



Vereinbarung

über die Durchführung der Strukturierten
Behandlungsprogramme bei Asthma Bronchiale
und Chronisch Obstruktiven Atemwegserkrankungen (COPD)

zwischen

Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), Stuttgart

und

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg
(LKK BW), Stuttgart

- mit Wirkung ab 01.01.2010 -

VEREINFACHTER DOKUMENTATIONS-AUFWAND

Im Unterschied zu den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen kann bei der LKK und bei der KK für den Gartenbau für den DMP Asthma/COPD-Patienten auf die jeweiligen Dokumentationsbögen verzichtet werden.

Notwendig für die Einschreibung ist die Erstellung einer Teilnahme- und Einwilligungserklärung (siehe Anlage 5 dieser Vereinbarung). Im weiteren Verlauf erstellen Sie eine Bescheinigung über die aktive Teilnahme (siehe Anlage 4 dieser Vereinbarung). Somit sind lediglich zwei Formulare notwendig. Diese sind direkt an die LKK (nicht an die Datenstellen Systemform/Interforum) zu senden.

Teilnahmeberechtigt sind all diejenigen Ärzte, die bereits eine Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Asthma bronchiale und Chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen erhalten haben.

Die Vergütung und die Abrechnungskonditionen folgen weitestgehend denjenigen der RSA-Kassen. Mangels elektronischer Dokumentationsmöglichkeit können die eDMP-Abrechnungsnummern allerdings bei der LKK nicht angesetzt werden.

Die Adresse, an welche die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie die Bescheinigungen über die aktive Teilnahme zu senden sind bzw. unter welcher Sie auch die Formulare erhalten lautet:

**LKK Baden-Württemberg
Postfach 10 01 44
76231 Karlsruhe
Tel.: 07 21 / 81 94-12 49
Fax: 07 11 / 9 66 17 55 62**

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziel der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II - Teilnahmeberechtigte Ärzte

- § 3 Teilnahmeberechtigung
- § 4 Aufgaben
- § 5 Mitwirkung von Fachärzten und sonstigen Beteiligten
- § 6 Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch die Kassenärztliche Vereinigung
- § 7 Leistungserbringerverzeichnis

Abschnitt III –Versorgungsinhalte

- § 8 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Asthma und COPD

Abschnitt IV – Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten/Fortbildung der Leistungserbringer

- § 9 Bescheinigung des DMP-Arztes
- § 10 Fortbildung der Leistungserbringer

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

- § 11 Teilnahmevoraussetzungen
- § 12 Information und Einschreibung
- § 13 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 14 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 15 Wechsel des DMP-Arztes
- § 16 Information und Schulung der Versicherten

Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung

- § 17 Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen

Abschnitt VII – Sonstige Bestimmungen

- § 18 Laufzeit und Kündigung

Erläuterungen

- „Vertragsärzte“ sind Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und berechtigt sind, weitere Ärzte anzustellen
- „Ärzte“ sind an diesem Programm teilnehmende und mitwirkende Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
- „Angestellter Arzt“ ist ein Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen
- „Leistungserbringer“ sind Ärzte und angestellte Ärzte

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme – DMP genannt) dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend gewährleistet werden. Daher schließen die LKK BW und die KVBW folgende Vereinbarung auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit Asthma bronchiale (im Folgenden Asthma genannt) und für Versicherte mit Chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen (im Folgenden COPD genannt). Die vorliegende Vereinbarung tritt am 1. Januar 2010 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 15. November 2007. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.

Epidemiologische Daten schätzen die Prävalenz für Asthma bronchiale auf bis zu 6 % der erwachsenen Bevölkerung. Bei Kindern ist Asthma bronchiale die häufigste chronische Erkrankung. Hier wird die Prävalenz auf ca. 10 % geschätzt. Eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ist zu erwarten. Somit ist der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen.

Die Datenlage zu COPD ist aufgrund von Klassifikationsschwierigkeiten unzureichend. Basierend auf den Angaben zur Symptommhäufigkeit leiden nach dem Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 10 – 30 % der Erwachsenen in Deutschland an einer chronischen Bronchitis. Von diesen Menschen entwickeln wahrscheinlich 15 – 20 % eine obstruktive Lungenerkrankung.

Die grundlegenden Regelungen finden sich für Asthma und COPD in einem gemeinsamen Vertrag. Die Diagnosespezifika werden durch eine Differenzierung zwischen Versicherten, die aufgrund der Diagnose Asthma teilnehmen, und Versicherten, die aufgrund der Diagnose COPD teilnehmen, sowie in unterschiedlichen diagnosespezifischen Anlagen dargestellt.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Durchführung der Programme, insbesondere die Regelungen zur Erfassung, Übermittlung und Nutzung von Behandlungsdaten so zu gestalten sind, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Leistungserbringer nicht beeinträchtigt wird. Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die LKK BW erfolgt ausschließlich nach dem in den Bestimmungen dieses Vertrages festgelegten Umfang.

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziel der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung der Disease-Management-Programme Asthma und COPD in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Über diese Behandlungsprogramme soll eine indikationsabhängige systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten, den weiteren an der medizinischen Versorgung Beteiligten sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Asthma und COPD gewährleistet werden.
- (2) Darüber hinaus soll der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen angeregt werden, die nach dem Stand der wis-

senschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und die in Absatz 2a/2b genannten Ziele zu erreichen.

(2a) Die Vertragspartner streben für das Programm Asthma gemäß Anlage 3A der Vereinbarung zur Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der asthmarelevanten Lebensqualität in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten folgende Ziele an:

1. Vermeidung/Reduktion von

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

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

2. Reduktion der Asthma-bedingten Letalität.

(2b) Die Therapie der aufgrund der Diagnose COPD teilnehmenden Versicherten dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität. Die Vertragspartner streben daher für das Programm COPD gemäß Anlage 3B in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen folgende Ziele an:

1. Vermeidung/Reduktion von

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
- einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag,
- einer raschen Progredienz der Erkrankung

bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie.

2. Reduktion der COPD-bedingten Letalität.

§ 2 Geltungsbereich

Diese Vereinbarung gilt für

1. Vertragsärzte der KVBW, die nach Maßgabe des Abschnitts II dieses Vertrages zur Teilnahme am Disease-Management-Programm – persönlich oder durch angestellte Ärzte – berechtigt sind,
2. Versicherte der LKK BW und der Krankenkasse für den Gartenbau, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages eingeschrieben haben.

Abschnitt II Teilnahmeberechtigte Ärzte

§ 3 Teilnahmeberechtigung

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als DMP-Arzt sind Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen und – persönlich oder durch angestellte Ärzte – die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1A (zur Teilnahme bei Asthma) und/oder Anlage 1B (zur Teilnahme bei COPD) erfüllen.
- (3) Die gleichzeitige Teilnahme von Ärzten an beiden Programmen Asthma und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten für das jeweilige Programm gemäß den Anlagen 1A und 1B erfüllt sind.
- (4) In Ausnahmefällen kann auch ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender qualifizierter Facharzt nach § 5 DMP-verantwortlicher Arzt in beiden Programmen sein. Dies gilt insbesondere dann, wenn
 - (1) der Versicherte bereits vor Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder
 - (2) diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlagen 2A und/oder 2B sind von diesem Arzt – persönlich oder durch angestellte Ärzte – zu erfüllen. Bei Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung des qualifizierten Facharztes befinden, soll dieser bei einer Stabilisierung des Zustandes prüfen, ob eine Rücküberweisung an einen DMP-verantwortlichen Arzt nach § 3 Abs. 2 (Arztwechsel) möglich ist.

- (5) Bei Teilnehmern, die bereits in bestehende DMP zu internistischen Erkrankungen eingeschrieben sind, soll im Sinne eines „Ein-Arzt-Prinzips“ nur der bereits gewählte DMP-verantwortliche Arzt diese Funktion auf Wunsch auch im DMP COPD übernehmen. Dies gilt auch für DMP-Teilnehmer, die bereits einen nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt als DMP-verantwortlichen Arzt gewählt haben, soweit dieser auch am DMP COPD teilnimmt.
- (6) Die Strukturqualität muss der Arzt zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6. Der Wegfall der Strukturvoraussetzungen ist der KVBW unverzüglich mitzuteilen.

§ 4

Aufgaben

- (1) Zu den Aufgaben der teilnehmenden Ärzte nach § 3 Absatz 2 (im Folgenden DMP-Ärzte) gehören insbesondere:
 1. die Einschreibung der Versicherten gemäß § 12 dieser Vereinbarung,

2. die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die LKK BW. Die Übermittlung ist auch über die KVBW möglich; die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich über das Verfahren.
 3. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 8 dieser Vereinbarung geregelten Versorgungsinhalte,
 4. die Ausstellung der Bescheinigungen nach § 9 dieser Vereinbarung sowie die Durchführung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß den Anlagen 3A und 3B zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 5. die Durchführung von Schulungen gemäß § 16 dieser Vereinbarung, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVBW entsprechend nachgewiesen ist,
 6. die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß § 8 dieser Vereinbarung,
 7. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
 - i. therapierelevante Informationen entsprechend § 8 dieser Vereinbarung, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - ii. therapierelevante Informationen anderer Leistungserbringer zu dokumentieren,
 8. bei Wechsel des DMP-verantwortlichen Arztes auf Anforderung des neuen DMP-verantwortlichen Arztes und nach Zustimmung des Patienten, die Übermittlung der Patientendaten.
- (2) Bei den Überweisungen nach Absatz 1 Nr. 6 und 7 ist die Anlage 2 A/B zu dieser Vereinbarung (Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Arzt Asthma bzw. COPD) sowie Ziffer 1.6 der Anlagen 3 A/B zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) zu beachten.

§ 5

Mitwirkung von Fachärzten und sonstigen Beteiligten

Bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms wirken qualifizierte Fachärzte gemäß Anlage 2 A/B zu dieser Vereinbarung mit.

§ 6

Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch die Kassenärztliche Vereinigung

Im Rahmen ihres Gewährleistungsauftrags prüft die KVBW die Teilnahme- und Mitwirkungsvoraussetzungen der Ärzte nach dieser Vereinbarung.

