPD <https://www.copd-deutschland.de/images/patientenratgeber/crossmed/copd-und-ernaehrung.pdf> (Stand 11.12.2018)
- Deutsche Herzstiftung-Kochbuch mediterrane Küche <https://www.herzstiftung.de/kochbuch-mediterrane-kueche.html>
- Lungeninformationsdienst Atemwegserkrankungen und Ernährung <https://www.lungeninformationsdienst.de/therapie/leben-mit-krankheit/ernaehrung/index.html>
- Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.: Atemwegserkrankungen, Hilfe zur Selbsthilfe, www.patientenliga-atemwegserkrankungen.de/pdf/Hilfe_zur_Selbsthilfe.pdf
- Krebsinformationsdienst: Ernährung für Patienten mit Krebs: Essen was schmeckt oder doch lieber Diät? www.krebsinformationsdienst.de/themen/behandlung/ernaehrung-therapie-index.php
- European Lung Foundation: Ernährungsgewohnheiten www.europeanlung.org/de/lungenkrankheiten-and-informationen/risikofaktoren/ern%C3%A4hrungsgewohnheiten
- www.atemwegsliga.de;
- www.lungenstiftung.de auch allgemeine Informationsblätter;
- www.patienten-bibliothek.de u.a. Vorschau 2020 Ernährung usw.- bei chronischen Erkrankungen und schlafbezogenen Atmungsstörungen G47.39 bzw. Schlafapnoesyndrom SAS, www.dgsm.de kann z.B. Gewichtsabnahme von 20% den AHI bzw. Apnoe-Hypopnoe-Index bis zu 50% vermindern; www.was-wir-essen.de; www.bmi-rechner.biz; www.dge.de; www.uni-hohenheim.de; www.in-form.de usw.

Sowie AOK-BW Angebote u.a. z. B.:

- AOK-Ernährungswerkstatt: Bewusst essen und genießen <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/aok-ernaehrungswerkstatt-wissen-wie-man-isst-1/>
- Indikationsbezogene Ernährungsberatung <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/ernaehrungsberatung-3/>
- AOK Expertenforum: Ernährung und Rezepte <https://www.aok.de/bw-gesundnah/themen/ernaehrung-und-rezepte/>
- AOK Abnehmen mit Genuss <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/abnehmen-mit-genuss-6/>

Bosch BKK Angebote z.B.:

- Ernährungsberatung www.bosch-bkk.de/Ernaehrungsberatung
- Bosch BKK Gesundheitskurse www.bosch-bkk.de/Gesundheitskurse
- Bosch BKK Gesundheits-Broschüren (u.a. „Abnehmen mit Erfolg“, „Ausgewogene Ernährung“) www.bosch-bkk.de/Gesundheitsbroschueren

Unterstützung durch die AOK Präventionsberater/innen/BKK Patientenbegleiter

Ziel des persönlichen Gesprächs zwischen den AOK-Präventionsberatern/BKK Patientenbegleiter und dem Patienten sollte die diagnosebezogene und an der Empfehlung des Arztes orientierte Vermittlung in entsprechende AOK/BKK-Angebote sowie die Informationsvermittlung sein.

Bei ausreichenden kognitiven Ressourcen und entsprechender Mobilität, sowie Unterstützung durch das soziale Umfeld, erhalten die Versicherten beim Arzt eine ärztliche Empfehlung z.B. als „grünes Rezept“ mit dem zutreffenden ICD Schlüssel gemäß DIMDI <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>

Rezept unter <https://pro-gruenes-rezept.de/>

und die Kontaktdaten des Ansprechpartners direkt ausgehändigt, zu finden unter www.mediverbund-ag.de im Bereich „Pneumologievertrag“

Bei fehlender Selbstständigkeit zur Eigenorganisation kann der Arzt die Empfehlung per Post an die jeweiligen Ansprechpartner in den AOK Gesundheitszentren weiterleiten, zusammen mit einer vom Patienten unterschriebenen Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme inkl. Merkblatt Datenschutz. Der AOK Präventionsberater nimmt anschließend Kontakt zum Versicherten auf.

Für die Arztpraxis bieten sich Autotexte für das grüne Rezept an. Z. B. u. a. „Ich habe heute mit dem Patienten über den Risikofaktor () Rauchen () Übergewicht () Bewegungsmangel gesprochen. Es soll zu diesem Thema eine weiterführende Beratung durch den Präventionsberater der GKV stattfinden.“

Nach dem Arztgespräch, Übergabe des Patienten an die EFA®

Ein strukturiertes Follow-up erhöht sowohl die Rate der Rauchenden, die in eine weiterführende Maßnahme gehen als auch die Gesamtrate der Aufhörer. Ein persönliches Follow-up kann vor Ort, über Telefonkontakte (MFA/Arzt/Präventionsberater) oder perspektivisch als Videosprechstunde stattfinden. Wichtig ist, bereits beim Erstgespräch ein Follow-up mit dem Rauchenden zu vereinbaren.

- Nach der ärztlichen Beratung vereinbart die EFA® mit dem Patienten einen Follow-up-Termin, um die zwischen Arzt und Patient vereinbarten Maßnahmen zu überprüfen
- sie bespricht mit den Patienten, ob das Follow-up als telefonischer Kontakt oder (perspektivisch) als Videosprechstunde erwünscht ist.

Telefonischer Kontakt erwünscht: Ja Nein
Videosprechstunde erwünscht: Ja Nein

Wenn im telefonischen (oder Video-) Kontakt zusätzliche Hilfe nötig ist: motivieren zu vereinbarten Maßnahmen und ggf. mit dem Arzt nach Alternativen suchen und/oder einen Termin beim HA/ FA/ Präventionsberater/ Patientenbegleitung/ Sozialer Dienst vorschlagen.

- Die EFA® übergibt dem Patienten die mit dem Arzt vereinbarten evidenzbasierten Gesundheitsinformationen und bespricht die vereinbarten Maßnahmen
 - zum Rauchstopp
 - zur Bewegung
 - zur Ernährung
- Die EFA® unterstützt den Patienten bei der Kontaktaufnahme mit den vereinbarten Unterstützungsangeboten und meldet den Patienten, wenn möglich und vom Patienten das Einverständnis hierfür vorliegt dort direkt an
- Bei Bedarf lädt die EFA® den Patienten zur intensiveren Rauchstoppperatung BG2 / BG3 ein

Anschließend informiert sie den Hausarzt über die getroffenen Maßnahmen.

BG2

A) Intensivierte Einzel-Beratung zum Rauchstopp

- 1) bei Asthma/COPD
- 2) bei sonstigen Erkrankungen

- U.a. als Follow-up
- Gemäß ICD 10 F17.1 und insbesondere F17.2
- Eine intensivere und individualisierte Beratung zum Rauchstopp, die über das ärztliche Ansprechen/Anraten in der Sprechstunde hinausgeht. Durch diese soll bei Rauchenden das Bewusstsein gefördert werden, weitergehenden Schaden an sich selber zu vermeiden und die Möglichkeiten/Techniken zum Rauchstopp als wichtigste (kausale) therapeutische Maßnahme für viele Lungenerkrankungen insbesondere die COPD und das Lungenemphysem vermittelt werden.
- Die Einzel-Beratung sollte gemäß DMP erfolgen und die Motivation des Patienten zum Tabakverzicht unter Verwendung des Stufenplans „Frei von Tabak“ stärken.
- Erstkontakt mit Folgekontakt wenige Tage nach dem Aufhörtag, weitere Kontakte während 6-12 Monaten, Raucherstopp-Erfolg bei üblichen Konsultationen gemäß BÄK erfragen
- Zudem ist eine Effektivitätssteigerung für die Kombination von Kurzinterventionen und der Bereitstellung von Selbsthilfematerialien (QiSA Band E1) belegt
- Praktische Hilfestellungen www.bzga.de, www.rauchfrei-info.de, www.dkfz.de, www.tabakkontrolle.de, DMP Curaplan, Präventionsberater www.aok.de, Patientenbegleitung www.bosch-bkk.de

B) Psychoedukative Gruppenschulung gem. dem Rauchfrei Programm (IFT München)

- Gemäß ICD 10 F17.1 und insbesondere F17.2
- Alternativ zu intensivierten Einzelberatungen können die wichtigsten Inhalte zum Rauchstopp auch über eine psychoedukative Gruppenschulung vermittelt werden. Inhalte richten sich nach den strukturierten und evidenzgeprüften Curricula zur Tabakentwöhnung (www.bundesaerztekammer.de, www.pneumologie.de, www.ift-gesundheit.de)

BG3

Bei abhängigen Rauchern, bei denen mit niederschweligen Angeboten wie z. B. Selbsthilfelimaterial, Onlinekursen, intensivierter Beratung oder psychoedukativer Gruppenschulung keine Aussicht auf einen erfolgreichen Rauchstopp besteht ist eine leitlinienorientierte professionelle und intensive Tabakentwöhnung mit krankheitsspezifischem Fokus in Form einer Einzeltherapie möglich. Dies gilt auch bei Rauchern mit bereits gescheiterten Aufhörversuchen. Die Evidenz zeigt, dass Einzeltherapie und Gruppentherapie (nicht zu verwechseln mit der Gruppenschulung BG2b) bzgl. Effektivität gleichwertig sind.

- a. Raucherberatung in der Arztpraxis als Einzeltherapie oder
- b. Raucherberatung in der Arztpraxis als Gruppentherapie

Die Inhalte der Einzeltherapie richten sich nach den Curricula zur Tabakentwöhnung

- Qualifikation zur Tabakentwöhnung der BÄK (<https://www.bundesaerztekammer.de>)
 - Mein Nichtraucherprogramm (BDP www.pneumologenverband.de)
 - Rauchfrei Programm IFT München (www.rauchfrei-programm.de)
- Umfang/Häufigkeit gemäß Curriculum

Anhang: Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI

Von Patient/in auszufüllen

5. Haben Sie in den letzten 30 Tagen geraucht oder gedampft (Zigaretten, Zigarren, Shisha, E-Zig, Verdampfer)? Ja Nein

6. Wieviel Zeit verbringen Sie in einer normalen Woche mit **anstrengender** körperlicher Aktivität, bei der Sie **schnell und intensiv** atmen müssen, wie beispielsweise rennen, Aerobic oder Ballsportarten?

