

RAHMENVERTRAG

gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V

zwischen

- **der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
zugleich für die See-Krankenkasse**
- **dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen
Siebstraße 4, 30171 Hannover**
- **dem IKK - Landesverband Niedersachsen
Günther – Wagner Allee 33, 30177 Hannover**
- **der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover**
- **der Knappschaft – Verwaltungsstelle Hannover
Siemensstraße 7, 30173 Hannover**
- **dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Landesvertretung
Niedersachsen, Rathenaustraße 1, 30159 Hannover
handelnd für und im Auftrag seiner Mitgliedskassen**
- **dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV), Landesvertretung Nieder-
sachsen, Rathenaustraße 1, 30159 Hannover
handelnd für und im Auftrag seiner Mitgliedskassen**

vertreten durch die Vorstände, nachfolgend „Verbände“ genannt

und der

**Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V. (NKG)
Thielenplatz 3, 30159 Hannover**

nachfolgend „NKG“ genannt

über die stationäre Versorgung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD)

Inhaltsverzeichnis:

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors
- § 4a ambulanter Versorgungssektor
- § 4b Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn und Ende der Teilnahme der Vertragsärzte
- § 8 Leistungserbringerverzeichnisse

Abschnitt III –Versorgungsinhalte

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm ASTHMA / COPD

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Verstoß gegen die Ziele des Programms

Abschnitt V – Schulungen

- § 13 Leistungserbringer
- § 14 Versicherte und Schulungen

Abschnitt VI – Arbeitsgemeinschaft/ Gemeinsame Einrichtung

- § 15 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft
- § 16 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 17 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung
- § 18 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt VII - Evaluation

§ 19 Evaluation

Abschnitt VIII – Vergütung und Abrechnung

§ 20 Vergütung der stationären Leistungen

§ 21 Vergütung der Schulungen

Abschnitt IX – Sonstige Bestimmungen

§ 22 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

§ 23 Laufzeit und Kündigung

§ 24 Schriftform

§ 25 Salvatorische Klausel

Erläuterungen

Asthma = Asthma bronchiale

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.

„Vertragsärzte“ sind zugelassene Vertragsärzte und Vertragsärztinnen.

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 16,17.

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 14, 15.

PRÄAMBEL

Epidemiologische Daten schätzen die Prävalenz für Asthma bronchiale auf bis zu 6% der erwachsenen Bevölkerung. Bei Kindern ist Asthma die häufigste chronische Erkrankung. Die Prävalenz wird auf 10% geschätzt mit steigender Tendenz. Somit ist der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen.

Die Datenlage bei COPD ist aufgrund von Klassifikationsschwierigkeiten unzureichend. Basierend auf den Angaben zur Symptommhäufigkeit leiden nach dem Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 10 bis 30% der Erwachsenen an chronischer Bronchitis. Davon entwickelt mit hoher Wahrscheinlichkeit 10 bis 20% eine obstruktive Lungenerkrankung.

Nach Auffassung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei Asthma- und COPD-kranken Kindern und Erwachsenen in Deutschland verbesserungswürdig. Der Patient kann bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren den Krankheitsverlauf erheblich beeinflussen. Dadurch verbessert sich die Prognose erheblich und eine flexible Lebensführung wird ermöglicht.

Neben der ambulanten Behandlung durch den DMP-Arzt soll die stationäre Behandlung von Patienten mit Asthma/COPD in Ergänzung des aktuellen und bereits bestehenden Versorgungsangebotes der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser in Niedersachsen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme für Asthma und COPD durch die damit verbundene interdisziplinäre und sektorenübergreifende Behandlung weiter optimiert werden. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag auf der Grundlage der §§ 137 f i.V. mit § 137 g SGB V.

Bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlagen 9 und 11 der RSAV genannten Indikationen sollte eine Einweisung von DMP-Patienten in das (nächstgelegene) geeignete am DMP teilnehmende Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen. Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt –Patientenverhältnisses stattfindet.

Die grundlegenden Regelungen finden sich für Asthma und COPD gemeinsam in diesem Vertrag. Die diagnosespezifischen Parameter werden differenziert aufgeführt und in getrennten Anlagen geregelt.

Abschnitt I
Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung der Disease-Management-Programme Asthma/COPD und die Einbindung von Krankenhäusern im Bundesland Niedersachsen. Über diese Behandlungsprogramme soll unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Asthma/COPD, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen gewährleistet werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren.
- (2) Generell geht es um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Asthma/COPD beeinträchtigten Lebensqualität der Patienten. Dabei werden in Abhängigkeit z.B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (im folgenden RSAV genannt) in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend Punkt 1.3 der Anlagen 9 und 11 der RSAV streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:
 - a) 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 Aktivität im Alltag,
 - einer Progredienz der Krankheit,
 - unerwünschten Wirkungen der Therapie

bei Normalisierung bzw. Anstrengung der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität,

b) Reduktion der Asthma/COPD-bedingten Letalität.