§ 7

Leistungserbringerverzeichnis

Die KVBW führt über die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach § 3 bzw. Anlage 2 A/B zu dieser Vereinbarung (Strukturqualität DMP-verantwortlicher Arzt Asthma bzw. COPD; Strukturqualität pneumologisch-verantwortlicher Arzt Asthma bzw. COPD) ein Verzeichnis und stellt dieses Verzeichnis der LKK BW zur Verfügung.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 8

Medizinische Anforderungen an die DMP Asthma und COPD

- (1) Die Medizinischen Anforderungen sind in den Anlagen 3A und 3B (Versorgungsinhalte) zu dieser Vereinbarung definiert und damit Bestandteil dieser Vereinbarung. Der Leistungserbringer ist zur Beachtung dieser Versorgungsinhalte verpflichtet. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Bei Vorliegen einer weiteren Diagnose, für die medizinische und strukturelle Inhalte in einem Vertrag zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms beschrieben und von den Vertragspartnern vertraglich umgesetzt worden sind, sollen diese in Abstimmung mit den Patienten, auch wenn sie nicht in diesen Vertrag eingeschrieben sind, beachtet werden.

Abschnitt IV Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten/ Fortbildung der Leistungserbringer

§ 9

Bescheinigung des DMP-Arztes

Der DMP-Arzt erstellt in Abhängigkeit vom Grad der Komplikation der Erkrankung entsprechend den Vorgaben der Anlage 3A oder B zu dieser Vereinbarung die Bescheinigung gemäß Anlage 4 dieser Vereinbarung (Bescheinigung über die aktive Teilnahme des Versicherten) und übermittelt sie der LKK BW.

§ 10

Fortbildung der Leistungserbringer

- (1) Die Vertragspartner informieren die DMP-Ärzte und die Fachärzte nach § 5 umfassend über Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen bei den DMP-Ärzten und den Fachärzten nach § 5 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab.

Die Vertragspartner definieren gemeinsam bedarfsorientiert Anforderungen an die für das Disease-Management-Programm relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Leistungserbringer.

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 11 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der LKK BW können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind:
 - 1.1. Teilnahme am Programm Asthma :
 - Die Diagnose des Asthma bronchiale ist gemäß Ziffer 1.2 der Anlage 3A zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) gesichert,
 - Kinder können erst ab Vollendung des fünften Lebensjahres am DMP Asthma teilnehmen. Ferner sind die Kriterien der speziellen Teilnahmevoraussetzungen für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 17 Jahren zu unterscheiden (Anlage 3a).
 - 1.2. Teilnahme am Programm COPD:
 - Die Diagnose COPD ist gemäß Ziffer 1.2 der Anlage 3B zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) gesichert,
 - Versicherte unter 18 Jahren können nicht in das DMP COPD eingeschrieben werden.
 - 1.3. Die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten
- (2) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an einem Programm zu Asthma und COPD ist nicht möglich.
- (3) Der Versicherte kann von der Einschreibung in Hinblick auf die unter Ziffer 1.3.1 der Anlagen 3A oder B genannten Therapieziele profitieren und soll aktiv an der Umsetzung mitwirken.
- (4) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

§ 12 Information und Einschreibung

- (1) Die LKK BW wird ihre Versicherten in geeigneter Weise über das Disease-Management-Programm informieren.
- (2) Die DMP-Ärzte informieren diejenigen ihrer Patienten, die nach § 11 dieser Vereinbarung teilnehmen können. Die Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 13 dieser Vereinbarung bei einem DMP-Arzt einschreiben. Der DMP-Arzt übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der LKK BW. Die Übermittlung ist auch über die KVBW möglich; die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich über das Verfahren.

§ 13 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Der Versicherte erklärt sich auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 5 zu dieser Vereinbarung (Teilnahme- und Einwilligungserklärung) zur Teilnahme an dem Disease-Management-Programm und zur Freigabe der erforderlichen Informationen im Rahmen des Verfahrens nach § 9 dieser Vereinbarung bereit.

§ 14 Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 5 zu dieser Vereinbarung.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der LKK BW kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang des Kündigungsschreibens bei der LKK BW aus dem Programm aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm endet weiterhin, wenn die LKK BW die Teilnahme an dem Programm aufgrund mangelnder aktiver Mitwirkung des Versicherten beendet.
- (4) Die LKK BW informiert den DMP-Arzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm.

§ 15 Wechsel des DMP-Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt zu wechseln. Hierfür kreuzt der neue DMP-Arzt auf der Bescheinigung über die aktive Teilnahme das Feld „Arztwechsel“ an. Nach Eingang der erneuten Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei der LKK BW wird der bisherige DMP-Arzt von der LKK BW informiert.

§ 16 Information und Schulung der Versicherten

- (1) Die LKK BW informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise über das Disease-Management-Programm.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm. Schulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß § 8 dieser Vereinbarung einzubeziehen.
- (4) Das Nähere zur Schulung regelt die Anlage 6 zu dieser Vereinbarung (Schulung der Versicherten).

Abschnitt VI Vergütung und Abrechnung

§ 17 Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen

Die Vergütung und Abrechnung von ärztlichen Leistungen sowie weiterer im Zusammenhang mit dem Disease-Management-Programm stehender Leistungen und Kosten sind in der Anlage 8 zu dieser Vereinbarung (Vergütung und Abrechnung) geregelt.

Abschnitt VII Sonstige Bestimmungen

§ 18 Laufzeit und Kündigung

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2010 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 15. November 2007. Sie ist mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 31.12.2010 kündbar. Bei wichtigem Grund kann der Vertrag von jedem Vertragspartner gekündigt werden.

Stuttgart, den

Dr. med. Achim Hoffmann-Goldmayer
Vorsitzender des Vorstandes
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Reinhold Knittel
Direktor
LKK Baden-Württemberg

Übersicht Anlagen

Anlage 1A	Strukturqualität DMP-verantwortlicher Arzt Asthma
Anlage 1B	Strukturqualität DMP-verantwortlicher Arzt COPD
Anlage 2A	Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt Asthma
Anlage 2B	Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt COPD
Anlage 3A	Versorgungsinhalte Asthma
Anlage 3B	Versorgungsinhalte COPD
Anlage 4	Bescheinigung über die aktive Teilnahme der Versicherten
Anlage 5	Teilnahme- und Einwilligungserklärung
Anlage 6	Schulung der Versicherten
Anlage 7	Einschreibeinformation Asthma/COPD
Anlage 8	Vergütung und Abrechnung

Strukturqualität DMP-verantwortlicher Arzt Asthma nach § 3

1. Versorgungsstufe

Strukturvoraussetzungen DMP-verantwortlicher Arzt

Teilnahmeberechtigt als DMP-verantwortlicher Arzt sind Ärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und die die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten.

Neben dem unten genannten koordinierenden Arzt kann in Ausnahmefällen ein Patient mit Asthma einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung wählen.

Leistungserbringer der 1. Versorgungsstufe	Voraussetzungen
<p>Fachliche Voraussetzungen – ärztliches Personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin oder • Facharzt/Fachärztin für Innere oder • Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt/-Kinderärztin) oder • Praktischer Arzt, <p>die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.</p> <p>In Ausnahmefällen können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende</p> <ul style="list-style-type: none"> – Internisten – Fachärztlich tätige Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie – Lungenärzte <p>vom Versicherten für die Koordination der Behandlung gewählt werden.</p> <p>Ärzte, die hierbei nicht die Qualifikation nach Anlage 2A/2B erfüllen, müssen bei mindestens durchschnittlich 15 Patienten pro Quartal eine Spirometrie durchführen bzw. bei mindestens durchschnittlich 15 Patienten im Quartal mit Diagnose Asthma eine Gebührenordnungsposition abrechnen, in der die Spirometrie enthalten ist.</p> <p>Die KVBW prüft die Anzahl der abgerechneten Spirometrien einmalig bei Antrag auf Teilnahme genehmigung. Der Prüfungszeitraum erstreckt sich über die letzten vier Quartale vor Antragstellung.</p>

Organisatorische Voraussetzung	<p>Diese Ausnahmefälle gelten insbesondere unter der Voraussetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> - dass der Versicherte vor der Einschreibung bereits dauerhaft von diesem Arzt betreut worden ist <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> - dass aus medizinischen Gründen die Betreuung des Versicherten durch einen qualifizierten Facharzt notwendig ist. <p>jeweils:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung bzw. Curriculum zu chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen oder Information durch das Arzt-Manual vor Beginn der Teilnahme - mindestens alle 2 Jahre Teilnahme an einer geeigneten Fortbildung zu chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen; die erste Fortbildung soll spätestens im Jahr nach der Teilnahmeerklärung besucht werden. - Zusammenarbeit / Kenntnisse über die Selbsthilfegruppen in der Region
Apparative/räumliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> - Spirometrie mit Flussvolumenkurve einschl. in- und expiratorischer Messung, graph. Registrierung und Dokumentation - Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung bei Durchführung von Schulungen

Überweisung vom koordinierenden Arzt/Ärztin zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt/ Fachärztin bzw. Einrichtung

Die Überweisung vom koordinierenden Arzt/Ärztin (in der Regel Hausarzt/Hausärztin) zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt/Fachärztin bzw. Einrichtung ist insbesondere bei folgenden Indikationen zu prüfen:

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter Behandlung
- wenn eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird
- vorausgegangene Notfallbehandlung
- Beenden einer antientzündlichen Dauertherapie
- Begleiterkrankungen (z.B. COPD, chronische Sinusitis, rezidivierender Pseudo-Krupp)
- Verdacht auf allergische Genese des Asthma bronchiale
- Verdacht auf berufsbedingtes Asthma
- Verschlechterung des Asthma in der Schwangerschaft

Einweisung in ein Krankenhaus

Indikationen zur sofortigen stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und 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/min¹, 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.

¹ Wettengel R, Berdel D, Hofmann J, et al.: Empfehlungen zur Asthmatherapie bei Kindern und Erwachsenen. Pneumologie 1998; 52: 591-601

Strukturqualität DMP-verantwortlicher Arzt COPD nach § 3

1. Versorgungsstufe

Strukturvoraussetzungen DMP-verantwortlicher Arzt

Teilnahmeberechtigt als DMP-verantwortlicher Arzt sind Ärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und die die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten.

Neben dem unten genannten koordinierenden Arzt kann in Ausnahmefällen ein Patient mit COPD einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung wählen.