Minuten

7. Wieviel Zeit verbringen Sie in einer normalen Woche mit **moderater** körperlicher Aktivität, die Ihre Herzfrequenz erhöht und Sie etwas schneller atmen lässt, wie beispielsweise Walking, Fahrradfahren oder Gartenarbeit?

Minuten

8. Wieviel wiegen Sie kg und wie groß sind Sie m ?

Von Arzt / EFA auszufüllen

Ergebnis aus Frage 2&3: anstrengende körperliche Aktivität x 2 + moderate körperliche Aktivität (Zeitwert verdoppeln da anstrengender als moderate Intensität) =

Minuten (Ziel 150min pro Woche)

BMI (kg/m²) :

Heaviness of smoking index (HSI) (Von Patient/in auszufüllen)

Wann rauchen Sie Ihre erste Zigarette nach dem Aufwachen?

- | | | |
|---------------------|-----------------------|----------|
| Innerhalb von 5 min | <input type="radio"/> | 3 Punkte |
| Nach 6 – 30 min | <input type="radio"/> | 2 Punkte |
| Nach 31 – 60 min | <input type="radio"/> | 1 Punkt |
| Später als 60 min | <input type="radio"/> | 0 Punkte |

Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

- | | | |
|--------------|-----------------------|----------|
| ≤10 | <input type="radio"/> | 0 Punkte |
| 11 – 20 | <input type="radio"/> | 1 Punkt |
| 21-30 | <input type="radio"/> | 2 Punkte |
| 31 oder mehr | <input type="radio"/> | 3 Punkte |

Auswertung:

Abhängigkeit Niedrig 0 – 1 Punkte
 Mittel 2 – 4 Punkte
 Hoch 5 – 6 Punkte

Von Arzt / EFA auszufüllen

Vereinbarte Maßnahmen:

- Einzelunterlagen (mitgegeben)
- Selbsthilfeleratur (mitgegeben)
- Online-Entwöhnung
- Medikamentöse Unterstützung (Nikotinersatz Vareniclin Bupropion)
- intensivierte Beratung BG2a (Termin:_____)
- Gruppenschulung 90 min BG2b (Termin:_____)
- Einzeltherapie BG3a (Termin:_____)
- Gruppenkurs BG3b (Kursbeginn am: _____)

Anlage 17 Anhang 2 Qualitätskonzept

Grundlagen

Um die Versorgungsqualität durch effizientere und effektivere Steuerung der medizinischen Versorgung von Patienten besser bewerten zu können wurden in langjährigen Vorarbeiten für haus- und fachärztlich tätige Ärzte Qualitätsindikatoren abgeleitet und strukturiert beschrieben:

Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QISA <https://www.aqua-institut.de/projekte/qisa/>) ist insbesondere für ärztliche Kooperationen wie Qualitätszirkel, Arztnetze und (Haus-, Fach-)Arztverträge konzipiert. QISA bildet damit die inhaltliche Ausgangsbasis für die ärztliche Diskussion im Kontext der Förderung und Entwicklung der Versorgungsqualität. Damit soll auch die vom Sachverständigenrat im Sondergutachten 2012 (S. 227) geforderte gemeinsame Qualitätsverantwortung aller an der Versorgung der Patienten Beteiligten gefördert, transparent gemacht und weiterentwickelt werden.

Bisherige Versorgungsprojekte zeigen, dass es Zeit benötigt, bis Daten valide erhoben und aufbereitet sind und Feedbackberichte vorliegen, die für qualitätsfördernde Diskussionen um die bestmögliche Versorgungsqualität gemäß aktuellem Erkenntnisstand verwendet werden können.

Insbesondere bedeutsam hier ist die vermeidbare krankheitsspezifische Krankenhausaufnahme und auch die Inanspruchnahme des Not(fall)dienstes, weil sie laut QISA darüber Aufschluss geben, ob und inwieweit die Anwendung vereinbarter therapeutischer und präventiver Maßnahmen zu der gewünschten Adhärenz bei den Patienten führt.

Rauchende COPD- und Asthma-Patienten haben häufiger Exazerbationen, mehr Komorbiditäten und eine schlechtere Lungenfunktion u.a.

Qualitätsindikatoren

Die Vertragspartner verständigen sich unter Bezugnahme auf den aktuellem Stand evidenzbasierter Literatur und Leitlinien darauf, für die nachfolgenden Bereiche Qualitätsindikatoren zu vereinbaren:

1. Diagnostik

Eine korrekte spezifische Diagnosestellung mit der frühzeitigen Unterscheidung von Asthma bronchiale und COPD ist wesentliche Voraussetzung für eine adäquate Therapie. Als Messmethoden stehen zur Verfügung:

- die Spirometrie (HAUSARZT primär)
- die Messung des Atemwegswiderstandes (Resistance = R) und der Totalkapazität (TLC). Messparameter der Ganzkörper-(body)pletysmographie

Indikatoren: Nr. 1 und Nr. 8 gemäß Tabelle

2. Therapie

Die Therapie umfasst sowohl medikamentöse als auch nicht-medikamentöse Maßnahmen gemäß Anlage 12 im Sinne biopsychosozial-präventiver Versorgung.

Indikatoren: Nr. 2, Nr. 4 und Nr. 5 gemäß Tabelle

3. Schulungen

Strukturierte zielgruppenspezifische Schulungen sind auf allen Ebenen hilfreich sowohl für Ärzte, Medizinische Fachangestellte als auch für Patienten. Auf Praxisebene sollte wesentlicher Schulungsinhalt die korrekte Diagnostik sein. Bei Patienten steht die korrekte Anwendung der Medikation und die Fähigkeit zum adäquaten Selbstmanagement im Vordergrund.

Indikatoren: Nr. 2, 4 und Nr. 8 gemäß Tabelle

4. Outcome

Asthma bronchiale und COPD sind häufig ursächlich für eine erhöhte Morbidität und damit verbundene hohe Gesundheitsbelastung sowie Kosten durch Hospitalisierungen und Inanspruchnahme des ambulanten Notfallsystems.

Die Anzahl an Krankenhausaufenthalten und Notfallambulanzkontakten soll durch präventive Ansätze und eine optimale Therapie reduziert werden.

Indikatoren: Nr. 3, 6 und Nr. 7 gemäß Tabelle

In der nachstehenden Tabelle werden die für die Berechnung und Auswertung der Qualitätsziele zu verwendenden Daten, Kriterien, und Parameter benannt. Dazu erfolgt jährlich zum Zeitpunkt der Durchführung/Beauftragung der jeweiligen Maßnahmen eine abschließende Abstimmung unter den Vertragspartnern. Soweit sich während der Betrachtungszeiträume Veränderungen ergeben, die Auswirkungen auf die Bewertung der Qualitätsziele haben, werden diese berücksichtigt, auch können Erfahrungen/Erkenntnisse aus der Umsetzung dieses Vertrags berücksichtigt werden.

Tabelle Qualitätsindikatoren

Zur Bewertung der Qualitätsindikatoren dient die unter „Berechnung“ beschriebene Vorgehensweise

Asthma

| Nr. | Indikator | Berechnung |
|-----|---|--|
| 1 | Anteil der Asthmatiker, bei denen mindestens einmal jährlich der Grad der Asthmakontrolle bestimmt wird (Basis: QISA Band C1 Indikator Nr. 3) | <p>Daten: Zähler: Anzahl Asthmatiker (J45) mit mind. einmal jährlich dokumentiertem Kontrollstatus (Informationsziffer „ACT“) Nenner: Anzahl aller Asthmatiker (J45)</p> <p>Betrachtungszeitraum: 4 Quartale</p> <p>Versichertenkollektiv: Eingeschriebene Versicherte mit Arzt-Patienten-Kontakt (APK) bei teilnehmendem FACHARZT</p> <p>Ziel: Feststellung der Quote im Basisjahr. In den Folgejahren mind. Beibehalt bzw. Verbesserung der Quote im Vergleich zum Basisjahr.</p> |
| 2 | Anteil der rauchenden Asthmatiker mit regelmäßiger Beratung zur Tabakentwöhnung (Basis: QISA Band C1 Indikator Nr. 4) | <p>Daten: Zähler: Patienten mit J45, mit dokumentiertem positivem Raucherstatus (F17.1/2) und dokumentierter Beratung zur Tabakentwöhnung (Abrechnungsziffern BG2A1, BG2B, BG3A, BG3B) Nenner: Patienten mit J45, mit dokumentiertem positivem (F17.1/2) Raucherstatus</p> <p>Betrachtungszeitraum: 4 Quartale</p> <p>Versichertenkollektiv: Eingeschriebene Versicherte mit APK bei teilnehmendem FACHARZT</p> <p>Ziel: Feststellung der Quote im Basisjahr. In den Folgejahren mind. Beibehalt bzw. Verbesserung der Quote im Vergleich zum Basisjahr.</p> |
| 3 | Ggf. Anteil der Asthmatiker mit Inanspruchnahme des ambulanten notärztlichen Systems (Basis: QISA Band C1 Indikator Nr. 6) | <p>Daten: Zähler: Patienten mit Abrechnungsdiagnose Asthma und EBM-Notfallpauschale (GOP 01210 oder 01212) Nenner: Patienten mit Asthma (ICD J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46)</p> <p>Betrachtungszeitraum: 4 Quartale</p> <p>Versichertenkollektiv: Eingeschriebene Versicherte mit APK bei teilnehmendem FACHARZT im Vorfeld</p> <p>Vergleichskollektiv: Nicht eingeschriebene Versicherte mit keinem APK bei teilnehmendem FACHARZT im Vorfeld bzw. mit APK bei nicht-teilnehmendem FACHARZT im Vorfeld</p> <p>Ziel: Anteil der Asthmatiker mit Inanspruchnahme des ambulanten notärztlichen Systems im Versichertenkollektiv geringer als im Vergleichskollektiv (risikoadjustiert).</p> |