§ 2

Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

a) zugelassene Krankenhäuser gemäß 108 SGB V in Niedersachsen, die ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt haben und die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 zu diesem Vertrag erfüllen,

b) die Behandlung von Versicherten, die am DMP Asthma oder COPD teilnehmen.

Der Vertrag kann auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb Niedersachsens gelten. Soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Vorschriften für diese Krankenkassen gelten, muss die jeweils betroffene außerniedersächsische Krankenkasse diesem Vertrag beitreten. Die Programmdurchführung erfolgt nach kassenindividueller Absprache.

(2) Grundlage dieses Vertrages ist insbesondere die RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Absatz 2 SGB V inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 23 Abs. 2 des Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte betreffen, entsprechen wörtlich den Anlagen 9 und 11 der RSAV und sind zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der RSAV in der jeweils gültigen Fassung umzusetzen.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der zugelassenen Krankenhäuser ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die die Strukturanforderungen gemäß Anlage 1 erfüllen.
- (3) Das zugelassene Krankenhaus benennt der NKG zur Weiterleitung an die Verbände der GKV in Niedersachsen mindestens zwei Ärzte (1 Arzt und 1 Vertreter) als DMP-Ansprechpartner. Dieser Arzt bzw. sein Stellvertreter ist Ansprechpartner für die im Krankenhaus behandelten DMP-Patienten. In dieser Funktion nimmt er an den interdisziplinären Behandlungsplanungen teil. Er ist Ansprechpartner für die kooperierenden Ärzte, Krankenhäuser, DMP-Ärzte sowie für die Gesetzlichen Krankenkassen.
- (4) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnehmenden zugelassenen Krankenhäuser gehören insbesondere:
 - a) die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 - b) die Beratung des Versicherten im Hinblick auf die Notwendigkeit der Auswahl eines nachbehandelnden DMP-Arztes, soweit der Versicherte bisher nicht von einem entsprechenden Vertragsarzt betreut wurde,
 - c) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 - d) Rücküberweisung des Versicherten an den DMP-Arzt unter zeitnaher Weiterleitung der therapielevanten Informationen,
 - e) soweit ärztlicherseits eine Rehabilitationsmaßnahme erwogen wird, die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

- (5) Das Krankenhaus hat die Möglichkeit, Patientenschulungen gemäß § 14 durchzuführen. Soweit es von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, hat das Krankenhaus die Voraussetzungen nach Anlage 4 gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung nach § 6 nachzuweisen und ist sodann verpflichtet, diese durchzuführen.
- (6) Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt –Patientenverhältnisses stattfindet.

§ 4a

Ambulanter Versorgungssektor

Der Bereich des ambulanten Versorgungssektors wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) wahrgenommen. Die Vorgaben des § 116b Abs. 1 SGB V sind entsprechend zu berücksichtigen. Das Nähere zu den Strukturvoraussetzungen und den Versorgungsinhalten gemäß RSAV regeln die Krankenkassenverbände in gesonderten Verträgen.

Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und den aktuellen Stand der teilnehmenden Ärzte wird die NKG durch die Verbände informiert.

§ 4b

Rehabilitationseinrichtungen

Mindestens eine nach § 111 SGB V zugelassene Rehabilitationseinrichtung für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten wird vertraglich eingebunden. Das Nähere, insbesondere zur Strukturqualität und zu den Versorgungsinhalten gemäß RSAV, regeln die Krankenkassenverbände in gesonderten Verträgen mit den Rehabilitationseinrichtungen bzw. deren Trägern.

Über Rehabilitationsmaßnahmen wird von der jeweiligen Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens nach dem SGB V in Verbindung mit dem SGB IX entschieden.

Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und die teilnehmenden Einrichtungen wird die NKG durch die Verbände informiert.

§ 5

Teilnahmeerklärung

- (1) Die zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V stellen gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung einen Antrag auf Teilnahme an diesem Vertrag entsprechend Anlage 2. Das Nähere zur Kostenbeteiligung wird in der Vereinbarung zur Vereinbarung über die Bildung einer gemeinsamen Einrichtung nach § 28 ff. Nr. 4 RSAV geregelt.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Die Gemeinsame Einrichtung prüft den Antrag nach § 5 und stellt fest, ob die Teilnahmevoraussetzungen/Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 vorliegen. Sie empfiehlt den Krankenkassenverbänden, den Antrag rechtsverbindlich anzunehmen, wenn die in Anlage 1 genannten Strukturanforderungen nachgewiesen sind. Die Krankenkassenverbände erteilen gemeinsam die Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag.

