

Anlage 1

- Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3 - (hausärztliche Versorgungsebene)

zu dem Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale / COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Teilnahmeberechtigt für die hausärztliche Versorgungsebene in den beiden Programmteilen Asthma bronchiale und COPD nach § 3 sind Ärzte, die – persönlich oder durch angestellte Ärzte - gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, im Falle von Asthma bei Kindern und Jugendlichen auch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

In Ausnahmefällen kann ein Patient einen qualifizierten, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, der/die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen ist, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination - persönlich oder durch angestellte Ärzte - im DMP wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Facharzt/dieser qualifizierten Einrichtung dauerhaft betreut worden ist (mindestens 12 Monate) oder diese Betreuung medizinisch erforderlich ist.

Der koordinierende Arzt muss nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Merkmale
Fachliche Voraussetzungen, ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen	<ul style="list-style-type: none">Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztlich tätiger Internist <p>Programmteil Asthma:</p> <ul style="list-style-type: none">Für die Koordinierung bei Kindern und Jugendlichen ab vollendetem ersten Lebensjahr bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres: hausärztlich tätiger Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin In Ausnahmefällen auch: Facharzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt oder hausärztlich tätiger Internist <p>In Ausnahmefällen, folgende an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte:</p> <ul style="list-style-type: none">Fachärzte, die an der fachärztlich qualifizierten Versorgungsebene teilnehmen und damit die Strukturvoraussetzungen Anlage 2 „Strukturqualität qualifizierter Facharzt nach § 4“ erfüllen
Teilnahme an Arztinformationsveranstaltung oder Information durch die Arzt-Informationsmedien	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme

Teilnahme an Asthma/COPD-spezifischen, durch die Ärztekammer oder einer Fachgesellschaft zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen oder	Jährliche Asthma-/COPD-spezifische Fortbildungspunkte
Teilnahme an Asthma/COPD-spezifischen Qualitätszirkeln	Mindestens einmal jährlich

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

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

Im Programmteil Asthma bronchiale

- Bei schwerem unkontrollierten Asthma bronchiale,
- Zur Überprüfung der Indikation einer Dauer mit systemischen Glukokortikosteroiden,
- Bei Verschlechterung des Asthmas bronchiale in der Schwangerschaft,
- Bei Einleitung einer Therapie mit Antikörpern (z.B. Anti-IgE-Antikörper, Anti-IL- γ -Antikörper),
- Bei Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale

Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen werden:

- Bei fehlender Asthmakontrolle trotz Basistherapie und leitliniengerechter Therapieintensivierung
- Bei Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinosinusitis, rezidivierender Pseudokrapp)
- Zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer spezifischen Immuntherapie bei allergischem Asthma bronchiale

Im Programmteil COPD

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

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

Im Übrigen entscheidet der behandelnde Arzt nach überpflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

Der koordinierende Arzt hat weiterhin zu prüfen, ob insbesondere beifolgenden Indikationen/Anlässen eine **Einweisung in ein Krankenhaus** erfolgen soll:

Im Programmteil Asthma bronchiale

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

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

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

a. bei Erwachsenen

- Absinken des Peakflows unter ca. 30% des persönlichen Bestwertes bzw. unter 100 l/min
- deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung
- Atemfrequenz von mehr als ca. 25 pro Minute
- Sprech-Dyspnoe
- deutliche Abschwächung des Atemgeräusches

-b bei Kindern und Jugendlichen:

- Absinken des Peakflows unter ca. 50% des persönlichen Bestwertes
- fehlendes Ansprechen auf kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika
- deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung
- Sprech-Dyspnoe
- Einsatz der Atemhilfsmuskulatur
- deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz
- deutliche Abschwächung des Atemgeräusches

c) bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,

d) bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen Kindes.

Im Programmteil COPD

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

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

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

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