COPD

| Nr. | Indikator (Quelle: QISA Band C1) | Berechnung |
|-----|--|---|
| 4 | Anteil der rauchenden COPD-Patienten mit regelmäßiger Beratung zur Tabakentwöhnung (Basis: QISA Band C1 Indikator Nr. 8) | <p>Daten: Zähler: Patienten mit J44 und/oder J43, mit dokumentiertem positivem Raucherstatus (F17.1/2) und dokumentierter Beratung zur Raucherentwöhnung (BG2A1, BG2B, BG3A, BG3B) Nenner: Patienten mit J44 und/oder J43, mit dokumentiertem positivem Raucherstatus (F17.1/2)</p> <p>Betrachtungszeitraum: 4 Quartale</p> <p>Versichertenkollektiv: Eingeschriebene Versicherte mit APK bei teilnehmendem FACHARZT</p> <p>Ziel: Feststellung der Quote im Basisjahr. In den Folgejahren mind. Beibehalt bzw. Verbesserung der Quote im Vergleich zum Basisjahr.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| 5 | Anteil der COPD-Patienten für die dem HA eine Influenza-Impfung empfohlen wurde (Basis: QISA Band C1 Indikator Nr. 9) | <p>Daten: Zähler: Anzahl der Patienten mit COPD mit erfolgter Influenza-Impfpfehlung (Informationsziffer „IIE“) Nenner: Anzahl aller Patienten mit COPD (J44 und/oder J43)</p> <p>Versichertenkollektiv: Eingeschriebene Versicherte mit APK bei teilnehmendem FACHARZT</p> <p>Betrachtungszeitraum: 4 Quartale</p> <p>Ziel: Feststellung der Quote im Basisjahr. In den Folgejahren mind. Beibehalt bzw. Verbesserung der Quote im Vergleich zum Basisjahr.</p> |
| 6 | Hospitalisierungsrate der COPD-Patienten (Basis: QISA Band C1 Indikator Nr. 11) | <p>Daten: Zähler: Anzahl der Patienten, für die eine Exazerbation der COPD (J44.1) als Hauptdiagnose für einen KH-Aufenthalt verschlüsselt wurde Nenner: Anzahl aller Patienten mit COPD (J44 und/oder J43)</p> <p>Betrachtungszeitraum: 4 Quartale</p> <p>Versichertenkollektiv: Eingeschriebene Versicherte mit APK bei teilnehmendem FACHARZT</p> <p>Vergleichskollektiv: Nicht eingeschriebene Versicherte mit keinem APK bei teilnehmendem FACHARZT im Vorfeld bzw. mit APK bei nicht-teilnehmendem FACHARZT im Vorfeld</p> <p>Ziel: Hospitalisierungsrate im Versichertenkollektiv geringer als im Vergleichskollektiv. (risikoadjustiert)</p> |
| 7 | Ggf. Anteil der COPD-Patienten mit Inanspruchnahme des ambulanten notärztlichen Systems (Basis: QISA Band C1 Indikator Nr. 12) [nachrangig zu Hospitalisierungsrate] | <p>Daten: Zähler: Anzahl der der Patienten mit Abrechnungsdiagnose COPD und einer EBM-Notfallpauschale (GOP 01210 oder 01212) Nenner: Anzahl aller Patienten mit COPD (J44 und/oder J43)</p> <p>Betrachtungszeitraum: 4 Quartale</p> <p>Versichertenkollektiv: Eingeschriebene Versicherte mit APK bei teilnehmendem FACHARZT im Vorfeld</p> <p>Vergleichskollektiv: Nicht eingeschriebene Versicherte mit keinem APK bei teilnehmendem FACHARZT im Vorfeld bzw. mit APK bei nicht-teilnehmendem FACHARZT im Vorfeld</p> <p>Ziel: Anteil der COPD-Patienten mit Inanspruchnahme des ambulanten notärztlichen Systems im Versichertenkollektiv geringer als im Vergleichskollektiv. (risikoadjustiert)</p> |

Übergreifende Indikatoren

| Nr. | Indikator (Quelle: QISA Band C1) | Berechnung |
|-----|---|---|
| 8 | Anteil der Arztpraxen mit (zur EFA®) geschulten Medizinischen Fachangestellten (Basis: QISA Band C1 Indikator Nr. 15) | <p>Daten: Zähler: Anzahl der Praxen, in denen mindestens eine Medizinische Fachangestellte zur EFA® weitergebildet wurde Nenner: am Vertrag teilnehmende Praxen</p> <p>Betrachtungszeitraum: 3 Jahre zur Trendanalyse</p> <p>Praxiskollektiv: am Vertrag teilnehmende Praxen (BSNR-Ebene)</p> <p>Ziel: Erreichung einer hohen Quote (mindestens 50 %)</p> |

Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg / Patientenbegleitung der Bosch BKK

Biopsychosoziale Versorgung

Inhalt

| | |
|--|----|
| 1 Hintergrund..... | 2 |
| 2 Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK | 2 |
| 3 Ziele im Sozialen Dienst der AOK / in der Patientenbegleitung der Bosch BKK..... | 3 |
| 4 Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen..... | 3 |
| 5 Methoden des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK | 6 |
| 5.1 Versorgungsplanung | 6 |
| 5.2 Einzelfallberatung | 6 |
| 5.3 Case Management | 7 |
| 5.4 Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung | 7 |
| 6 Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten | 8 |
| 6.1 Strukturierte Zuweisung..... | 9 |
| 6.2 Dokumenteneinsatz..... | 10 |
| 7 Rechtsgrundlagen | 11 |
| 7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V | 11 |
| 7.2 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V | 11 |
| 8 Information für die Facharztpraxis..... | 12 |

1 Hintergrund

Aufbauend auf der Systemtheorie¹ beschrieb bereits in den 70er Jahren George Engel das biopsychosoziale Modell^{2,3}.

Dieses beinhaltet folgende Kernaussagen:

Bei der Entstehung und im Verlauf einer Erkrankung sind Einflüsse einer sozialen Gemeinschaft, der Familie und individuelle Verhaltensmuster ebenso bedeutsam wie entsprechende organpathologische Gegebenheiten. Aus Zwillingsstudien ließen sich viele Wechselwirkungen ableiten zwischen Umwelt, genetischer Veranlagung und psychosozialen bzw. biologischen Faktoren.

Biologisch-genetische und psychosoziale Faktoren können mithin eine Erkrankung ursächlich bedingen, den Verlauf bestimmen oder als Folge erscheinen.

Bei schwerwiegenden Diagnosen und Krankheitsverläufen entstehen häufig Ängste, Unsicherheiten, Auswirkungen im Alltag, Nebenwirkungen, unsichere Zukunftsperspektiven sowie finanzielle Sorgen. Diese Gefühle können Auswirkungen auf die berufliche, soziale und gesellschaftliche Teilhabe haben und bedürfen häufig Unterstützung, um die psychosozialen Themen bearbeiten zu können.

Ein interdisziplinäres Zusammenwirken von verschiedenen Professionen kann eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität und eine Stabilisierung der Gesamtsituation bewirken.

2 Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Im Sozialen Dienst der AOK (SD) arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium), mit Zusatzqualifikationen bspw. in der systemischen Beratung, zertifizierten Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und Weiterbildung in Psychoonkologie.

Die Patientenbegleitung der Bosch BKK (PBG) besteht aus Pflegefachkräften, Sozialarbeitern (Hochschulstudium) und Sozialversicherungsfachkräften mit Zusatzqualifikation in Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, Burnoutberatung und Präventionsberatung.

Hauptauftrag des SD / der PBG ist es, Versicherte im Gesamtkontext zu betrachten und hieraus eine stabile Gesamtversorgungssituation für die Versicherten herzustellen. Für die Versicherten soll so eine angemessene Versorgung, eine individuelle Betreuung sowie eine wirtschaftliche Optimierung der Versorgung gefördert werden.

¹ von Bertalanffy, L. (1968). General systems theory: Foundations, development, applications. New York: George Braziller Inc.

² Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 4286, 129-136.

³ Engel, GL (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry, 137: 535-544.

Um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Beratungen durch den SD / durch die PBG sicherzustellen, bedarf es strukturierter, einheitlicher und definierter Prozesse, die in der AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK umgesetzt werden.

Die Arbeitsweisen dieser individuellen Versorgungsgestaltung zielen im Einzelfall z. B. auf eine Steigerung der Lebensqualität und eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung.

Dem Versicherten wird eine qualitativ hochwertige, optimale Gestaltung in einer oft unübersichtlichen und intransparenten Versorgungslandschaft des Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt. Komplexe und sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe stehen dabei im Vordergrund (vgl. Kapitel 5.4).

3 Ziele im Sozialen Dienst der AOK / in der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Durch die strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem SD bzw. mit der PBG und der Hausarzt- / Facharztpraxis soll das übergeordnete Gesamtziel einer stabilen Gesamtversorgungssituation der/des einzelnen Versicherten erreicht und so Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden.

Die Haus- und Facharztpraxen erhalten von dem SD / von der PBG Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von z. B. multimorbiden Versicherten. Gemeinsam zielen sie auf das Herstellen von Adhärenz und Empowerment, so dass die/der Versicherte im Gesamtprozess der Betreuung und Begleitung mitwirkt. Durch die Kooperation und Kommunikation mit den Haus- und Facharztpraxen erreicht der SD / die PBG frühzeitig potentielle Risikopatientinnen/-patienten und kann so möglichst zeitnah Interventionen in die Wege leiten.

Grundauftrag und Grundsatzziele im Überblick:

- Sektorenübergreifende Bedarfsermittlung
- Herstellen / Beibehalten einer stabilen Gesamtversorgungssituation
- Individuelle Betreuung und Unterstützung
- Frühzeitige und nachhaltige Interventionen
- Strukturierte und interdisziplinäre Handlungsabläufe

4 Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen

Der Fokus der Beratung durch den SD / durch die PBG liegt in einer, die medizinische / ärztliche Behandlung der Hausarzt- und Facharztpraxis **ergänzenden, nicht-medizinischen Beratung**. Der SD / die PBG hat einen Überblick über das regionale Leistungsangebot im Gesundheitswesen und bietet beratende und organisatorische Unterstützung bei

Patientinnen/Patienten an, bei welchen **neben der medizinischen Diagnose und Therapie ein weiterer Unterstützungsbedarf** in einem oder mehreren Bereichen vorliegt.