§ 7

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des zugelassenen Krankenhauses beginnt mit der Anerkennung der Beitrittserklärung durch die Krankenkassenverbände und endet mit Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder mit der Rücknahme der Beitrittserklärung durch den Träger an die Krankenkassenverbände. Die Rücknahme ist nur mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals möglich, es sei denn, die Krankenkassenverbände, die NKG und das Krankenhaus verständigen sich auf einen früheren Zeitpunkt.
- (2) Im Übrigen endet die Teilnahme des Krankenhauses bei Verstoß gegen die Ziele dieses Disease-Management-Programms unter den Voraussetzungen des § 12 Absatz 2.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnisse

- (1) Die Verbände der Krankenkassen führen ein Leistungserbringerverzeichnis der nach diesem Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser (Anlage 5a/5b). Dieses Verzeichnis erhalten die Vertragspartner und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen zur Information der am DMP teilnehmenden Vertragsärzte.

(2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird dem Bundesversicherungsamt beim Antrag auf Akkreditierung und nachfolgend auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Weiterhin wird das Verzeichnis bei Bedarf

- den am Vertrag teilnehmenden Krankenhäusern über die NKG,
- den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen über die Verbände,
- den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten durch die jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung),
- den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweiligen Krankenkassen

zur Verfügung gestellt.

(3) Das Teilnehmergeverzeichnis kann mit Zustimmung der Vertragspartner veröffentlicht werden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm ASTHMA / COPD

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in den Anlagen 3a und 3b definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen wörtlich den Anlagen 9 und 11 der RSAV. Das teilnehmende Krankenhaus verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung bzw. seinen Antrag auf Teilnahme gemäß § 5, diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben die Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

- (2) Bei einer Änderung der Anlagen 9 und /oder 11 der RSAV verpflichten sich die Leistungserbringer die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen. Die Leistungserbringer werden von der NKG, nach Abstimmung mit den Verbänden über Änderungen der neuen Handlungsempfehlungen nach Veröffentlichung informiert.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind entsprechend Anlage 3a/3b insbesondere folgende Ziele:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2, Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.7 der Anlagen 3a/3b dieses Vertrages,
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1,

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

(1) Ausgehend von Ziffer 2 der Anlagen 9 und 11 der RSAV i.V.m. Ziffer 2 der Anlage 1 RSAV sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Bei Antragsstellung durch das teilnahmewillige Krankenhaus Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß § 3 und Anlage 1 durch die Gemeinsame Einrichtung. Weitere Einzelheiten hierzu werden in der Vereinbarung über die GE geregelt,
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

§ 12

Verstoß gegen die Ziele des Programms

- (1) Im Rahmen dieses Vertrages werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die teilnehmenden Krankenhäuser gegen die nach diesem Vertrag festgelegten Anforderungen und Pflichten verstoßen.
- (2) Verstößt das Krankenhaus gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
 - a) Schriftliche Aufforderung durch die Krankenkassenverbände die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - b) Auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner, Widerruf der Teilnahmegenehmigung durch die Krankenkassenverbände. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden, eine erneute Teilnahme am Vertrag ist möglich.
 - c) Hält das Krankenhaus die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen wiederholt nicht ein, kann es von der Teilnahme auf Dauer ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheiden die Krankenkassenverbände nach Anhörung der NKG.
 - d) Jedem Krankenhaus ist vor der Verhängung der jeweiligen Maßnahmen die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.

Abschnitt VI

Schulungen

§ 13

Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassenverbände und die NKG informieren gemeinsam in geeigneter Weise die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser über Ziele und Inhalte der Disease – Management – Programme Asthma/COPD. Die GKV-Verbände erstellen hierzu in Abstimmung mit der NKG ein entsprechendes RSAV-konformes Arztmanual. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Krankenhäuser bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5 dieses Vertrages.
- (2) Die im Rahmen der Strukturqualität gemäß Anlage 1 geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind auf Anforderung durch die Gemeinsame Einrichtung gegenüber derselben nachzuweisen.
- (3) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.
- (4) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Krankenhäuser ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise durch Patienteninformationen über die Behandlungsprogramme Asthma und COPD informieren. Die NKG erhält von den an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen Musterexemplare der verwendeten Patienteninformationen.