Leistungserbringer der 1. Versorgungsstufe	Voraussetzungen
<p>Fachliche Voraussetzungen – ärztliches Personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin oder • Facharzt/Fachärztin für Innere oder • Praktischer Arzt, <p>die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.</p> <p>In Ausnahmefällen können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende</p> <ul style="list-style-type: none"> – Internisten sowie – Lungenärzte <p>vom Versicherten für die Koordination der Behandlung gewählt werden.</p> <p>Ärzte, die hierbei nicht die Qualifikation nach Anlage 2A/2B erfüllen, müssen bei mindestens durchschnittlich 15 Patienten pro Quartal eine Spirometrie durchführen bzw. bei mindestens durchschnittlich 15 Patienten im Quartal mit Diagnose COPD eine Gebührenordnungsposition abrechnen, in der die Spirometrie enthalten ist.</p> <p>Die KVBW prüft die Anzahl der abgerechneten Spirometrien einmalig bei Antrag auf Teilnahmegenehmigung. Der Prüfungszeitraum erstreckt sich über die letzten vier Quartale vor Antragstellung.</p> <p>Diese Ausnahmefälle gelten insbesondere unter der Voraussetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> – dass der Versicherte vor der Einschreibung bereits dauerhaft von diesem Arzt betreut worden ist <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> – dass aus medizinischen Gründen die Betreuung des Versicherten durch einen qualifizierten Facharzt notwendig ist

Organisatorische Voraussetzung	jeweils: <ul style="list-style-type: none">• Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung bzw. Curriculum zu chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen oder Information durch das Arzt-Manual vor Beginn der Teilnahme• mindestens alle 2 Jahre Teilnahme an einer geeigneten Fortbildung zu chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen; die erste Fortbildung soll spätestens im Jahr nach der Teilnahmeerklärung besucht werden.• Zusammenarbeit / Kenntnisse über die Selbsthilfegruppen in der Region
Apparative/räumliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none">• Spirometrie mit Flussvolumenkurve einschl. in- und expiratorischer Messung, graph. Registrierung und Dokumentation• Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung bei Durchführung von Schulungen

Überweisung vom koordinierenden Arzt/Ärztin zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt/ Fachärztin bzw. Einrichtung

Die Überweisung vom koordinierenden Arzt/Ärztin (in der Regel Hausarzt/Hausärztin) zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt/Fachärztin bzw. Einrichtung ist insbesondere bei folgenden Indikationen zu prüfen:

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensiver Behandlung,
- wenn eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird,
- vorausgegangene Notfallbehandlung,
- Begleiterkrankungen (z.B. schweres Asthma bronchiale, symptomatische Herzinsuffizienz, zusätzliche chronische Lungenerkrankungen),
- Verdacht auf respiratorische Insuffizienz (z.B. zur Prüfung der Indikation zur Langzeitsauerstofftherapie bzw. intermittierenden häuslichen Beatmung),
- Verdacht auf berufsbedingte COPD.

Einweisung in ein Krankenhaus

Die Einweisung in ein Krankenhaus ist insbesondere unter folgenden Bedingungen zu veranlassen:

- 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 zu erwägen insbesondere:

- bei auffälliger Verschlechterung oder Neuauftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen (z.B. bei schwerer Herzinsuffizienz, pathologischer Fraktur)

Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt Asthma

2. Versorgungsstufe

Leistungserbringer, zu denen bei entsprechender Indikation zur Mit- oder Weiterbehandlung zu überweisen ist, sind Vertragsärzte, die folgende Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen:

Leistungserbringer der 2. Versorgungsstufe (für den vertragsärztlichen ambulanten Versorgungssektor)	Voraussetzungen
Fachliche Voraussetzungen – ärztliches Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie und/oder der Gebiets-/ Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“, • Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt zugelassen sind und aufgrund der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V von der KV Baden-Württemberg die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Abschnitt 13.3.7 des EBM erhalten haben, <p>jeweils mit der Zusatzweiterbildung „Allergologie“. Sofern diese Zusatzweiterbildung nicht vorliegt, kann die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung per Auftragsleistung erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt/Kinderärztin) <ul style="list-style-type: none"> • mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie • Oder mit der Zusatzweiterbildung Allergologie • Oder mit der Berechtigung der KVBW zur Abrechnung von Leistungen nach Kap. 4.4 (Leistungen der schwerpunktorientierten Kinder- u. Jugendmedizin, Kinderpneumologie) • Oder 24-monatige Kinder-pneumologische Zusatzweiterbildung in einer gemäß der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer zugelassenen Weiterbildungsstätte • Oder Nachweis: Trainer der AG Asthmaschulung im Kinder- und Jugendalter
Apparative/räumliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung bei Durchführung von Schulungen

	<p>Mindest-Anforderungen an die Ausstattung zur Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/qualifizierten Einrichtung für Erwachsene sind die apparativen Voraussetzungen, die nötig sind zur Abrechnung der Komplexe 13650 und 13651 EBM 2000 plus, (mindestens jedoch CE-geprüfte Geräte zur Durchführung von Spirometrie, Ganzkörper-Plethysmographie, Ausstattung zur Bestimmung der kapillaren Blutgase) sowie zur Röntgenaufnahme Thorax, ggf. als Auftragsleistung und allergologische Diagnostik, ggf. als Auftragsleistung</p> <p>Mindest-Anforderungen an die Ausstattung zur Durchführung der diagnostischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/qualifizierten Einrichtung für Kinder/Jugendliche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung und Beurteilung einer qualifiziert angelegten Flussvolumenkurve, Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Raw, Rocc, IOS) und/oder Bodyplethysmographie und/oder Helium-FRC-Bestimmung • Durchführung einer Sauerstoffsättigungsmessung (SO₂) und/oder einer nächtlichen Sauerstoffsättigungsmessung oder Durchführung der Blutgasanalyse • Spezifische und/oder unspezifische (z.B. Laufband) bronchiale Provokationstestung • Allergologische Diagnostik (Pricktestung, ggf. Rasttestung) • Spezifische Immuntherapie
<p>Organisatorische Voraussetzungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung bzw. Curriculum zu chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen oder Information durch das Arzt-Manual vor Beginn der Teilnahme • mindestens alle 2 Jahre Teilnahme an einer geeigneten Fortbildung zu chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen; die erste Fortbildung soll spätestens im Jahr nach der Teilnahmeerklärung besucht werden. • Zusammenarbeit / Kenntnisse über die Selbsthilfegruppen in der Region

<p>Qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116 b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt</p>	<ul style="list-style-type: none">• Entsprechend den fachlichen und strukturellen Anforderungen des ambulanten Versorgungssektors Versorgungsstufe 2 und• zusätzlich dauernde Erreichbarkeit eines Arztes/einer Ärztin mit dem Nachweis der Voraussetzungen gemäß der <i>Fachkundebescheinigung nach Röntgenverordnung</i>*• sowie Qualitätsnachweise zur Durchführung der Diagnostik analog zum ambulanten Bereich (sofern dort zur Erbringung und Abrechnung der Leistung erforderlich)
---	---

Einweisung in ein Krankenhaus

Indikationen zur sofortigen stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und 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.

* Gem. Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz für den Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin/Zahnmedizin

† Wettengel R, Berdel D, Hofmann J, et al.: Empfehlungen zur Asthmatherapie bei Kindern und Erwachsenen. Pneumologie 1998; 52: 591-601

Weitere mitwirkende Fachärzte dieser Vereinbarung

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
Ärzte mit Zusatzweiterbildung Allergologie	
<ul style="list-style-type: none">▪ Ärzte für Psychotherapeutische Medizin▪ Ärzte für Psychiatrie, Psychotherapie▪ Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse▪ psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach der Prüfungs- und Ausbildungsverordnung	

Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt COPD

2. Versorgungsstufe

Leistungserbringer, zu denen bei entsprechender Indikation zur Mit- oder Weiterbehandlung zu überweisen ist, sind Vertragsärzte, die folgende Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen:

Leistungserbringer der 2. Versorgungsstufe (für den vertragsärztlichen ambulanten Versorgungssektor)	Voraussetzungen
Fachliche Voraussetzungen – ärztliches Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie und/oder der Gebiets-/Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“ • Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt zugelassen sind und aufgrund der ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V von der KV Baden-Württemberg die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Abschnitt 13.3.7 des EBM erhalten haben
Apparative/räumliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung bei Durchführung von Schulungen <p>Mindest-Anforderungen an die Ausstattung zur Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/qualifizierten Einrichtung für Erwachsene sind die apparativen Voraussetzungen, die nötig sind zur Abrechnung der Komplexe 13650 und 13651 EBM 2000 plus, (mindestens jedoch CE-geprüfte Geräte zur Durchführung von Spirometrie, Ganzkörper-Plethysmographie, Ausstattung zur Bestimmung der kapillaren Blutgase) sowie Röntgenaufnahme Thorax, ggf. als Auftragsleistung und (bei Asthma) allergologische Diagnostik, ggf. als Auftragsleistung</p>
Organisatorische Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung bzw. Curriculum zu chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen oder Information durch das Arzt-Manual vor Beginn der Teilnahme • mindestens alle 2 Jahre Teilnahme an einer geeigneten

	<p>Fortbildung zu chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen; die erste Fortbildung soll spätestens im Jahr nach der Teilnahmeerklärung besucht werden.</p> <ul style="list-style-type: none">• Zusammenarbeit / Kenntnisse über die Selbsthilfegruppen in der Region
<p>Qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116 b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt</p>	<ul style="list-style-type: none">• Entsprechend den fachlichen und strukturellen Anforderungen des ambulanten Versorgungssektors Versorgungsstufe 2 und• zusätzlich dauernde Erreichbarkeit eines Arztes/einer Ärztin mit dem Nachweis der Voraussetzungen gemäß der <i>Fachkundebescheinigung nach Röntgenverordnung</i>¹• sowie Qualitätsnachweise zur Durchführung der Diagnostik analog zum ambulanten Bereich (sofern dort zur Erbringung und Abrechnung der Leistung erforderlich)

Einweisung in ein Krankenhaus

Die Einweisung in ein Krankenhaus ist insbesondere unter folgenden Bedingungen zu veranlassen:

- 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 zu erwägen insbesondere:

- bei auffälliger Verschlechterung oder Neuauftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen (z.B. bei schwerer Herzinsuffizienz, pathologischer Fraktur)

¹ Gem. Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz für den Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin/Zahnmedizin

Weitere mitwirkende Fachärzte dieser Vereinbarung

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
Ärzte mit Zusatzweiterbildung Allergologie	
<ul style="list-style-type: none">▪ Ärzte für Psychotherapeutische Medizin▪ Ärzte für Psychiatrie, Psychotherapie▪ Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse▪ psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach der Prüfungs- und Ausbildungsverordnung	

Versorgungsinhalte Asthma

Teil I: Asthma bronchiale

- 1** **Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors**

1.1 Definition des Asthma bronchiale

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

1.2 Diagnostik

Die Diagnostik des Asthma bronchiale basiert auf einer für die Erkrankung typischen Anamnese, ggf. dem Vorliegen charakteristischer Symptome, und dem Nachweis einer (partiell-) reversiblen Atemwegsobstruktion bzw. einer bronchialen Hyperreagibilität.