Zielgruppe von Sozialer Arbeit im Rahmen des FacharztProgrammes „Pneumologie“ stellen Versicherte mit folgenden Erkrankungen mit mindestens einem Kontextfaktor dar:

- Onkologische Erkrankungen/Tumore
- COPD
- Lungenerkrankung mit instabilen Pflegesetting (Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht)

Seelische Belastungen im privaten und / oder beruflichen Umfeld münden ggf. bei Versicherten in Hilflosigkeit, Katastrophisierungsgedanken, Stimmungsstörungen und Passivität. In diesen Fällen kann von einer komplexen Versorgungssituation ausgegangen werden, so dass bspw. bei nachfolgenden **Kontextfaktoren** Unterstützung angeboten werden kann:

- Problem mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
- Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Berufskrankheiten, Schwerbehinderung, Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
- Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
- Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
- Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
- Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme, Mobilität)
- Familiäre Probleme (z. B. Beziehungsprobleme mit Eltern / Familie)
- Häusliche Situation / Wohnen ist nicht sichergestellt bzw. Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme
- Problem mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
- Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen

Die **ganzheitliche Betreuung und Begleitung** bei z. B. multimorbiden Versicherten durch den SD / die PBG kann – in Absprache mit den jeweils Beteiligten – demnach Folgendes umfassen:

- Entwicklung eines individuellen Versorgungsplans (Ziel- / Maßnahmenplanung)
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung bzw. beim Umgang mit der Erkrankung
- Einbezug der familiären und sozialen Situation
- Berücksichtigung des Arbeitsplatzes und beruflicher Perspektiven
- Berücksichtigung wirtschaftlicher / sozialer Probleme
- Unterstützung bei der Organisation der Rehabilitation / Nachsorge.

Basis der begründeten Zusammenarbeit bilden die generellen, gesetzlichen Rechtsgrundlagen⁴.

⁴ §11 (4) SGB V, §7a SGB XI, §27 i.V.m. §10 und §26 (3) SGB IX, §17 SGB I, §100ff SGB X i.V.m. §203 StGB

Die Facharztpraxis kann zudem den SD / die PBG als kompetente Ansprechpartner zu spezifischen, regionalen Versorgungsthemen heranziehen. Der SD / die PBG unterstützt die Facharztpraxis mit oder ohne direkten Versichertenbezug beispielsweise bei der Suche nach Selbsthilfegruppen oder anderen Angeboten im regionalen Netzwerk. Hierbei steht der gemeinsame Erkenntnisgewinn im Vordergrund. Durch den gemeinsamen Austausch im Rahmen dieses Unterstützungsmanagements kann sich auch ein direkter Beratungsauftrag des Versicherten durch den SD / die PBG ergeben.

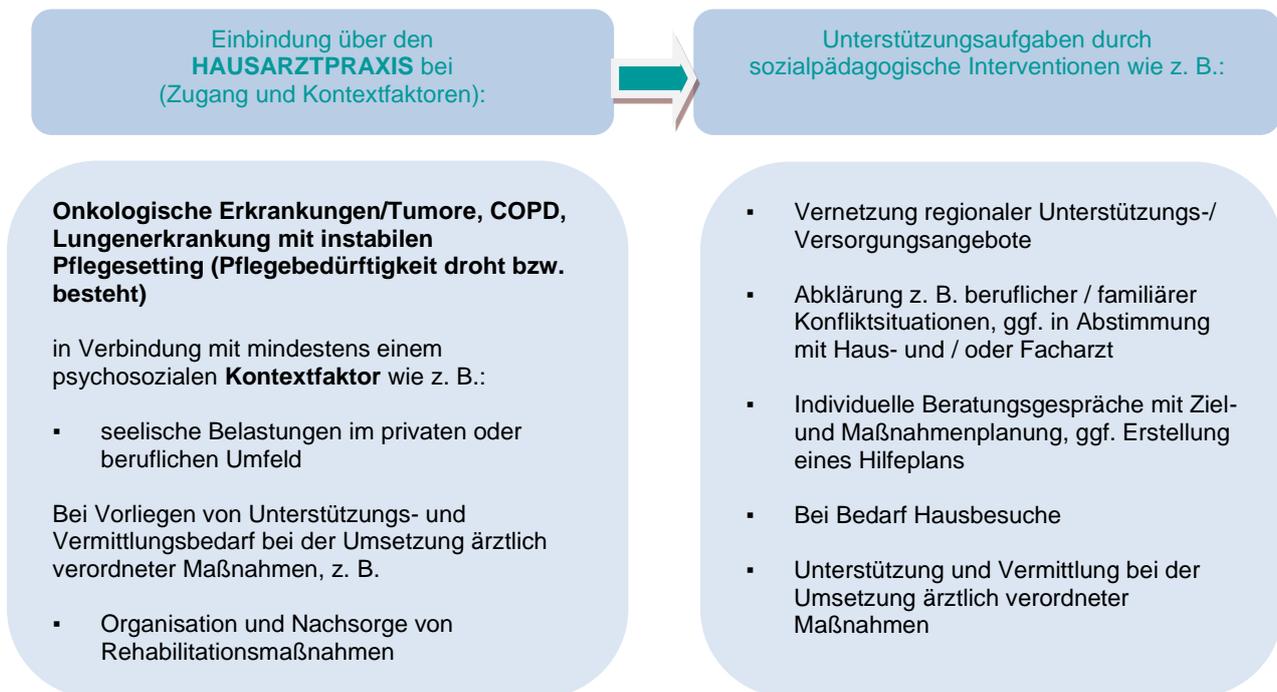


Abb. 1: Übersicht Kontextfaktoren und Zugang zum SD / zur PBG

Kontextfaktoren und Zugang im Überblick:

- Bei erkennbarer Veränderungsbereitschaft der/des Versicherten nach motivationaler Beratung durch die Facharztpraxis und gemeinsamer Entscheidungsfindung
- Versicherte, mit Onkologische Erkrankungen/Tumore, COPD, Lungenerkrankung mit instabilen Pflegesetting (Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht) und mindestens einem psychosozialen Kontextfaktor:
Soziale, berufliche, familiäre Problemsituationen
- Hausarztpraxis als Lotse und Koordinator: Zugang zum SD / PBG über die Hausarztpraxis
 - ➔ Versicherte in palliativ Situationen können direkt von der Facharztpraxis an den SD / die PBG gemeldet/vermittelt werden. Es besteht dazu die gegenseitige zeitnahe Informationspflicht zwischen Hausarzt- und Facharztpraxis (in schriftlicher Form).

5 Methoden des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Der SD / die PBG ergänzt im konkreten Fall die medizinische Behandlung durch gezielte sozialpädagogische Interventionen, um eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Je nach Fallkomplexität, Zielsetzung und Maßnahmenplanung werden im gesamten Betreuungszeitraum verschiedene sozialpädagogische Methoden eingesetzt.

5.1 Versorgungsplanung

Der SD / die PBG erstellen im Bedarfsfall einen individuellen Versorgungsplan mit der/dem Versicherten. Der Versorgungsplan basiert auf einer Situationsanalyse, die sich an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anlehnt. Er ermöglicht die Dokumentation einer umfassenden sozialpädagogischen Anamnese, die Planung und Verlaufskontrolle von Zielen und Maßnahmen sowie eine abschließende Fallevaluation. Bezugnehmend auf ICF und das biopsychosoziale Modell nimmt die Versorgungsplanung folgende Bereiche näher in den Blick:

- soziale & familiäre Teilhabe
- gesellschaftliche & berufliche Teilhabe
- haushalterische Versorgung / Wohnumfeld
- Verfassung / Konstitution
- medizinische Versorgung.

5.2 Einzelfallberatung

Der SD / die PBG erkennen im Rahmen der Einzelfallberatung psychische und soziale Belastungen und Einschränkungen, bringen diese in Zusammenhang mit den aktuellen Versorgungsdefiziten und berücksichtigen sie in der Versorgungsplanung. Diese fundamentale Art der Betrachtung von Lebens- und Gesundheitssituationen ist im Verständnis der Zusammenarbeit zwischen Sozialer Arbeit und Versicherten die Grundlage für eine tragfähige Problemlösung⁵. Sie berücksichtigt ferner Ressourcen der regionalen Versorgung und des Versicherten selbst⁶.

Kernmerkmale der Einzelfallberatung im Überblick:

- Individuell und ganzheitlich
- Ressourcen- und lösungsorientiert
- Bezieht Versicherte und ihr soziales Umfeld mit ein.

⁵ Sickendiek, U. et al. (2008). Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Auflage, Weinheim/München: Juventa-Verlag.

⁶ Belardi, N. (2007). Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 5., überarbeitete Auflage. München: Juventa-Verlag.

