

Anlage 3

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

Strukturvoraussetzungen der Krankenhäuser

Für eine stationäre Aufnahme und Behandlung teilnehmender Versicherter aufgrund der Diagnose Asthma bronchiale/COPD soll vorrangig in Krankenhäuser eingewiesen werden, die die Inhalte der DMP-RL Teil B II. sowie der DMP-A-RL Anlage 11 beachten und die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

1. Fachliche Voraussetzungen:

Programmteil Asthma bronchiale

Für Erwachsene -und in Einzelfällen auch für Kinder und Jugendliche-: (mindestens ein Kriterium muss erfüllt werden)

- Abteilung Innere Medizin mit mindestens einem Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie in Vollzeitbeschäftigung oder einem Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde in Vollzeitbeschäftigung
- Abteilung für Innere Medizin mit mindestens einem Facharzt für Innere Medizin in Vollzeitbeschäftigung mit dessen Nachweis von mindestens 20 behandelten Patienten mit Asthma bronchiale je Quartal (ambulante/stationäre Behandlung und Notfallbehandlung)

Für Kinder und Jugendliche:

(mindestens ein Kriterium muss erfüllt werden)

- Pädiatrische Abteilung mit mindestens einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Allergologie oder Kinder-Pneumologie
- Pädiatrische Abteilung mit mindestens einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung (Kinder-Pneumologie)

- Pädiatrische Abteilung mit mindestens einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dessen Nachweis von mindestens 15 behandelten Kindern mit Asthma bronchiale je Quartal (ambulante/stationäre Behandlung und Notfallbehandlung)

Programmteil COPD

(mindestens ein Kriterium muss erfüllt werden)

- Abteilung Innere Medizin mit Zulassung als Weiterbildungsstätte Pneumologie mit mindestens einem Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie in Vollzeitbeschäftigung
- Abteilung für Innere Medizin mit mindestens einem Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie in Vollzeitbeschäftigung oder einem Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde in Vollzeitbeschäftigung oder einem Facharzt für Innere Medizin in Vollzeitbeschäftigung mit Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung (Anmerkung: Nachweis der 12-monatigen Zusatzweiterbildung ist innerhalb von 24 Monaten nach der Beitrittserklärung zu erbringen.)

Zusätzliche Voraussetzung für beide Programmteile:

Das Krankenhaus hat darüber hinaus mindestens zwei intensivmedizinische Betten und die ständige Möglichkeit der konsiliarischen Einbeziehung eines Kardiologen und eines Radiologen vorzuweisen.

2. Organisatorische und apparative Voraussetzungen (beide Programmteile)

- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region
- Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Einrichtung / Praxis zur psychologischen, psychosomatischen oder psychosozialen Behandlung (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse)
- qualifiziertes Assistenz- und Pflegepersonal

Möglichkeit der Durchführung folgender Untersuchungen:

- Spirometrie
- Ganzkörper-Plethysmographie
- Bestimmung der Blutgase (kapillar)
- Röntgenaufnahme Thorax
- Durchführung von Belastungs-/Provokationstests unspezifisch/spezifisch - gemäß Leitlinie „Durchführung bronchialer Provokationstests mit pharmakologischen Substanzen“ des Arbeitskreises Bronchiale Provokationstests (Pneumologie 1998;52:214-20) bzw. „Durchführung bronchialer Provokationstests mit Allergenen“ der DGn für Allergologie und klinische Immunologie sowie Pneumologie von 2001
- allergologische Diagnostik Hyperreagibilitätstestung, ggf. als Auftragsleistung
- Diffusionsmessung DLCO, ggf. als Auftragsleistung

3. Fortbildung (beide Programmteile)

Regelmäßige (möglichst jährliche) Teilnahme des zuständigen ärztlichen Personals an Asthma bronchiale/COPD - spezifischer zertifizierter Fortbildung unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Regelungen.

4. Qualitätssicherung (beide Programmteile)

Beteiligung an Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 137 Absatz 1, Nummer 1 SGB V (Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern) mit dem Ziel die Ergebnisqualität zu verbessern.

5. Einweisungsindikationen in ein Krankenhaus

DMP Asthma bronchiale

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

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

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

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

DMP COPD

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

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

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

Im Übrigen entscheidet der Arzt in beiden DMP nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung (COPD entsprechend Ziffer 1.6.3 der DMP-A-RL).