1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- wiederholtes Auftreten anfallsartiger, oftmals nächtlicher Atemnot und/oder Husten mit oder ohne Auswurf, insbesondere bei Allergenexposition, während oder nach körperlicher Belastung, bei Infekten, thermischen Reizen, Rauch- und Staubexposition,
- jahreszeitliche Variabilität der Symptome,
- positive Familienanamnese (Allergie, Asthma bronchiale),
- berufs-, tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten.

Die körperliche Untersuchung zielt ab auf den Nachweis von Zeichen einer bronchialen Obstruktion, die aber auch fehlen können.

1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

Die Basisdiagnostik umfasst die Messung der Atemwegsobstruktion, ihrer Reversibilität und Variabilität. Die Lungenfunktionsdiagnostik dient somit der Sicherung der Diagnose, der differenzialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen obstruktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten sowie zur Verlaufs- und Therapiekontrolle ¹⁾, ²⁾, ³⁾.

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer aktuellen oder längstens zwölf Monate zurückliegenden asthmatypischen Anamnese gemäß Ziffer 1.2.1 und das Vorliegen von mindestens einem der folgenden Kriterien erforderlich:

Bei Erwachsenen ist mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

1 Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie des Asthma bronchiale im Erwachsenenalter, 1. Aufl. 2001, AVP Sonderheft.

2 British Thoracic Society (BTS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): British Guideline on the management of Asthma. A national clinical guideline. Thorax 2003; 58 (Suppl.): i1-i94.

3 National Institute of Health: Global Initiative for Asthma – Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.com: 2002 (Zugriff am 23. 1. 2003).

Anlage 3A zur Vereinbarung DMP Asthma/COPD zwischen der KVBW und der LKK BW
ab 01.01.2010

- Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich 70 % und Nachweis der (Teil-) Reversibilität
- durch Zunahme der FEV₁ um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV₁ um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach bis zu 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden ^{2), 4)},
- circadiane PEF-Variabilität größer 20 % über 3 bis 14 Tage,
- Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Im Alter von 5 bis 17 Jahren ist mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich 75 % und Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV₁ um mindestens 15 % nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV₁ um mindestens 15 % nach bis zu 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden ^{2), 4)},
- circadiane PEF-Variabilität größer 20 % über 3 bis 14 Tage,
- Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen, standardisierten, nicht inhalativen oder durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Eine gleichzeitige Einschreibung in Teil I (Asthma bronchiale) und Teil II (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms ist nicht möglich.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Ziffer 2. Die Ärztin oder der Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik

Bei Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale ist zu prüfen, ob eine allergologische Stufendiagnostik durchzuführen ist.

Die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung soll durch eine/einen

- allergologisch qualifizierte/n und pneumologisch kompetente/n oder
 - allergologisch und pneumologisch qualifizierte/n
- Ärztin/Arzt erfolgen.

4 Weir DC et al.: Time course of response to oral and inhaled corticosteroids in non-asthmatic chronic airflow obstruction. Thorax 1990; 45: 118-121.

1.3 Therapieziele

Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität.

Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten anzustreben:

1. Vermeidung/Reduktion von:

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

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

2. Reduktion der Asthma-bedingten Letalität.

1.4 Differenzierte Therapieplanung

Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen, dabei ist auch das Vorliegen von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) zu berücksichtigen.

Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach Aufklärung über Nutzen und Risiken.

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt soll die Patientin oder den Patienten insbesondere hinweisen auf:

- relevante Allergene und deren Vermeidung (soweit möglich),
- sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen, emotionale Belastung) und deren Vermeidung,
- Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des Asthma bronchiale führen können.

1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

Jede Patientin und jeder Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten. Im Übrigen gelten die unter Ziffer 3.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien.

1.5.3 Körperliche Aktivitäten

Körperliche Aktivität kann zu einer Verringerung der Asthma-Symptomatik und zur Verbesserung von Belastbarkeit und Lebensqualität beitragen^{5), 6), 7), 8), 9)}. Daher sollte die/der behandelnde Ärztin/Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass die Patientin oder der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der körperlichen Aktivität ergreift. Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal jährlich überprüft werden. Insbesondere sollte darauf hingewirkt werden, dass Schulkinder mit Asthma bronchiale unter Berücksichtigung der individuellen und aktuellen Leistungsfähigkeit regelmäßig am Schulsport teilnehmen.

1.5.4 Rehabilitation

Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem asthmakranke Patientinnen und Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch Asthma bronchiale und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken. Dabei ist den besonderen Bedürfnissen betroffener Kinder und Jugendlicher Rechnung zu tragen.

Die Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale sein.

Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung ist gemäß Ziffer 1.6.4 individuell zu prüfen.

1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale ist durch die/den Ärztin/Arzt zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen (z. B. verhaltenstherapeutischen) und/oder psychiatrischen Behandlungen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

1.5.6 Medikamentöse Maßnahmen

Zur medikamentösen Therapie sind mit der Patientin oder dem Patienten ein individueller Therapieplan zu erstellen und Maßnahmen zum Selbstmanagement zu erarbeiten (siehe auch strukturierte Schulungsprogramme (Ziffer 3)).

5) Worth H.A., Meyer et al.: Empfehlungen der Deutschen Atemwegsliga zum Sport und körperlichen Training bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen. *Pneumologie* 2000; 54: 61-67.

6) Cochrane LM, Clark CJ: Benefits and problems of a physical training programme for asthmatic patients. *Thorax* 1990; 45: 345-351.

7) Clark CJ: The role of physical training in asthma. *Principles and practice of pulmonary rehabilitation*. Casabury and Petty. Saunders, Philadelphia, 1993.

8) Meyer A et al.: Ambulanter Asthmasport verbessert die körperliche Fitness. *Pneumologie* 1997; 51: 845-849.

9) Emtner M et al.: A 3-Year Follow-Up of Asthmatic Patients Participating in a 10-Week Rehabilitation Program with Emphasis on Physical Training. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 539-544

Anlage 3A zur Vereinbarung DMP Asthma/COPD zwischen der KVBW und der LKK BW
ab 01.01.2010

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3 genannten Therapieziele in prospektiven randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. Dabei sollen diejenigen Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen oder Kombinationen bevorzugt werden, die diesbezüglich den größten Nutzen erbringen.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirksamkeitsbelege bezüglich der unter Ziffer 1.3 genannten Therapieziele vorliegen.

In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika (Medikamente, die als Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika (Medikamente, die bei Bedarf, z. B. bei zu erwartenden körperlichen Belastungssituationen oder zur Behandlung von Dyspnoe eingenommen werden) unterschieden.

1.5.6.1 Dauertherapie

Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen verwendet werden:

- inhalative Glukokortikosteroide ^{10), 11), 12), 13), 14), 15), 16)} (Beclometason, Budesonid, Fluticason) (Basistherapie),

10) Adams N, Bestall JM, Jones PW: Inhaled beclomethasone versus budesonide for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

11) Adams N, Bestall JM, Jones PW: Inhaled fluticasone at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

12) Adams N, Bestall J, Jones PW: Inhaled fluticasone propionate for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

13) Adams NP, Bestall JM, Jones PW: Inhaled beclomethasone versus placebo for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

14) Adams N, Bestall J, Jones P: Inhaled budesonide at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

15) Adams N, Bestall J, Jones PW: Budesonide for chronic asthma in children and adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

16) Adams N, Bestall J, Jones P: Inhaled beclomethasone at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

Anlage 3A zur Vereinbarung DMP Asthma/COPD zwischen der KVBW und der LKK BW
ab 01.01.2010

Als Erweiterung der Basistherapie kommen in Betracht:

- inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika ^{17), 18), 19), 20), 21), 22)}, (Formoterol, Salmeterol),
in begründeten Fällen:
 - systemische Glukokortikosteroide,
 - Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten ^{23), 24), 25)} (Montelukast), Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung).

Nach einer initialen Einweisung in die Inhalationstechnik sollte diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden.

Bei Undurchführbarkeit einer Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (z. B. Ablehnung oder Unverträglichkeit) als Basismedikation ist vor Verordnung einer unterlegenen, alternativen antientzündlichen Therapie ein Aufklärungsgespräch über Risiken dieser Therapieoptionen zu führen.

1.5.6.2 Bedarfstherapie

Vorrangig sollen zur Bedarfstherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika ²⁶⁾, (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin) (bevorzugt inhalativ),
in begründeten Fällen:
 - kurz wirksame Anticholinergika ^{1), 27), 28)} (Ipratropiumbromid),
 - Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung),
 - systemische Glukokortikosteroide (maximal 1 bis 2 Wochen).

17) Shrewsbury S, Pyke S, Britton M: Meta-analysis of increased dose of inhaled steroid or addition of salmeterol in symptomatic asthma (MIASMA). *BMJ* 2000; 320: 1368-73.

18) <http://www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2003/ANS01192.html>; Zugriff am 25.1.2003.

19) <http://www.fda.gov/medwatch/SAFETY/2003/serevent.htm>; Zugriff am 25.1.2003.

20) Pauwels RA, Löfdahl CG, Postma DS, et al.: Effect of inhaled formoterol and budesonide on exacerbations of asthma. *N Engl J Med* 1997; 337: 1405-1411.

21) Lazarus SC, Boushey HA, Fahy JV, et al.: Long-acting β_2 -agonist monotherapy vs continued therapy with inhaled corticosteroids in patients with persistent asthma. A randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2583-2593.

22) Lemanske RF, Sorkness CA, Mauger EA, et al.: Inhaled corticosteroid reduction and elimination in patients with persistent asthma receiving salmeterol. A randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2594-2603.