5.3 Case Management

Der SD / die PBG erhebt eine strukturierte Analyse, um so die Basis zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Einzelfall zu schaffen (impliziert eine Versorgungsplanung). Dabei geht der SD / die PBG situationsbezogenen Kooperationen mit anderen, regionalen Institutionen und Beratungsstellen ein. Die regionalen Versorgungsstrukturen werden hinzugezogen. Die Methode des Case Managements ist ein phasenhafter, ineinander übergehender und sich ggf. wiederholender Prozess⁷:

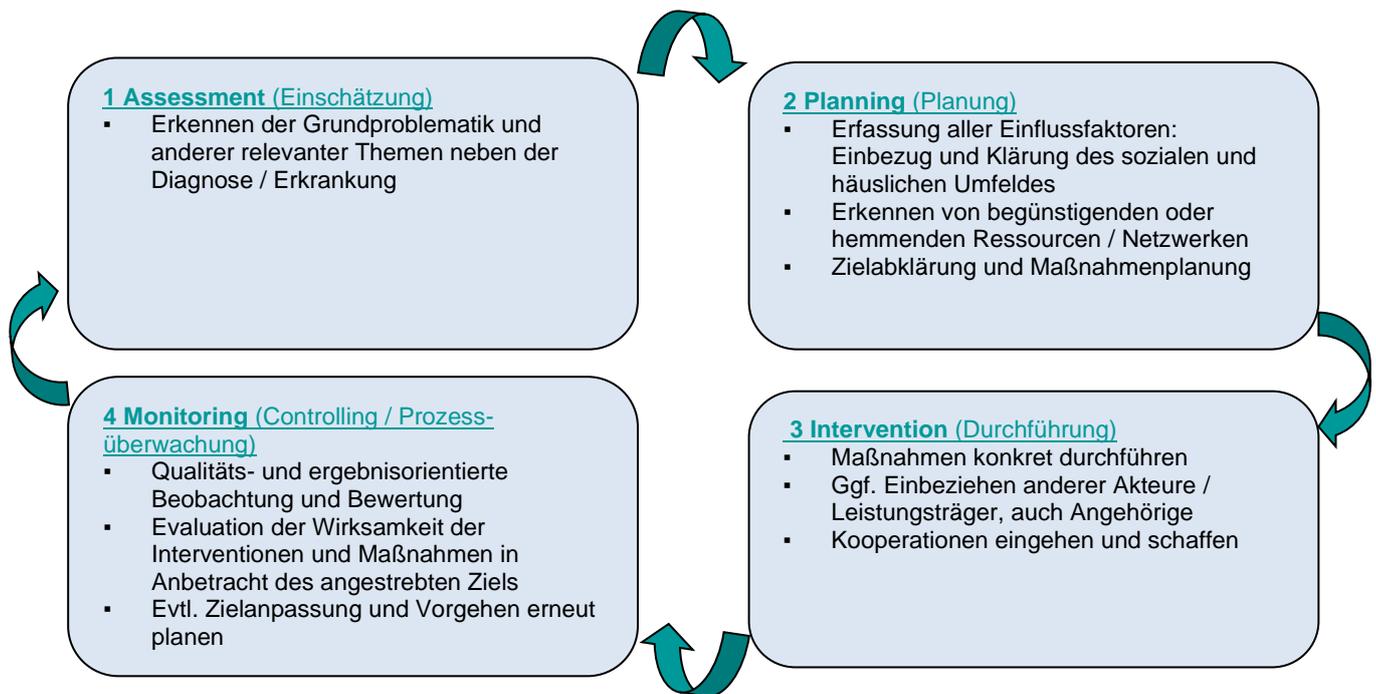


Abb. 2: Kernmerkmale des Case Managements im SD / in der PBG im Überblick

5.4 Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung

Interdisziplinäre Kooperation bzw. „Interprofessionalität“ bedeutet, dass Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen und Professionen koordiniert und eng aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten.⁸ Im Gesundheitswesen findet die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter anderem zwischen Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, medizinischem Fachpersonal, Pflegekräften und Sozialer Arbeit (hier durch den SD / die PBG) statt. Durch einen gezielten Austausch wird die Qualität der einzelnen Kontakte zu den Patientinnen/Patienten gesteigert und Unter-/Über- und Fehlversorgung vermieden.

Die Komplexität der individuellen Unterstützungsbedarfe erfordert neben fundierten Fachkenntnissen auch eine umfangreiche Vernetzung mit einschlägigen Dienstleistern der örtlichen bzw. überörtlichen Hilfesystemen. Der SD / die PBG bewegen sich mit ihrem Auftrag innerhalb aller Netzwerkebenen. Netzwerkarbeit geht über die Form der Kooperation, die in der Regel auf bilaterale Beziehungen beschränkt ist, hinaus und dient der Erzeugung positiver

⁷ Wendt, Wolf-Rainer (2008). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

⁸ BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.) 2018: Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin/Heidelberg, S. 282.

individueller Lösungen sowie einer stabilen Gesamtversorgungssituation im Einzelfall. Der Case Management-Ansatz verdeutlicht, dass der SD / die PBG durch strukturierte Bedarfsarbeit und regionale Netzwerkarbeit bei multikomplexen Problemlagen neben den medizinischen Determinanten die sozialen Determinanten gemeinsam mit der/dem Versicherten in den Blick nimmt. Im Rahmen des Case Managements kooperiert der SD / die PBG im Einzelfall z. B. mit folgenden **Netzwerkpartnerinnen/-partnern**:

- Haus- und Facharztpraxen
- Psychotherapiepraxen
- Psychologische Beratungsstellen
- Selbsthilfegruppen
- Sozialleistungsträger wie Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, Grundsicherung für Erwerbsunfähige
- Soziale Einrichtungen (Pflegeheime, Jugendhilfeeinrichtungen)
- Jugendamt
- Ggf. Arbeitgeber (mit Einverständnis des Versicherten)
- Integrationsfachdienst
- Rentenversicherung und weitere.

6 Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten

In der Regel erfolgt die Kommunikation zwischen SD / PBG und Hausarztpraxis (vgl. Kapitel 6.1). Dadurch wird die Rolle der Hausarztpraxis als Lotsin und Koordinatorin der interdisziplinären Versorgung deutlich:

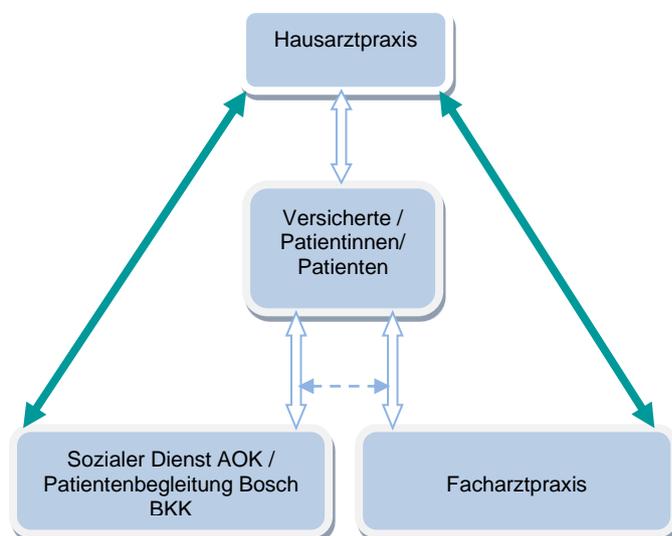


Abb. 3: Kommunikationsstruktur in der interdisziplinären Versorgung

Anmerkung: Bei Versicherten in palliativ Situationen kann der SD / die PBG im Rahmen des biopsychosozialen Versorgungskonzepts auch direkt über den Pneumologen eingeschaltet werden. Es besteht dazu die gegenseitige zeitnahe Informationspflicht zwischen Hausarzt- und Facharztpraxis (in schriftlicher Form).

6.1 Strukturierte Zuweisung

Der SD / die PBG werden zeitnah mittels Beratungsbogen über Versicherte mit einem zusätzlichen Beratungsbedarf durch die behandelnde Hausarztpraxis informiert.

Für eine gelingende Kooperation sind strukturierte Zuweisungs- und Einschaltwege vorgesehen⁹:

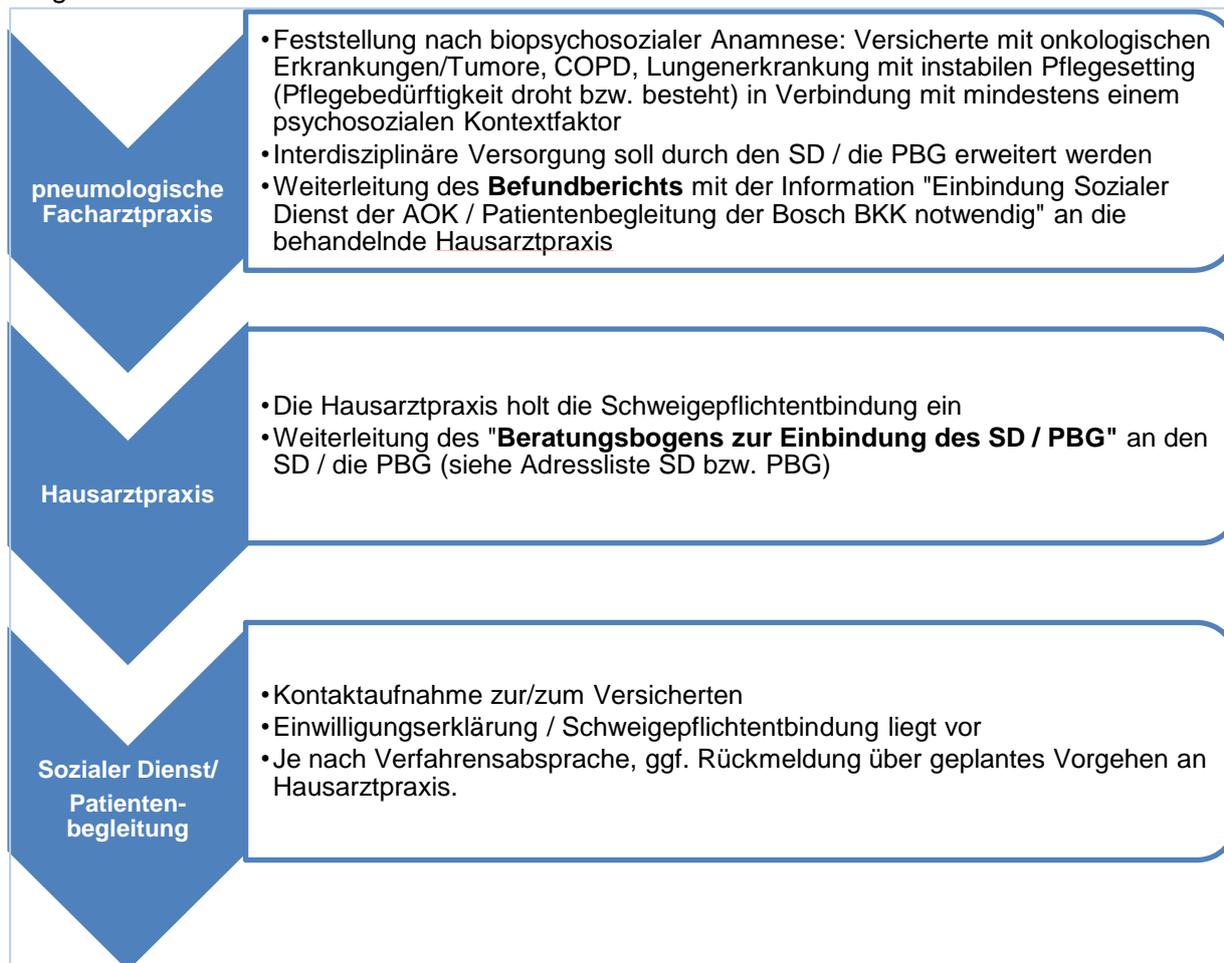


Abb. 4: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren in der interdisziplinären Versorgung

Die Kontaktaufnahme zum SD / zur PBG soll über die Hausarztpraxis erfolgen. Die Hausarztpraxis soll in jedem Fall über die Einbindung und den weiteren Verlauf informiert sein.

