

Anlage 1

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

Strukturqualität koordinierender Arzt

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor in den beiden Programmteilen Asthma bronchiale und COPD sind Vertragsärzte, die nach § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Im DMP Asthma bronchiale ist Kindern und Jugendlichen im DMP ein besonderer Schwerpunkt gewidmet, da der Erkrankungsbeginn des Asthmatikers häufig im Kindes- und Jugendalter liegt. Aus diesem Grunde sind auch Pädiater für das DMP Asthma bronchiale teilnahmeberechtigt.

In Ausnahmefällen kann ein Patient einen qualifizierten, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, der für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen ist, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination im DMP wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Der koordinierende Arzt muss die nachfolgenden Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und die geregelten Inhalte der Vereinbarung, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation einhalten. Die Anforderungen an die Strukturqualität können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden; die apparativen Voraussetzungen sind je Betriebsstätte nachzuweisen.

Ärzte, die die bis einschließlich 31.03.2019 gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP bis zum 31.03.2019 erhalten haben, nehmen auch nach dem 01.04.2019 weiterhin am DMP teil.

Voraussetzung	Merkmale
Hausärztlicher Versorgungssektor	- Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktische Ärzte
Fachärztlicher Versorgungssektor – in Ausnahmefällen -	- Facharzt mit der Option, in den nach der RSAV sowie die in dieser ergänzenden DMP-A-RL vorgesehenen Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig zu werden entsprechend Ziffer 1.6.1 Sätze 2 und 3 der Anlage 9 und 11 der DMP-A-RL - Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung mit dem Nachweis der Genehmigung zur Abrechnung der GNRn 13650 und 13651 oder der 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung.
Besonderheit: Programmteil Asthma bronchiale	
Koordination von Kindern und Jugendlichen	- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Voraussetzung	Merkmale
Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen/ Qualitätszirkeln	- Information über die tagesaktuellen Internetseiten der KVWL bzw. Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung. - Mindestens 1 x jährliche Asthma bronchiale/COPD-spezifische Fortbildung

Überweisungsindikationen koordinierender Arzt

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

DMP Asthma bronchiale:

- bei schwerem unkontrolliertem Asthma bronchiale,
- zur Überprüfung der Indikation einer Langzeittherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden,
- bei Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft,
- bei Einleitung einer Therapie mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper, Anti-IL-5-Antikörper),
- bei Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale,
- bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen werden:
 - bei Kindern, bei denen ein kontrolliertes Asthma bronchiale durch erweiterte Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden nicht zu erreichen ist,
 - bei Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinosinusitis, rezidivierender Pseudokrupp),
 - zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer spezifischen Immuntherapie bei allergischem Asthma bronchiale.

DMP COPD:

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter Behandlung,
- zur Prüfung der Indikation einer längerfristigen oralen Glukokortikosteroidtherapie,
- bei vorausgegangener Notfallbehandlung,
- bei Begleiterkrankungen (z. B. schweres Asthma bronchiale, symptomatische Herzinsuffizienz, zusätzliche chronische Lungenerkrankungen),
- bei Verdacht auf respiratorische oder ventilatorische Insuffizienz,
- zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer Langzeitsauerstofftherapie (LOT),
- zur Prüfung der dauerhaften Fortführung einer Langzeitsauerstofftherapie auch nach stationärer Einleitung einer akuten Sauerstofftherapie nach Exazerbation,
- zur Prüfung der Indikation zur Einleitung bzw. Fortführung einer intermittierenden häuslichen Beatmung
- zur Prüfung der Indikation zu volumenreduzierenden Maßnahmen bzw. Lungentransplantation,
- zur Einleitung rehabilitativer Maßnahmen,
- zur Durchführung einer strukturierten Schulungsmaßnahme,
- bei Verdacht auf eine berufsbedingte COPD.

4. Änderungsvereinbarung vom 01.04.2019 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

Bei Patientinnen bzw. Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der Fachärztin bzw. des Facharztes oder der Einrichtung befinden, hat diese bzw. dieser bei einer Stabilisierung der Zustände zu prüfen, ob die weitere Behandlung durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt möglich ist.

Im Übrigen entscheidet der behandelnde Arzt in beiden DMP nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

Einweisungsindikationen in ein Krankenhaus

DMP Asthma bronchiale:

Indikationen zur sofortigen stationären Behandlung bestehen bei:

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

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

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

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