23) Ducharme FM, Hicks GC: Anti-leukotriene agents compared to inhaled corticosteroids in the management of recurrent and/or chronic asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

24) Ducharme F, Hicks K, Kakuma R: Addition of anti-leukotriene agents to inhaled corticosteroids for chronic asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

25) Robinson DS, Campbell C, Barnes PJ: Addition of leukotriene antagonists to therapy in chronic persistent asthma: a randomised double-blind placebo-controlled trial. *Lancet* 2001; 357: 2007-2011.

26) Walters EH, Walters J: Inhaled short acting beta2-agonist use in asthma: regular versus as needed treatment (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

27) Plotnick LH, Ducharme FM: Combined inhaled anticholinergics and beta2-agonists for initial treatment of acute asthma in children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

28) National Institute of Health. Global Initiative for Asthma - Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.com: 2002 (Zugriff am 23.1.2003).

1.5.6.3 Spezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung

Wenn bei Vorliegen eines allergischen Asthma bronchiale Symptome mit Allergenkarenzversuch und Pharmakotherapie nicht ausreichend zu beseitigen sind, ist die Indikation zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie/Hyposensibilisierung zu prüfen.

1.5.6.4 Schutzimpfungen

Schutzimpfungen gegen Influenza und Pneumokokken sollten gemäß den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale erwogen werden.

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Asthma bronchiale erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

1.6.1 Koordinierende/r Ärztin/Arzt

Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben.

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Asthma bronchiale eine zugelassene/n oder ermächtigte/n qualifizierte/n Fachärztin/Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder diesem Arzt von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.6.2 sind von der gewählten Ärztin oder dem gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der/des qualifizierten Fachärztin/Facharztes oder der qualifizierten Einrichtung befinden, hat diese/dieser bei einer Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an die Hausärztin oder den Hausarzt möglich ist.

1.6.2 Überweisung von der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

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

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensiver Behandlung,

Anlage 3A zur Vereinbarung DMP Asthma/COPD zwischen der KVBW und der LKK BW
ab 01.01.2010

- wenn eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird,
- vorausgegangene Notfallbehandlung,
- Beenden einer antientzündlichen Dauertherapie,
- Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Sinusitis, rezidivierender Pseudo-Krupp),
- Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale,
- Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale,
- Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft.

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

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

Indikationen zur sofortigen stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und 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/min²⁹⁾, 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.

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

1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Eine Rehabilitationsleistung ist insbesondere zu erwägen bei schweren Asthmaformen mit relevanten Krankheitsfolgen trotz adäquater medizinischer Betreuung, insbesondere bei Ausschöpfung der Therapie bei schwierigen und instabilen Verläufen mit schwerer bronchialer Obstruktion, ausgeprägter bronchialer Hyperreagibilität, psychosozialer Belastung und/oder bei schweren medikamentös bedingten Folgekomplikationen^{30), 31), 32), 33), 34), 35)}

29) Wettengel R, Berdel D, Hofmann J, et al.: Empfehlungen zur Asthmatherapie bei Kindern und Erwachsenen. Pneumologie 1998; 52: 591-601

30) Cox NJ, Hendricks JC, Binkhorst RA, van Herwaarden CL: A pulmonary rehabilitation program for patients with asthma and mild chronic obstructive pulmonary diseases (COPD). Lung 1993; 171: 235-244.

31) Cambach W, Wagenaar RC, Koelman TW, van Keimpema AR, Kemper HC: The long-term effects of pulmonary rehabilitation in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease: a research synthesis. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80: 103-111.

32) Grootendorst DC et al. : Benefits of high altitude allergen avoidance in atopic adolescents with moderate to severe asthma, over and above treatment with high dose inhaled steroids. Clin Exp Allergy 2001; 31: 400-408.

33) Foglio K, Bianchi L, Bruletti G, Battista L, Pagani M, Ambrosino N: Long-term effectiveness of pulmonary rehabilitation in patients with chronic airway obstruction. Eur Respir J 1999; 13: 125-132.

Bei Kindern und Jugendlichen ist eine Rehabilitationsmaßnahme außerdem zu erwägen bei krankheitsbedingt drohender Leistungs- und Entwicklungsstörung.

2. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten

2.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt soll prüfen, ob die Diagnose des Asthma bronchiale gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

Die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres wird durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben.

2.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer aktuellen oder längstens zwölf Monate zurückliegenden asthmatypischen Anamnese gemäß Ziffer 1.2.1 und das Vorliegen von mindestens einem der folgenden Kriterien erforderlich. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als zwölf Monate sein.

Bei Erwachsenen ist mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV_1/VC kleiner/gleich 70 % und Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach bis zu 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden⁴⁾
- circadiane PEF-Variabilität größer 20 % über 3 bis 14 Tage,
- Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Im Alter von 5 bis 17 Jahren ist mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV_1/VC kleiner/gleich 75 % und Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % nach bis zu 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden⁴⁾,
- circadiane PEF-Variabilität größer 20 % über 3 bis 14 Tage,

34) Bauer CP, Petermann F, Kiosz D, Stachow R: Langzeiteffekt der stationären Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit mittelschwerem und schwerem Asthma bronchiale. Pneumologie 2002; 56: 478-485.

35) Petermann F, Gulyas A, Niebank K, Stübing K, Warschburger P: Rehabilitationserfolge bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma und Neurodermitis. Allergologie 2000; 23: 492-502.

4) Weir DC et al.: Time course of response to oral and inhaled corticosteroids in non-asthmatic chronic airflow obstruction. Thorax 1990; 45: 118-121.

- Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen, standardisierten, nicht inhalativen oder durch einen unspezifischen standardisierten mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Eine/Ein aktuell unter Regelmedikation stehende/r Patientin/Patient mit Asthma bronchiale kann eingeschrieben werden, wenn die Diagnose vor Therapiebeginn wie unter Ziffer 1.2.2 gestellt wurde und eine asthmatypische Anamnese aus dem Zeitraum der letzten zwölf Monate vor Einschreibung vorliegt.

Eine gleichzeitige Einschreibung in Teil I (Asthma bronchiale) und Teil II (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms ist nicht möglich.

Nach zwölfmonatiger Symptombefreiheit ohne asthmaspezifische Therapie soll die Ärztin oder der Arzt prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3 genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3. Schulungen

Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

3.1 Schulungen der Leistungserbringer

Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Management-Komponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.

3.2 Schulungen der Versicherten

Jede Patientin und jeder Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

Patientenschulungen dienen der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten gemäß dieser Anlage herzustellen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Schulungs- und Behandlungsprogramme müssen die individuellen Behandlungspläne berücksichtigen. Schulungsprogramme für Kinder und für Jugendliche können die Möglichkeit der Schulung von ständigen Betreuungspersonen vorsehen. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

Versorgungsinhalte COPD

Teil II: Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors

1.1 Definition der chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD)

Die COPD ist eine chronische, in der Regel progrediente Atemwegs- und Lungenerkrankung, die durch eine nach Gabe von Bronchodilatoren und/oder Glukokortikosteroiden nicht vollständig reversible Atemwegsobstruktion auf dem Boden einer chronischen Bronchitis mit oder ohne Lungenemphysem gekennzeichnet ist.

Eine chronische Bronchitis ist durch dauerhaften Husten, in der Regel mit Auswurf über mindestens ein Jahr gekennzeichnet. Eine chronische obstruktive Bronchitis ist zusätzlich durch eine permanente Atemwegsobstruktion mit oder ohne Lungenüberblähung gekennzeichnet. Das Lungenemphysem ist charakterisiert durch eine Abnahme der Gasaustauschfläche der Lunge. Ausmaß der Obstruktion, Lungenüberblähung und Gasaustauschstörung können unabhängig voneinander variieren.

1.2 Hinreichende Diagnostik zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm COPD

Die Diagnostik der COPD basiert auf einer für die Erkrankung typischen Anamnese, ggf. dem Vorliegen charakteristischer Symptome, und dem Nachweis einer Atemwegsobstruktion mit fehlender oder geringer Reversibilität.

1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- täglich Husten, meist mit täglichem Auswurf, mindestens über ein Jahr,
- Atemnot bei körperlicher Belastung, bei schweren Formen auch in Ruhe,
- langjähriges Inhalationsrauchen,
- Berufsanamnese,
- Infektanamnese,
- differentialdiagnostisch relevante Erkrankungen, insbesondere Asthma bronchiale und Herzerkrankungen.

Die körperliche Untersuchung zielt ab auf den Nachweis von Zeichen einer bronchialen Obstruktion, einer Lungenüberblähung und eines Cor pulmonale. Bei Patientinnen und Patienten mit geringer Ausprägung der COPD kann der körperliche Untersuchungsbefund unauffällig sein. Bei schwerer COPD können Giemen und Brummen fehlen, in diesen Fällen ist das Atemgeräusch deutlich abgeschwächt.

Neben der COPD kann ein Asthma bronchiale bestehen. In solchen Fällen bestehen zusätzlich Zeichen der bronchialen Hyperreagibilität und eine größere Variabilität bzw. Reversibilität der Atemwegsobstruktion.

1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

Die Basisdiagnostik umfasst die Messung der Atemwegsobstruktion mit Nachweis einer fehlenden oder geringen Reversibilität. Die Lungenfunktionsdiagnostik dient somit der Sicherung der Diagnose, der differentialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen obstruktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten sowie zur Verlaufs- und Therapiekontrolle.

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer COPD-typischen Anamnese, der Nachweis einer Reduktion von FEV₁ unter 80 % des Sollwertes und mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich 70 % und Zunahme der FEV₁ um weniger als 15 % und/oder um weniger als 200 ml 10 Minuten nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums oder 30 Minuten nach Inhalation eines kurz wirksamen Anticholinergikums (Bronchodilatator-Reversibilitätstestung).
- Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich 70 % und Zunahme der FEV₁ um weniger als 15 % und/oder um weniger als 200 ml nach mindestens 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder mindestens 28-tägiger Gabe eines inhalativen Glukokortikosteroids in einer stabilen Krankheitsphase (Glukokortikosteroid-Reversibilitätstestung).
- Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder einer Gasaustauschstörung bei Patientinnen und Patienten mit FEV₁/VC größer 70 % und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat.

Eine gleichzeitige Einschreibung in Teil I (Asthma bronchiale) und Teil II (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms ist nicht möglich.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Ziffer 2. Die Ärztin/Der Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

1.3 Therapieziele

Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität.

Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten anzustreben:

1. Vermeidung/Reduktion von:
 - akuten und chronischen Krankheits-Beeinträchtigungen (z. B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
 - einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag,
 - einer raschen Progredienz der Erkrankung
 - bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie;
2. Reduktion der COPD-bedingten Letalität.

1.4 Differenzierte Therapieplanung

Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen. Dabei ist auch das Vorliegen von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) zu berücksichtigen.

Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken.

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen. Für die individuelle Risikoabschätzung sind insbesondere die Lungenfunktion (FEV₁) und das Körpergewicht prognostisch relevant.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Maßnahmen

1.5.1.1 Allgemeine nicht-medikamentöse Maßnahmen

Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt soll die Patientin oder den Patienten insbesondere hinweisen auf:

- COPD-Noxen bzw. -Verursacher (z. B. Aktiv- und Passivrauchen, ausgeprägte, auch berufsbedingte Staubbelastung) und deren Vermeidung,
- Infektionsprophylaxe,
- Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung der COPD führen können,
- eine adäquate Ernährung (hyperkalorisch) bei Untergewicht ^{1), 2), 3)}

1.5.1.2 Tabakentwöhnung

Inhalationsrauchen verschlechtert die Prognose einer COPD erheblich. Deswegen stehen Maßnahmen zur Raucherentwöhnung im Vordergrund der Therapie.

Im Rahmen der Therapie klärt die/der behandelnde Ärztin/Arzt die Patientin oder den Patienten über die besonderen Risiken des Tabakrauchens für Patientinnen und Patienten mit COPD auf, verbunden mit spezifischen Beratungsstrategien ^{4), 5), 6), 7)} und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben:

1) Landbo C, Prescott E, Lange P, Vestbo J, Almdal TP: Prognostic value of nutritional status in chronic pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 1856-1861.

2) Schols AMWJ, Soeters PB, Mostert R, Pluymers RJ, Wouters EFM: Physiological effects of nutritional support and anabolic steroids in COPD patients: a placebo controlled randomised trial. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 1268-1274.

3) Wouters EFM, Schols AMWJ: Nutritional support in chronic respiratory diseases. In: Donner CF, Decramer M (Ed): *Pulmonary Rehabilitation 2000*; 5: Monograph 13: 111-131.

4) Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J: Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002; 22(4): 267-284.

5) West R, McNeill A, Raw M: Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55(12): 987-999.

6) Silagy, C., Stead, LF: Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 2: CD 000165.

Anlage 3B zur Vereinbarung DMP Asthma/COPD zwischen der KVBW und der LKK BW
ab 01.01.2010

- Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden.
- Raucherinnen und Raucher sollten in einer klaren, auffordernden und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es sollte festgestellt werden, ob die Raucherin oder der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Für ausstiegsbereite Raucherinnen und Raucher sollte professionelle Beratungshilfe (z. B. verhaltenstherapeutisch) zur Verfügung gestellt werden.
- Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

1.5.1.3 Körperliches Training

Körperliches Training führt in der Regel zu einer Verringerung der COPD-Symptomatik, zur Besserung der Belastbarkeit und kann zur Verbesserung der Lebensqualität oder Verringerung der Morbidität beitragen^{8), 9), 10)}

Daher soll die/der behandelnde Ärztin/Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass die Patientin oder der Patient geeignete Maßnahmen des körperlichen Trainings ergreift. Ein regelmäßiges, mindestens einmal wöchentliches Training, soll empfohlen werden. Art und Umfang des körperlichen Trainings sollen sich an der Schwere der Erkrankung und der Verfügbarkeit der Angebote orientieren.

1.5.1.4 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

Jede Patientin und jeder Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten. Im Übrigen gelten die unter Ziffer 3.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien.

1.5.1.5 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)

Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemtherapie ist ein ergänzender Teil der nicht-medikamentösen Behandlung der COPD^{11), 12), 13), 14), 15), 16)}

7) van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RWJG, Jacobs JE, van Schayck CP: Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.

8) Griffiths et al.: Results at one-year of out-patient multidisciplinary pulmonary rehabilitation. Lancet 2000, 355: 362-368.

9) Garcia-Aymerich J, Ferrero E, Felez MA, Izquierdo J, Marrades RM, Anto JM: Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. Thorax 2003; 58(2): 100-105.

10) Pulmonary Rehabilitation Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Guidelines. Chest 1997; 112(5): 1363-1396.

11) Cegla UH, Jost JH, Harten A, Weber T: RC-Cornet(R) improves the bronchodilating effect of Ipratropiumbromide (Atrovent(R)) inhalation in COPDpatients [Article in German]: Pneumologie 2001; 55(10): 465-469.

12) Cegla UH, Bautz M, Frode G, Werner T: [Physical therapy in patients with COPD and tracheobronchial instability-comparison of 2 oscillating PEP systems (RC-Cornet, VRP1 Desitin). Results of a randomized prospective study of 90 patients [Article in German]: Pneumologie 1997; 51(2): 129-136.

13) Bellone A, Spagnolatti L, Massobrio M, Bellei E, Vinciguerra R, Barbieri A, Iori E, Bendinelli S, Nava S: Short-term effects of expiration under positive pressure in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and mild acidosis requiring non-invasive positive pressure ventilation. Intensive Care Med 2002; 28(5): 581-585.

14) Wijkstra PJ, Ten Vergert EM, van Altena R, Otten V, Kraan J, Postma DS, Koeter GH: Long term benefits of rehabilitation at home on quality of life and exercise tolerance in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 1995; 50: 824-828.

Anlage 3B zur Vereinbarung DMP Asthma/COPD zwischen der KVBW und der LKK BW
ab 01.01.2010

In geeigneten Fällen (z. B. starke Schleimretention) kann daher die Ärztin oder der Arzt die Verordnung von Krankengymnastik-Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinien erwägen.

1.5.2 Langzeit-Sauerstoff-Therapie

Bei Nachweis einer schweren, chronischen Hypoxämie soll geprüft werden, ob eine Langzeit-Sauerstoff-Therapie indiziert ist.

1.5.3 Häusliche Beatmung

Bei Vorliegen einer chronischen Hyperkapnie kann eine intermittierende nicht-invasive häusliche Beatmung erwogen werden.

1.5.4 Rehabilitation

Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem Patientinnen und Patienten mit COPD mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten^{10), 17), 18), 19) 20), 21), 22), 23)} sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die COPD und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken. Dabei ist den besonderen Bedürfnissen betroffener Kinder und Jugendlicher Rechnung zu tragen.

Die Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit COPD sein.

Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung ist gemäß Ziffer 1.6.4 individuell zu prüfen.

15) Minoguchi H, Shibuya M, Miyagawa T, Kokubu F, Yamada M, Tanaka H, Altose MD, Adachi M, Homma I: Cross-over comparison between respiratory muscle stretch gymnastics and inspiratory muscle training. Intern Med 2002; 41(10): 805-812.

16) Steier J, Petro W: Physikalische Therapie bei COPD – Evidence based Medicine? Pneumologie 2002; 56: 388-396.

10) Pulmonary Rehabilitation Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Guidelines. Chest 1997; 112(5): 1363-1396.

17) Lacasse Y, Guyatt GH, Goldstein RS: The components of a respiratory rehabilitation program: a systematic overview. Chest 1997; 111: 1077-1088.

18) Lacasse, Y, L. Brosseau, S. Milne et al.: Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease; The Cochrane Library Issue 1, Oxford 2003.

19) Devine EC, Percy J: Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. Patient Educ Couns 1996; 29: 167-178.

20) Donner CF, Muir JF: Rehabilitation and Chronic Care Scientific Group of the European Respiratory Society. Selection criteria and programmes for pulmonary rehabilitation in COPD patients. Eur Respir J 1997; 10: 744-757.

21) ATS Official Statement: Pulmonary Rehabilitation – 1999. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159: 1666-1682.

22) Fishman AP: Pulmonary rehabilitation research. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149: 825-833.

23) Bergmann KC, Fischer J, Schmitz M, Petermann F, Petro W: (Statement der Sektion Pneumologische Prävention und Rehabilitation). Die stationäre pneumologische Rehabilitation für Erwachsene: Zielsetzung – diagnostische und therapeutische Standards – Forschungsbedarf. Pneumologie 1997; 51: 523-532.

1.5.5 Operative Verfahren

Lungenfunktionsverbessernde Verfahren sind in geeigneten Fällen (insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit großen Bullae bzw. schwerem oberfeldbetontem Emphysem) zu erwägen²⁴⁾.

1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patientinnen und Patienten mit COPD ist durch die Ärztin oder den Arzt zu prüfen, inwieweit die Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen (z. B. verhaltenstherapeutischen) und/oder psychiatrischen Behandlungen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

1.5.7 Medikamentöse Maßnahmen

Zur medikamentösen Therapie ist mit der Patientin oder dem Patienten ein individueller Therapieplan zu erstellen und Maßnahmen zum Selbstmanagement zu erarbeiten (siehe auch strukturierte Schulungsprogramme (Ziffer 4)).

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Präferenzen der Patientinnen und Patienten Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3 genannten Therapieziele in prospektiven randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. Dabei sollen vorrangig diejenigen Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen oder Kombinationen bevorzugt werden, die diesbezüglich den größten Nutzen erbringen.

Da das Ansprechen auf Medikamente individuell und im Zeitverlauf unterschiedlich sein kann (z. B. Theophyllin, inhalative und orale Glukokortikosteroide), ist ggf. ein Auslassversuch unter Kontrolle der Symptomatik und der Lungenfunktion zu erwägen.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege bzgl. der unter Ziffer 1.3 genannten Therapieziele vorliegen.

Ziel der medikamentösen Therapie ist es insbesondere, die Symptomatik (vor allem Husten, Schleimretention und Luftnot) zu verbessern und Exazerbationen zeitnah zu behandeln sowie deren Rate zu reduzieren.

In der medikamentösen Behandlung der COPD werden Bedarfstherapeutika (Medikamente, die bei Bedarf, z. B. bei zu erwartenden körperlichen Belastungssituationen oder zur Behandlung von Dyspnoe eingenommen werden) und Dauertherapeutika (Medikamente, die als Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) unterschieden.