Auch der SD / die PBG können im Rahmen der interdisziplinären Versorgung bei Versichertenfällen mit onkologischen Erkrankungen/Tumoren, COPD, Lungenerkrankung mit instabilen Pflegesetting (Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht) in Absprache mit den Patientinnen/Patienten und aktuell behandelnden Praxen weitere Facharztpraxen (z. B. PNP-Praxis) über die gewählte Hausarztpraxis einbinden.

⁹ Im strukturierte Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren nehmen die unter Kapitel 6 beschriebenen Verfahrensabsprachen eine zentrale Rolle ein.

Hintergrundinformation für die Facharztpraxis:

Die Hausarztpraxis hat die Möglichkeit, konkret empfohlene Ziele und Maßnahmen auszusprechen. Diese werden vom SD / der PBG verfolgt und können im weiteren Beratungsverlauf im konkreten Versichertenkontakt ergänzt bzw. verändert werden.

Die Hausarztpraxis holt im Vorfeld der Einbindung das Einverständnis zur Kooperation der/des Versicherten ein. Der SD / die PBG stehen unter besonderer Schweigepflicht, sodass ein Austausch zwischen ihnen und der Hausarztpraxis nur nach Einwilligung und Schweigepflichtentbindung der/des Versicherten erfolgen kann.

Liegt diese Schweigepflichtentbindung seitens der/des Versicherten vor, gibt der SD / die PBG eine Rückmeldung zur Versorgungssituation an die Hausarztpraxis, sofern dies auf dem „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK“ entsprechend angekreuzt ist.

6.2 Dokumenteneinsatz

Die Facharztpraxis informiert i. d. R. die Hausarztpraxis mittels Befundbericht über seine Empfehlung zur Einbindung des SD / der PBG (vgl. Kapitel 6.1).

Der **„Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK“** (AOK: HZV-Anlage 19, Anhang 2; Bosch BKK: HzV-Anlage 14, Anhang 5) gilt als Auftragsformular und wird von der Hausarztpraxis entsprechend an den SD bzw. die PBG übermittelt. Erfasst werden neben den persönlichen und medizinischen Daten der Unterstützungs- und Beratungsbedarf der Versicherten. Dieser ergibt sich aus den unter Kapitel 4 beschriebenen psychosozialen Kontextfaktoren.

Der o. g. Beratungsbogen steht in Verbindung mit der **„Information für die Hausarzt- / Facharzt- und Psychotherapiepraxis – Beratungsservice des Sozialen Dienstes der AOK Baden-Württemberg / der Patientenbegleitung der Bosch BKK“**. Diese entspricht einer Schnellinformation über den Beratungsservice des SD / der PBG sowie einer Übersicht möglicher psychosozialer Kontextfaktoren und steht der Facharzt-/ Hausarztpraxis als Übersicht zur Verfügung (s. Kapitel 8).

7 Rechtsgrundlagen

7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V

Unabhängig des § 140a SGB V haben Versicherte gemäß § 11 Absatz 4 SGB V Anspruch auf Versorgungsmanagement. Das Versorgungsmanagement zielt auf die Lösung von Schnittstellenproblemen für reibungslose Übergänge in verschiedene Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer arbeiten zusammen und übermitteln sich gegenseitig erforderliche Informationen. Hieraus ergibt sich für die AOK Baden-Württemberg und für die Bosch BKK der Sicherstellungsauftrag für eine sachgerechte Anschlussversorgung und Hilfevermittlung.

7.2 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V

In seinen Grundzügen basiert § 140a SGB V auf sektorenübergreifende Versorgungsformen für eine optimiertere Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und Sektoren. In den Verträgen nach § 140a SGB V werden Inhalt, Umfang und Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen sowie die Vergütung näher geregelt.

Auf der Grundlage des § 140a SGB V setzen die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK zusätzlich auf Versorgungsaufträge, die flächendeckend zur verbesserten Versorgung dieser Patientinnen und Patienten beitragen. Zur Überbrückung von Schnittstellen wird neben der fachspezifischen Sicherstellung der Versorgung u. a. die engmaschige Zusammenarbeit mit den hausärztlichen Vertragspartnern gefördert und dabei die Kompetenz des SD und der PBG genutzt.

8 Information für die Facharztpraxis

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



Sozialer Dienst der AOK:
 Kontaktdaten siehe
 Adressliste

Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V

| | |
|---|---|
| <p>Einbindung des SD der AOK Baden-Württemberg durch</p> <p><input type="checkbox"/> i. d. R. HZV-/PNP-Praxis: Beratung durch SD wird gewünscht. Unterstützungs-/Beratungsbedarf des / der Versicherten (Beispiele vgl. umseitiges Informationsblatt für die Praxen) besteht bei: _____</p> <p><input type="checkbox"/> PNP-Praxis: interdisziplinäre Versorgungsplanung bei Kindern, Jugendlichen, behinderten Menschen (<i>Modul Psychotherapie</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Orthopädie-Praxis: Fallkonferenz Rücken: M54.- Rückenschmerz (unspezifisch). Ist durch Angabe eines vierstelligen Codes aus der Gruppe M54.- weiter zu spezifizieren (z. B. M54.5 Kreuzschmerz): M54.____G sowie</p> <p><input type="checkbox"/> F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung <input type="checkbox"/> F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren <input type="checkbox"/> F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom</p> | |
| <p>Vereinbartes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Anruf in der Praxis durch SD wird gewünscht.</p> <p><input type="checkbox"/> Anruf bei dem / der Patient/in oder Erziehungsberechtigten durch SD wird gewünscht.</p> <p>Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr unter Telefon / Handy _____</p> | |
| <p>Erklärung Patient/in Ich stimme dem Unterstützungsangebot durch meine Krankenkasse zu und bin freiwillig mit der Weitergabe der gemeinsam mit meinem/r behandelnden Arzt / Ärztin oder meinem/r Psychotherapeuten/in festgelegten Daten und Informationen an meine Krankenkasse einverstanden. Die Inhalte der Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.</p> <p>_____ Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r</p> | <p>Erklärung Praxis Dem / der Patienten/in oder Erziehungsberechtigten wurde die Einbindung des SD empfohlen. Der erforderliche Unterstützungsbedarf durch den SD wurde ihm / ihr erläutert. Die Patienteninformation wurde dem / der Patient/in oder Erziehungsberechtigten ausgehändigt.</p> <p>_____ Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in</p> |



Information für die Hausarzt-/Facharzt- und Psychotherapiepraxis

Beratungsservice des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg

Worin liegt der Mehrwert?

Der SD unterstützt die Praxen: Im Rahmen eines Unterstützungsmanagements stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen als fachkompetente Ansprechpartner/innen zu diversen Themen zur Seite. Im SD arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium) mit Zusatzqualifikationen wie beispielsweise systemische Beratung, Psychoonkologie und zertifizierte Pflegeberatung (§7a SGB XI). In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert der SD die biopsychosoziale Situation und den Hilfebedarf des Patienten. Er stimmt mit dem Patienten einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei der Durchführung. Dazu gehören auch die Vermittlung von weiteren Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch auch beim Patienten zu Hause stattfinden.

Persönlich – Direkt – Nah

Sie erhalten ergänzende Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur / Ansprechpartnern und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. Darüber hinaus unterstützt der SD im konkreten Fall die medizinische oder therapeutische Behandlung durch gezielte Interventionen, um gemeinsam mit der Facharztpraxis im jeweiligen Einzelfall eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Durch die Begleitung durch den SD wird Ihre Praxis entlastet. Das Beratungsangebot ist ergänzend zur Behandlung zu verstehen.

Klärung – Unterstützung – Vermittlung

Hinweis: Mitarbeiter des SD sind an die Einhaltung der Schweigepflicht sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Diese Gespräche unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht. Die Notwendigkeit der Datenweitergabe setzt das Einverständnis der Patienten oder Erziehungsberechtigten voraus.

In welchen Fällen ist es sinnvoll, den SD einzubinden?

Die Einbindung des SD ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl.: MEDI <http://www.medi-verbund.de/facharztvertraege73c.html> und HÄVG <https://www.hausaerzteverband.de/cms/vertragsunterlagen.417.0.html>). In der Regel erfolgt die Einbindung über die Hausarztpraxis, wenn bei Versicherten neben einer spezifischen Diagnose mindestens einer der folgenden Kontextfaktoren vorliegt

- Berufliche oder soziale Faktoren wie zum Beispiel:
 - Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
 - Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
 - Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
 - Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
 - Familiäre Probleme (z. B. Beziehungskonflikte / Erziehungsprobleme / familiäre Streitigkeiten)
 - Häusliche Situation (z. B. Wohnen ist nicht sichergestellt / Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme)
 - Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
 - Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
 - Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
 - Probleme mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
 - Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.
- Vermittlung weiterer Hilfen und Vernetzung regionaler Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) ist erforderlich
- Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen ist erforderlich

Psychosozial – Ressourcenorientiert –
Individuell



Patienteninformation

Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg
mehr Service – mehr Nähe – mehr Leistung

Wann und in welchen Fällen kann Ihnen der Soziale Dienst helfen?