Vorrangig sollten folgende Wirkstoffgruppen bzw. Wirkstoffe verwendet werden:

Bedarfstherapie:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin),
- kurz wirksame Anticholinergika (Ipratropiumbromid),

24) Worth, H, Buhl, R, Cegla, U, Criée, CP, Gillissen, A, Kardos, P, Köhler, D, Magnussen, H, Meister, R, Nowak, D, Petro, W, Rabe, KF, Schultze-Werninghaus, G, Sitter, H, Teschler, H, Welte, T, Wettengel, R: Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) Pneumologie 2002; 11.

Anlage 3B zur Vereinbarung DMP Asthma/COPD zwischen der KVBW und der LKK BW ab 01.01.2010

– Kombination von kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika.
In begründeten Fällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung),
- bei Schleimretention können erwogen werden:
- Inhalation von Salzlösungen,
- mukoaktive Substanzen.

Falls erforderlich zur Dauertherapie:

- lang wirksames Anticholinergikum (Tiotropiumbromid),
- lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Formoterol, Salmeterol).

In begründeten Einzelfällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung),
- inhalative Glukokortikosteroide ²⁵⁾, ²⁶⁾ (bei mittelschwerer und schwerer COPD, insbesondere wenn außerdem Zeichen eines Asthma bronchiale bestehen),
- systemische Glukokortikosteroide.

Bei gehäuft auftretenden Exazerbationen können mukoaktive Substanzen (Acetylcystein, Ambroxol, Carbocistein) erwogen werden.

Nach einer initialen Einweisung in die Inhalationstechnik sollte diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden.

1.5.7.1 Schutzimpfungen

Schutzimpfungen gegen Influenza und Pneumokokken sollten gemäß den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) bei Patientinnen und Patienten mit COPD erwogen werden.

1.5.7.2 Atemwegsinfekte

Infekte führen häufig zu akuten Verschlechterungen der Erkrankung. In diesen Fällen ist primär eine Intensivierung der Bedarfstherapie, insbesondere auch durch kurzfristige Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden, erforderlich. Bei Hinweisen auf bakterielle Infekte (z. B. grün-gelbes Sputum) sollte frühzeitig die Durchführung einer Antibiotikabehandlung erwogen werden ²⁷⁾.

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

Die Betreuung der Patientinnen und Patienten mit COPD erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant und stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

1.6.1 Koordinierende/r Ärztin/Arzt

Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben.

25) Calverley P, Pauweis R, Vestbo J et al.: Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 449-456.

26) Szafranski W, Cukler A, Ramirez G et al.: Efficacy and safety of budesonide/formoterol in the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003; 21: 74-81.

27) Stockley RA, O'Brien C, Pye A et al.: Relationship of sputum colour to nature and outpatient management of acute exacerbations of COPD. *Chest* 2000; 117: 1638-1645.

Anlage 3B zur Vereinbarung DMP Asthma/COPD zwischen der KVBW und der LKK BW
ab 01.01.2010

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit COPD eine/n zugelassene/n oder ermächtigte/n qualifizierte/n Fachärztin/Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin/diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.6.2 sind von der/dem gewählten Ärztin/Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der Fachärztin/des Facharztes der Einrichtung befinden, hat diese /dieser bei einer Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an die Hausärztin oder den Hausarzt möglich ist.

1.6.2 Überweisung von der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt
zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur qualifizierten
Einrichtung

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

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter Behandlung,
- wenn eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird,
- vorausgegangene Notfallbehandlung,
- Begleiterkrankungen (z. B. schweres Asthma bronchiale, symptomatische Herzinsuffizienz, zusätzliche chronische Lungenerkrankungen),
- Verdacht auf respiratorische Insuffizienz (z. B. zur Prüfung der Indikation zur Langzeitsauerstofftherapie bzw. intermittierenden häuslichen Beatmung),
- Verdacht auf berufsbedingte COPD.

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

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

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

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

1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Eine Rehabilitationsleistung ist insbesondere zu erwägen bei ausgeprägten Formen der COPD mit relevanten Krankheitsfolgen trotz adäquater medizinischer Betreuung, insbesondere bei Ausschöpfung der Therapie bei schwierigen und instabilen Verläufen mit schwerer bronchialer Obstruktion, ausgeprägter bronchialer Hyperreagibilität, psychosozialer Belastung und/oder bei schweren medikamentös bedingten Folgekomplikationen^{28), 29)}).

2. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten

2.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt soll prüfen, ob die Diagnose der COPD gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

2.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Für die Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer COPD-typischen Anamnese, Nachweis einer Reduktion von FEV₁ unter 80 % des Sollwertes und mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als zwölf Monate sein.

- Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich 70 %
und
Zunahme der FEV₁ um weniger als 15 % und/oder um weniger als 200 ml 10 Minuten nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums oder 30 Minuten nach Inhalation eines kurz wirksamen Anticholinergikums (Bronchodilatator-Reversibilitätstestung).
- Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich 70 %
und
Zunahme der FEV₁ um weniger als 15 % und/oder um weniger als 200 ml nach mindestens 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder mindestens 28-tägiger Gabe eines inhalativen Glukokortikosteroids in einer stabilen Krankheitsphase (Glukokortikosteroid-Reversibilitätstestung).
- Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder einer Gasaustauschstörung bei Patientinnen und Patienten mit FEV₁/VC größer 70 % und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat.

Versicherte unter 18 Jahren können nicht in Teil II (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms eingeschrieben werden.

Eine gleichzeitige Einschreibung in Teil I (Asthma bronchiale) und Teil II (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms ist nicht möglich.

28) Griffith TL, Phillips CJ, Davies S et al.: Cost effectiveness of an outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation programme. Thorax 2001; 56: 779-784.

29) Griffith TL, Burr ML, Campbell IA et al.: Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. Lancet 2000; 355: 362-368.

3. Schulungen

Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

3.1 Schulungen der Leistungserbringer

Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Management-Komponenten insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.

3.2 Schulungen der Versicherten

Jede Patientin und jeder Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

Schulungen der Patientinnen und Patienten dienen der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten gemäß dieser Anlage herzustellen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Schulungs- und Behandlungsprogramme müssen die individuellen Behandlungspläne berücksichtigen. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Bescheinigung

über die aktive Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm



Arztwechsel

Bescheinigung über die aktive Teilnahme des/der Versicherten zur Vorlage bei der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg

Der/die oben genannte Versicherte ist
seit dem _____ in das DMP (Zutreffendes bitte ankreuzen)
Tag/Monat/Jahr

- Asthma eingeschrieben,
- COPD eingeschrieben,
- Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben,
- Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben,
- Koronare Herzkrankheit eingeschrieben und

- hält den vereinbarten Wiedervorstellungstermin ein:

Ja Nein

- nimmt im Rahmen des strukturellen Behandlungsprogramms notwendige Überweisungstermine wahr:

Ja Nein Nicht erforderlich.

Hinweis:

Nur, wenn **beide** Angaben mit „Ja“ (bzw. „Ja“ und „Nicht erforderlich“) angekreuzt wurden, nimmt der/die Versicherte aktiv im Sinne von § 9 der DMP-Vereinbarung Asthma - COPD bzw. § 8 der DMP-Vereinbarung Koronare Herzkrankheit bzw. § 8 der DMP-Vereinbarung Diabetes mellitus Typ 1 bzw. § 8 der DMP-Vereinbarung Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg teil.

Datum

Stempel und Unterschrift DMP-Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm



Hiermit erkläre ich,

- dass ich an dem Programm für (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	
- teilnehmen möchte.

Ich erkläre außerdem,

- dass mich mein koordinierender DMP-Arzt ausführlich und umfassend über die Programminhalte, die Versorgungsziele sowie die Aufgabenverteilung zwischen meinem koordinierenden Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge informiert hat,
- dass mir bekannt ist, in welchem Umfang meine Mitwirkung erforderlich ist, ich bereit bin, mich in diesem Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen und das Programm bei fehlender Mitwirkung beendet wird,
- dass ich über die Aufgaben des koordinierenden Arztes informiert wurde und bei einem Wechsel dieses Arztes eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich ist,
- dass ich darauf hingewiesen wurde, dass die Teilnahme am Programm freiwillig ist und ich jederzeit ohne Angabe von Gründen bei meiner Krankenkasse die Teilnahme kündigen kann,
- dass ich den unterzeichnenden Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Einwilligungserklärung

Mir ist bekannt,

- dass durch meinen koordinierenden Arzt die in der Anlage zu dieser Erklärung erhobenen Daten ausschließlich zum Zwecke meiner persönlichen Information und Beratung an meine Krankenkasse - gegebenenfalls auch über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg- weitergeleitet werden,
- dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der Kasse die Teilnahme am Programm endet,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten nach dem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden.

Ich erkläre hiermit,

- dass ich im Rahmen der Teilnahme an dem Programm in die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung einwillige.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Bestätigung des Arztes

Hiermit bestätige ich, dass für den/die oben genannte(n) Versicherte(n) die Diagnose (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | |

gesichert ist und er/sie grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung am Behandlungsprogramm bereit ist und eine Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensive Betreuung zu erwarten ist.

Datum

Stempel und Unterschrift DMP-Arzt

Schulung der Versicherten

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages sind nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch durchzuführen:

1 Kinder mit Asthma

Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.

Kontakt: Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung e.V. (<http://www.asthmaschulung.de>)

Zugrunde liegende Veröffentlichungen:

1. Szczpanski R, Petermann F, Freidel K, Becker PN, Gebert N, Lob-Corzillus T: "Die Wirksamkeit der Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen.", Der Kinderarzt 29. Jg. (1998) 1201 - 08;
2. Szczpanski R, Gebert N, Hümmelink R, Könning J, Schmidt S, Runde B, Wahn U: "Ergebnis einer strukturierten Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter." Pneumologie 50 (1996), 544- 548;
3. Scholtz W, Haubrock M, Lob-Corzillus T, Gebert N, Wahn U, Szczpanski R: „Kosten-Nutzen-Untersuchungen bei Ambulanten Schulungsmaßnahmen für asthmakranke Kinder und ihre Familien“, Pneumologie 50 (1996) 538 – 543

2 Erwachsene mit Asthma

NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (Variation von AFAS = Die Ambulante Fürther Asthmaschulung)

Kontakt: Deutsche Atemwegsliga e.V. (<http://www.atemwegsliga.de>)

Zugrunde liegende Veröffentlichungen:

1. Worth H: „Effekte der Patientenschulung bei Asthma und COPD – was ist belegt?“ Med. Klinik (2002) Suppl II: 20 - 24;
2. Worth H, Dhein Y: „Does patient education modify behaviour in the management of COPD?“ Patient Education and Counselling 52 (2004): 267 - 270,
3. C. Münks-Lederer, Y. Dhein, B. Richter, H. Worth: "Evaluation eines ambulanten strukturierten Asthma-Schulungsprogramms für Erwachsene. Eine Pilotstudie." Pneumologie 2001; 55: 84 – 90.

MASA = Modulares ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (A5)

Kontakt: Bundesverband der Pneumologen

Zugrunde liegende Veröffentlichungen:

Y. Dhein, M. Barczok, G.O. Breyer, A. Hellmann, P. Oblinger, M. Weber, W. Gaus, D. Bulenda: „Evaluation eines modularen, ambulanten Schulungsprogramms für erwachsene Asthmatiker bei niedergelassenen Fachärzten – Ergebnisse einer kontrollierten, randomisierten, multizentrischen Studie“ Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (2006) 100; 431 - 439.

3 Patienten mit COPD

COBRA

(Umbenennung von AFBE = Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem)

Kontakt: Deutsche Atemwegsliga e.V. (<http://www.atemwegsliga.de>)

Zugrunde liegende Veröffentlichungen:

1. Worth H, Dhein Y: "Does patient education modify behaviour in the management of COPD?" Patient Education and Counselling 52 (2004): 267 - 270;
2. H. Worth: „Effekte der Patientenschulung bei Asthma und COPD – was ist belegt?“ Med. Klinik 2002; Suppl II: 20 – 24

COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell

Kontakt: Bundesverband der Pneumologen

Zugrunde liegende Veröffentlichungen:

Wittmann M, Spohn S, Schultz K, Pfeifer M, Petro W: „COPD-Schulung im Rahmen der stationären Rehabilitation verbessert Lebensqualität und Morbidität“, Pneumologie 2007; 61:636-642

Bei Nichterreichen der individuellen Therapieziele prüft der DMP-Arzt, ob der Patient von einer Nachschulung profitieren kann. Eine empfohlene Nachschulung soll nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Beendigung der letzten Schulung erfolgen.

Bei der Auswahl der geeigneten Schulung sind insbesondere die Faktoren Alter, Therapie sowie Motivation und Aufnahmefähigkeit des Patienten zu berücksichtigen.

Strukturqualität

Die KV prüft gemäß § 3 dieser Vereinbarung die Schulungsberechtigung der Ärzte zur Durchführung der Patientenschulungen anhand der den Programmen zugrunde gelegten Curricula. Bei Vorliegen einer entsprechenden Qualifikation erteilt die KV eine Genehmigung.

**Einschreibeinformation Asthma/COPD
für LKK-Versicherte**

zur Vereinbarung über Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme Asthma/COPD vom 01.01.2010

Adresse überweisender Hausarzt:

Name	
Straße	
Ort	

--

Arztstempel

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für die Überweisung Ihres Patienten _____ [Name].

Die durchgeführten Untersuchungen am _____ [Untersuchungsdatum] haben ergeben,
dass Ihr Patient die Diagnosekriterien für die Einschreibung in das

DMP Asthma
DMP COPD

erfüllt.

Mit freundlichen Grüßen

Vergütung DMP Asthma/COPD		
Die Vergütungen der Leistungen des DMP Asthma und COPD sind identisch, sofern nachfolgend keine Abweichungen dargestellt sind.		
ANR	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Betrag
92 000	Einschreibepauschale - Information und Beratung des Patienten zum DMP Asthma oder COPD - Bestätigung der gesicherten Diagnose - Erstellung und Weiterleitung der Einschreibeunterlagen	23,50 €
92 002	Folgedokumentationspauschale (FD) - Erstellung und Weiterleitung der Bescheinigung über die aktive Teilnahme	5,00 €
92 006	Betreuungspauschale DMP-Arzt (DMP Asthma/COPD Erwachsene) - Betreuung und Beratung des Patienten - Motivation des Patienten - Situative Instruktion des Patienten	19,50 €
92 007	Betreuungspauschale DMP-Arzt Kinderarzt (nur DMP Asthma) - Betreuung und Beratung des Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten - Motivation des Patienten - Situative Instruktion des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten - Einmal im Quartal	19,50 €
92 008	Betreuungspauschale pneumologisch qualifizierter Arzt (bzw. pneumologisch qualifizierter Kinderarzt) gem. § 5 (DMP Asthma: Erwachsene und Kinder; DMP COPD nur Erwachsene) - notwendige Abklärung der Einschreibevoraussetzungen bei unklarem Befund; Übermittlung der Befunde an den Hausarzt - Mitbehandlung auf Grund eines gezielten Überweisungsauftrages	50,00 €
Patientenschulungen - je Unterrichtseinheit - je Schulungsteilnehmer		
92 013	Asthma-Schulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jungendalter e.V. - in Gruppen mit max. 7 Kindern/Jugendlichen - 18 UE à 45 Minuten für die Kinder und 12 UE à 45 Minuten für die Eltern	23,00 €
92 014	Nachschulung der Asthma-Schulung von Kindern und Jugendlichen - max. 3 UE - frühestens nach 6 Monaten	23,00 €
92 015	Asthma-Schulung von Erwachsenen (Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsener Asthmatiker – NASA) - in Gruppen mit max. 8 Teilnehmern - 6 UE à 60 Minuten	25,00 €

92 016	Nachschulung der Asthma-Schulung von Erwachsenen (NASA) <ul style="list-style-type: none"> - in Gruppen mit 4-6 Teilnehmern - max. 1x im Jahr bei entsprechender Indikationsstellung - max. 3 UE - frühestens nach 12 Monaten 	25,00 €
92 017	Schulung von Erwachsenen in Gruppen nach dem ambulanten Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA) <ul style="list-style-type: none"> - in Gruppen mit max. 8 Teilnehmern - 6 UE à 60 Minuten 	25,00
92 018	Nachschulung der COBRA-Schulung, <ul style="list-style-type: none"> - in Gruppen mit 4-6 Teilnehmern - max. 1x im Jahr bei entsprechender Indikationsstellung - max. 3 UE - frühestens nach 12 Monaten 	25,00 €
92 019	Patientenverbrauchsmaterial bei allen Schulungen im Rahmen von DMP Asthma/COPD <ul style="list-style-type: none"> - je Schulungsteilnehmer 	9,55 €

Neue Schulungen ab 1. Januar 2010

92 021	Asthma-Schulung von Erwachsenen (Modulares ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker – MASA) <ul style="list-style-type: none"> • in Gruppen mit max. 10 Teilnehmern • 6 UE à 60 Minuten 	20,00 €
92 022	Nachschulung der Asthma-Schulung von Erwachsenen (MASA) <ul style="list-style-type: none"> • in Gruppen mit 4-6 Teilnehmern • max. 1x im Jahr bei entsprechender Indikationsstellung • max. 3 UE • frühestens nach 12 Monaten 	20,00 €
92 023	Schulung von Erwachsenen in Gruppen nach der COPD Schulung nach dem Bad Reichenhaller Modell <ul style="list-style-type: none"> • in Gruppen mit max. 15 Teilnehmern • 3 UE à 120 Minuten 	40,00 €
92 024	Nachschulung der COPD-Schulung nach dem Bad Reichenhaller Modell <ul style="list-style-type: none"> • in Gruppen mit 4-6 Teilnehmern • max. 1x im Jahr bei entsprechender Indikationsstellung • max. 2 UE • frühestens nach 12 Monaten 	40,00 €

Abrechnung

Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen und der Pauschalen erfolgt nach Maßgabe der jeweils gültigen gesamtvertraglichen Regelungen und der nachfolgend genannten Abrechnungsbestimmungen:

Die Formulierung „...kann/können nicht nebeneinander abgerechnet werden“ bedeutet – sofern nichts anderes bestimmt ist - dass die jeweiligen Abrechnungsnummern nicht im gleichen Behandlungsfall im Sinne von § 21 Abs. 1 BMV/Ä bzw. § 25 Abs. 1 EKV nebeneinander abgerechnet werden können.

- Eine **Einschreibepauschale (92 000)** kann nicht neben einer Pauschale für die Folgedokumentation (92 002) abgerechnet werden.
- Eine **Folgedokumentationspauschale (92 002)** kann unter der Beachtung der DMP-Vereinbarung maximal 1x je Quartal abgerechnet werden.
- Die **Betreuungspauschalen (92 006, 92 007, 92 008)** können je Behandlungsfall, nicht aber im Quartal der Einschreibung des Patienten abgerechnet werden.
- Die **Betreuungspauschalen (92 006, 92 007, 92 008)** können nicht nebeneinander abgerechnet werden.
- Die **Nummer 92 008 (Mitbehandlung durch den pneumologisch qualifizierten Arzt bzw. Kinderarzt)** kann von den gemäß § 5 bzw. Anlage 2A/2B der DMP-Vereinbarung teilnehmenden Ärzten einmal je Behandlungsfall abgerechnet werden, wenn ein Überweisungsschein eines DMP-Arztes mit dem Hinweis „Mitbehandlung im Sinne von DMP Asthma/COPD“ vorliegt. Abweichend davon kann die Abklärung der Einschreibevoraussetzungen auch ohne DMP-spezifische Überweisung (Überweisung außerhalb des DMP, Vorlage der KVK) abgerechnet werden. Die Information des überweisenden Arztes bzw. des Hausarztes bei Abklärung der Einschreibevoraussetzungen erfolgt unter Verwendung der Einschreibeinformation gem. Anlage 7 des Vertrages. Die Einschreibeinformation ersetzt nicht den Arztbericht im Sinne der Nummern 01600 bzw. 01601 EBM. Die Abrechnung ist auf zweimal je Krankheitsfall begrenzt. **Die EBM Nr. 13 650 kann nicht neben der Abr.-Nr. 92 008 abgerechnet werden.**
- Bei Abbruch der Patientenschulung sind die Abr.-Nrn. der jeweiligen Schulung (je UE und Patient) nur für die Unterrichtseinheiten abrechenbar, an denen der Patient tatsächlich teilgenommen hat.
- Die **Nummer 92 015 (Asthma-Schulung NASA)** kann nicht neben der Nummer 92 021 (Asthma-Schulung MASA) abgerechnet werden.
- Die **Nummer 92 017 (COPD-Schulung COBRA)** kann nicht neben der Nummer 92 023 (COPD-Schulung nach dem Bad Reichenhaller Modell) abgerechnet werden.