Wenn Sie am Hausarzt- oder Facharztprogramm teilnehmen, stehen wir Ihnen und Ihren Angehörigen gerne mit Rat und Tat zur Seite. Oft führen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zu finanziellen, beruflichen, persönlichen und / oder familiären Belastungen. Deshalb unterstützen und beraten wir Sie bei

- lebensverändernden Erkrankungen
- krankheits- und belastungsbedingten Arbeitsplatzproblemen
- Pflegebedürftigkeit / Hilfe für pflegende Angehörige
- Rehabilitation und Rente
- Schwerbehinderung.

Wer engagiert sich für Sie im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg?

Staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte bringen im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg ihre ganze Erfahrung für Sie ein. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeichnen sich nicht nur durch eine hohe persönliche Motivation aus. Sie alle haben ein Hochschulstudium absolviert und sich zudem durch diverse Weiterbildungen für diese sensible Aufgabe qualifiziert.

Was kann der Soziale Dienst für Sie tun?

Für Ihre persönlichen Sorgen, Unsicherheiten und Nöte haben wir immer ein offenes Ohr. Was wir miteinander besprechen, bleibt selbstverständlich unter uns. Einen diskreten und verantwortungsbewussten Umgang mit allem, was Sie uns anvertrauen, sichern wir Ihnen zu!

Wenn Sie es wünschen, können wir Ihnen bei vielen Themen ganz konkret helfen. Zum Beispiel, wenn es darum geht, sozialversicherungsrechtliche Fragen zu klären. Oder wenn wir gemeinsam mit Ihnen nach passenden

Möglichkeiten suchen, die Sie entlasten. Wir helfen Ihnen auch bei Anträgen rund um Rehabilitation und Pflege oder beim „Grad der Schwerbehinderung“. In persönlichen Gesprächen ist auch Ihre Krankheitsverarbeitung ein wichtiges Thema! Hier unterstützen wir gerne.

Wie kommen wir miteinander ins Gespräch?

Nachdem wir einen Termin vereinbart haben, begrüßen wir Sie gerne in den Räumlichkeiten der AOK oder treffen uns bei Ihnen zu Hause. Dann besprechen wir gemeinsam und ganz in Ruhe, welche Sorgen Sie beschäftigen und mit welchen Schritten es ganz konkret weitergeht. Weitere Termine vereinbaren wir individuell und in persönlicher Absprache mit Ihnen.

Unser wichtigster Grundsatz

Ob wir für Sie tätig werden dürfen, entscheiden alleine Sie! Wenn Sie unser Angebot nicht in Anspruch nehmen möchten, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Dies gilt auch dann, wenn wir Ihnen im Laufe unserer Beratung bestimmte Vorschläge machen, mit denen Sie nicht einverstanden sind.

Dies kann manchmal zur Folge haben, dass Sie unseren Beratungsservice oder Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nicht in vollem Umfang in Anspruch nehmen können. Selbstverständlich können Sie auf unsere Dienste sehr gerne jederzeit wieder zurückkommen.

Auf Seite 2 informieren wir Sie zu unserem Datenschutz.



Ganz im Vertrauen!

Datenschutz im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg

Ihre Daten in sicheren Händen

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst. Deshalb werden Ihre Daten bei uns so sicher verwahrt und gespeichert, dass Unbefugte nicht darauf zugreifen können. Wir geben Daten von Ihnen nur dann weiter, wenn Sie dies ausdrücklich erlauben. Auch dann, wenn Sie den Sozialen Dienst nicht mehr beanspruchen, sind Ihre Daten sicher, indem wir sie zugriffsgeschützt unter Berücksichtigung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen speichern. Nach Ablauf einer gewissen Frist werden sie gemäß den Bestimmungen zum Datenschutz vernichtet oder gelöscht.

Auch innerhalb der AOK Baden-Württemberg unterliegt der Soziale Dienst der Schweigepflicht. Er darf Informationen zu Ihrer Person nur dann intern weitergeben, wenn Sie Leistungen in Anspruch nehmen wollen (z. B. Haushaltshilfe, Pflegegeld), und diese Daten zwingend erforderlich sind. Wir geben Daten nur dann an Dritte (z. B. an behandelnde Ärzte) weiter, wenn wir dies vorher mit Ihnen abgesprochen haben. Hierzu erteilen Sie uns bitte jeweils Ihre schriftliche Einwilligung.

Um welche Daten geht es dabei genau?

- Diagnosen / Symptomatik bzw. die damit einhergehenden Funktionseinschränkungen
- Beschreibung von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (positives / negatives Leistungsbild)
- Krankenhaus-/Rehabilitationsaufenthalte
- Einschränkungen durch drohende oder bestehende Pflegebedürftigkeit
- Ärzte / Angehörige eines Heilberufes, die in die Behandlung eingebunden sind
- geplante Behandlungen
- Maßnahmen, die aus ärztlicher Sicht notwendig erscheinen, um die gesundheitliche Situation zu verbessern.

Diese Maßnahmen können sich über die medizinische Behandlung hinaus auch auf Ihre aktuelle Lebenssituation beziehen. Dazu zählen beispielsweise:

- Ihre familiäre Situation
- Finanzielle Sorgen
- Probleme in der Umsetzung der Pflege
- Ihre häusliche Situation
- Ihre Arbeitsplatzsituation.

Besonderer Datenschutz - Ihr Sozialer Dienst

Der Soziale Dienst unterliegt den besonderen Anforderungen von §203 Abs. 1 Nr.5 des Strafgesetzbuches. Dort steht, dass es unter anderem Sozialpädagogen nicht gestattet ist, unbefugt ein fremdes Geheimnis (ein persönliches oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis) das anvertraut wurde oder in sonst einer Weise bekannt geworden ist, zu offenbaren.

Zu diesen gesetzlichen Anforderungen gehört auch Transparenz. Deshalb informieren wir Sie zu Beginn unserer Tätigkeit ausführlich darüber, welche Daten zwischen welchen Institutionen ausgetauscht werden sollen und werden uns dazu Ihr Einverständnis einholen.

Ob im Rahmen Ihrer Unterstützung und Beratung zu einem späteren Zeitpunkt ein weiterer Datenaustausch erfolgen soll, entscheiden in jedem Einzelfall ausschließlich Sie selbst.

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



Patientenbegleitung:
 Fon 0711 / 252918-733
 PC-Fax 089 / 51999-2504

Beratungsbogen zur Einbindung der Patientenbegleitung (PBG) der Bosch BKK gemäß §§ 73c und 140a SGB V

| | |
|---|---|
| <p>Einbindung der PBG der Bosch BKK durch</p> <p><input type="checkbox"/> i. d. R. HZV-/PNP-Praxis: Beratung durch PBG wird gewünscht. Unterstützungs-/Beratungsbedarf des / der Versicherten (Beispiele vgl. umseitiges Informationsblatt für die Praxen) besteht bei: _____</p> <p><input type="checkbox"/> PNP-Praxis: interdisziplinäre Versorgungsplanung bei Kindern, Jugendlichen, behinderten Menschen (<i>Modul Psychotherapie</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Orthopädie-Praxis: Fallkonferenz Rücken: M54.- Rückenschmerz (unspezifisch). Ist durch Angabe eines vierstelligen Codes aus der Gruppe M54.- weiter zu spezifizieren (z. B. M54.5 Kreuzschmerz): M54.____G sowie</p> <p><input type="checkbox"/> F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung <input type="checkbox"/> F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren <input type="checkbox"/> F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom</p> | |
| <p>Vereinbartes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Anruf in der Praxis durch PBG wird gewünscht.</p> <p><input type="checkbox"/> Anruf bei dem / der Patient/in durch PBG wird gewünscht.</p> <p>Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr unter Telefon / Handy _____</p> | |
| <p>Erklärung Patient/in Ich stimme dem Unterstützungsangebot durch meine Krankenkasse zu und bin freiwillig mit der Weitergabe der gemeinsam mit meinem/r behandelnden Arzt / Ärztin oder meinem/r Psychotherapeuten/in festgelegten Daten und Informationen an meine Krankenkasse einverstanden. Die Inhalte der Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r</p> | <p>Erklärung Praxis Dem / der Patienten/in oder Erziehungsberechtigten wurde die Einbindung der PBG empfohlen. Der erforderliche Unterstützungsbedarf durch die PBG wurde ihm / ihr erläutert. Die Patienteninformation wurde dem / der Patient/in ausgehändigt.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in</p> |



Information für die Hausarzt-/Facharzt- und Psychotherapiepraxis

Beratungsservice der Patientenbegleitung (PBG) der Bosch BKK

Worin liegt der Mehrwert?

Die PBG unterstützt die Praxen: Im Rahmen eines Unterstützungsmanagements stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen als fachkompetente Ansprechpartner/innen zu diversen Themen zur Seite. In der PBG arbeiten ausschließlich qualifizierte und in der Beratung erfahrene Mitarbeiter/innen mit unterschiedlichen Zusatzqualifikationen (u. a. Pflegeberatung (§7a SGB XI, Burnout, Prävention). In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert die PBG die biopsychosoziale Situation des Patienten und den Hilfebedarf. Sie stimmt mit dem Patienten einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei der Durchführung. Dazu gehören auch die Vermittlung von weiteren Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch auch beim Patienten zu Hause stattfinden.

Persönlich – Direkt – Nah

Sie erhalten ergänzende Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur / Ansprechpartnern und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. Darüber hinaus unterstützt die PBG im konkreten Fall die medizinische oder therapeutische Behandlung durch gezielte Interventionen, um gemeinsam mit der Facharztpraxis im jeweiligen Einzelfall eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Durch die Begleitung der PBG wird Ihre Praxis entlastet. Das Beratungsangebot ist ergänzend zur Behandlung zu verstehen.

Klärung – Unterstützung – Vermittlung

Hinweis: Mitarbeiter der PBG sind an die Einhaltung der Schweigepflicht sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Diese Gespräche unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht. Die Notwendigkeit der Datenweitergabe setzt das Einverständnis der Patienten voraus.

In welchen Fällen ist es sinnvoll, die PBG einzubinden?

Die Einbindung der PBG ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl.: MEDI <http://www.medi-verbund.de/facharztvertraege73c.html> und HÄVG <https://www.hausaerzteverband.de/cms/Vertragsunterlagen.520.0.html>). In der Regel erfolgt die Einbindung über die Hausarztpraxis, wenn bei Versicherten neben einer spezifischen Diagnose mindestens einer der folgenden Kontextfaktoren vorliegt

- Berufliche oder soziale Faktoren wie zum Beispiel:
 - Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
 - Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
 - Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
 - Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
 - Familiäre Probleme (z. B. Beziehungskonflikte / Erziehungsprobleme / familiäre Streitigkeiten)
 - Häusliche Situation (z. B. Wohnen ist nicht sichergestellt / Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme)
 - Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
 - Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
 - Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
 - Probleme mit Verlust/ Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
 - Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.
- Vermittlung weiterer Hilfen und Vernetzung regionaler Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) ist erforderlich
- Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen ist erforderlich

**Psychosozial – Ressourcenorientiert –
Individuell**



Versicherteninformation zum Datenschutz in der Patientenbegleitung

1. Um was geht es?

Aufgabe der Patientenbegleiter ist, in Handlungsfeldern tätig zu werden, für die Ärzte, Psychotherapeuten und Sozialdienste der Krankenhäuser mit ihrem Fachpersonal in aller Regel keine Zeit haben.

Die Patientenbegleiter sind speziell qualifiziert. Ein wesentliches Handlungsfeld ist u. a. die Pflegeberatung (§7a SGB XI): Hier geht es um die Regelung der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger, die Beschaffung von Hilfsmitteln wie z.B. Pflegebetten und deren Integration in die häusliche Umgebung sowie die Begleitung von Versicherten in schwierigen Lebenssituationen, in denen sie angesichts der Komplexität unseres Gesundheitswesens Unterstützung brauchen. Eine Beendigung der Zusammenarbeit mit dem Patientenbegleiter ist jederzeit möglich.

Diese Hilfestellung durch die Patientenbegleiter ist ohne die Kenntnis von Daten über den Versicherten nicht möglich. Um die Daten unter Wahrung des Datenschutzes übermittelt zu bekommen, selbst zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen, ist eine entsprechende schriftliche Einwilligungserklärung des Versicherten erforderlich. Ohne ausdrückliche Einwilligungserklärung des Versicherten darf die Patientenbegleitung nicht stattfinden.

2. Warum sind Einwilligungserklärungen bzw. Schweigepflichtentbindungserklärungen erforderlich?

Die Bosch BKK darf für die Patientenbegleitung nur Daten erheben, erfassen, speichern, verarbeiten und nutzen, soweit diese für die Erbringung von Leistungen und die Unterstützungsfunktion zur Durchführung des Versorgungsmanagements der Leistungserbringer erforderlich sind (§§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Nr. 13 SGB V). Dabei werden die Regelungen der EU-DSGVO entsprechend berücksichtigt.

3. Was geschieht mit den Daten?

Bei den Ärzten, Psychotherapeuten und in den Krankenhäusern bleiben Befunde und Berichte über die Krankheit und die Pflegesituation in deren Verantwortungsbereich. Von den Krankenhäusern wird die Bosch BKK im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflichten grundsätzlich nur über die Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen informiert. Die Ärzte und Psychotherapeuten übermitteln Diagnosen im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Ferner beantworten sie zulässige Anfragen der Bosch BKK, die nach einem zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen festgelegten Verfahren für die Wiedereingliederung in das Berufsleben, eine Erwerbsminderung oder die vorgezogene Rente erforderlich sein können. Mit der Einwilligungserklärung können Daten aus dem Bereich der Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser an die Kasse übermittelt werden.

Sie werden mit den von der Bosch BKK erhobenen Daten gespeichert, verarbeitet und genutzt, wenn sie zur Bearbeitung des Falles erforderlich sind. Auf Wunsch des Versicherten können sie jederzeit gelöscht werden.

4. Wer hat Zugriff auf die Daten?

Zugriff auf die Daten haben bei der Bosch BKK nur die mit der Patientenbegleitung, befassten Mitarbeiter. Sie sind auf die Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

5. Wem können sonst noch Daten zur Verfügung gestellt werden?

Die Bosch BKK ist bei der Erbringung bestimmter Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Dabei dürfen Daten, die der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht (§§ 60 und 65 SGB I) hinaus seiner Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte schriftlich eingewilligt hat. Um Leistungen zu ermöglichen, die ohne ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nicht erbracht werden dürfen, sollte deshalb die umseitige Einwilligungserklärung unterschrieben werden. Der Medizinische Dienst darf die Daten nur für die Beratung und Begutachtung nutzen, ansonsten noch für gesetzlich geregelte Ausnahmefälle.

Die Weitergabe der Daten zur wissenschaftlichen Begleitung der Versorgungsverträge ist ebenfalls zulässig. Aber auch hierfür gilt, dass eine schriftliche Einwilligungserklärung vorliegen muss. Dabei muss sichergestellt sein, dass die erhobenen Daten nur anonymisiert zusammengefasst bzw. pseudonymisiert weitergeleitet werden. Für das beauftragte Institut sind damit die Daten anonym; ein Bezug auf den einzelnen Versicherten ist ausgeschlossen. Die Bosch BKK wird wie bei ähnlichen Projekten in der Vergangenheit gewährleisten, dass bei wissenschaftlicher Begleitung diesen Vorgaben entsprochen wird.

6. Bestehen noch Fragen?

Für die Bosch BKK hat die Gewährleistung des Datenschutzes oberste Priorität. Für Fragen stehen die Kundenberater in den Geschäftsstellen gerne zur Verfügung. Sie vermitteln auch an die jeweilig zuständigen Patientenbegleiter. Weitere Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihrer Rechte nach der EU-DSGVO finden Sie unter: www.Bosch-BKK.de/Datenschutz. Gerne stellen wir Ihnen diese Informationen auf Wunsch auch in Papierform zur Verfügung.

Patientenflyer der Patientenbegleitung

Wir stehen Ihnen entlastend zur Seite. Jederzeit.
Die Patientenbegleitung der Bosch BKK.



Hohe Anforderungen im Berufs- und Privatleben können zur Belastung werden. Wenn diese andauern oder sich gesundheitliche Probleme häufen, kann man leicht das Gefühl bekommen, vor einem „Hürdenlauf“ zu stehen. Und wer ernsthaft erkrankt, muss sich oft erst mühsam orientieren: Gibt es neben der Betreuung durch meinen Arzt Unterstützung für mich und für meine Angehörigen? Welche Anträge muss ich an die Krankenkasse oder die Rentenversicherung stellen? Kann ich selbstetwas tun, damit sich meine Gesundheit stabilisiert?

Bei diesen und vielen weiteren Fragen helfen Ihnen unsere Patientenbegleiter weiter. Sie nehmen sich **Zeit für ein ausführliches Gespräch** – gerne auch bei Ihnen zu Hause. Als Kenner der Gesundheitsangebote in Ihrer Region nennen Sie Ihnen Ansprechpartner und zeigen Ihnen Wege, damit Sie **wieder ins Gleichgewicht kommen**. Oder anders gesagt: Sie räumen viele Hürden für Sie aus dem Weg!

Was macht ein Patientenbegleiter konkret?

Ihr Patientenbegleiter hilft mit Rat und Tat, wenn es darum geht, gesundheitliche Leistungen zu organisieren und aufeinander abzustimmen. Er nützt sein Wissen und Netzwerk, um eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen zu bewirken. Sie profitieren z. B. davon, indem:

- Sie sicher durch das Gesundheitssystem navigiert werden,
- Die Zusammenarbeit verschiedener Behandler verbessert wird,
- Sie intensive Beratung zu Gesundheitsangeboten in Ihrer Nähe erhalten (z. B. Bewegungs-/Ernährungskurse oder psychotherapeutische Unterstützung),
- Sie Kontakte zu Pflege- oder Sozialdiensten und Beratungsstellen vermittelt bekommen,

- Sie bei Suche und Antritt einer Rehabilitation unterstützt werden,
- Ihnen eine umfassende Pflegeberatung zukommt – gerne auch bei Ihnen zu Hause,
- Sie individuell geeignete Hilfsmittel, eine Haushaltshilfe oder Pflegeleistungen in Anspruch nehmen,
- auch Ihre Angehörigen beraten werden.

Unser Tipp:
Schauen Sie unseren Film zur Arbeit der Patientenbegleiter an. Im Internet unter:
www.Patientenbegleitung.de

Hilfe neben der Hilfe



Ihr Patientenbegleiter unterstützt Sie ergänzend zur Betreuung durch Ihren Arzt – ganz nach dem Motto „Hilfe neben der Hilfe“.

Das kann sowohl beim Umgang mit einer Krankheit als auch in einer Pflegesituation hilfreich sein. Zum Beispiel wenn eine Haushaltshilfe, Pflegeleistungen oder eine Kur beantragt werden müssen. Ihr Patientenbegleiter berät Sie auch gerne, mit welchen Maßnahmen Sie Ihre Gesundheit stabilisieren können.

Ihr Vorteil: Sie haben einen Ansprechpartner über alle Schritte hinweg. Das Angebot der Patientenbegleitung ist **kostenlos und freiwillig**. Sie entscheiden selbst, wie lange Sie die Unterstützung Ihres Patientenbegleiters in Anspruch nehmen möchten.

Bosch BKK
Kruppstraße 19
70469 Stuttgart

Info@Bosch-BKK.de
www.Patientenbegleitung.de

24-Stunden-Service-Center:
Telefon: 0180 6060200

(20 Cent je Anruf aus dem deutschen Festnetz.
Für Mobilfunk max. 60 Cent.)

Stand 01.10.2015 – Änderungen vorbehalten. Die Darstellung gibt einen ersten Überblick über die Leistungen der Bosch BKK. Gerne besuch Sie für nähere Details "Hilfen" und "Vorteile".

Wir räumen Hürden aus dem Weg. Hauptberuflich.
Die Patientenbegleitung der Bosch BKK.

Bosch BKK
Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

BOSCH