§ 14

Versicherte und Schulungen

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm (Anlage 4). Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 dieses Vertrages einzubeziehen. Weiterhin muss auf Inhalte, die der RSAV widersprechen, verzichtet werden.
- (4) Im Rahmen dieses Disease-Management-Programms werden die in Anlage 4 beschriebenen Schulungsprogramme eingesetzt. Weitere Schulungsprogramme können eingesetzt werden, wenn für diese der Nachweis entsprechend Absatz 2 Satz 1 erbracht wurde.

Abschnitt VI

Arbeitsgemeinschaft/ Gemeinsame Einrichtung

§ 15

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner bilden mit der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 16

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVN und die Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat die Aufgabe auf Verlangen eines jeden Vertragspartners, der Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, den Versichertenbezug wiederherzustellen, wenn dies im Einzelfall für die Erfüllung seiner jeweiligen Aufgabe zur Prüfung der Qualität der im Rahmen dieses Disease-Management-Programms erbrachten vertragsärztlichen Leistungen oder zur Sicherstellung der Vollständigkeit und Plausibilität der auf Grundlage der Dokumentationsdaten erstellten Dokumentationen erforderlich ist.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 21 mit der Durchführung der in den Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 17

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung DMP im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 4 der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Diese muss insbesondere festlegen, dass den aufsichtsführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

§ 18

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung durchzuführen. Das Nähere über die Durchführung der Qualitätssicherung und zusätzlicher Aufgaben wird in dem Vertrag der Gemeinsamen Einrichtung beschrieben.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beibehaltung ihrer Kernaufgaben und Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der in Abs. 1 Nr. 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt VII

Evaluation

§ 19

Evaluation

- (1) Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung des § 28g RSAV sowie der Vorgaben des Bundesversicherungsamtes.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut vom Datenzentrum der Krankenkasse für Disease-Management-Programme und der gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.
- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KVN gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB V und die Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkassen und ggf. die Daten der Lebensqualitätsbefragung.
- (4) Die Kosten der Evaluation werden von den Krankenkassen getragen.

Abschnitt VIII

Vergütung und Abrechnung

§ 20

Vergütung der stationären Leistungen

- (1) Die Vergütungen der akutstationären Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen auf Basis der gesetzlichen Regelungen des SGB V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Die Vertragspartner beobachten die Mengenentwicklung der einzelnen vom Krankenhaus im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen. Sofern es zu Veränderungen kommt, können diese entsprechend berücksichtigt werden.

§ 21

Vergütung der Schulungen

- (1) Die Patientenschulungen der Schulungsprogramme für Patienten mit der Indikation Asthma bzw. der Indikation COPD können von Krankenhäusern dieses Vertrages im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung erbracht werden, die die erforderlichen Qualifikationen und Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 4 (Strukturqualität Schulungsarzt/Patientenschulungen) im Hinblick auf die Schulungen von Patienten erfüllt haben und zur Durchführung von Schulungen gemäß § 6 zugelassen sind.
- (2) Die Schulungen werden wie folgt vergütet:

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung	Abrechnungs-Nummer
Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter - für Kinder im Alter von 5 bis 17 Jahren (Gruppenschulung)	Gruppenschulung bis zu 8 Personen	30 Unterrichtseinheiten (UE) zu je 45 Minuten (12 UE für Eltern und 18 UE für Kinder)	19,50 € je Patient und Unterrichtseinheit	65172405
(AFAS)- NASA= Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (Variation von AFAS = Die Ambulante Fürther Asthmaschulung) als Gruppenschulung	Gruppenschulung 4 bis 8 Personen	6 Unterrichtseinheiten zu je 60 Minuten	22,50 € je Patient und Unterrichtseinheit	65172505
Schulungs- und Verbrauchsmaterial einschließlich Porto und Verpackung	je Patient	Pauschale	9,50 €	65172605
COBRA (Umbenennung von AFBE= Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem)	Gruppenschulung 4-8 Personen	6 Unterrichtseinheiten zu je 60 Minuten	22,50 € je Patient und Unterrichtseinheit	65172706
Schulungs- und Verbrauchsmaterial einschließlich Porto und Verpackung	je Patient	Pauschale	9,50 €	65172606

- (3) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Kenntnisstand des Patienten und seine bereits erfolgte Teilnahme an einer ambulanten oder im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung erbrachten Schulungsmaßnahme sind zu berücksichtigen.
- (4) Die Krankenhäuser rechnen die Vergütungen gemäß Absatz 3 unter Verwendung der o.g. Abrechnungsnummer direkt mit der jeweiligen Krankenkasse ab.

Abschnitt IX

Sonstige Bestimmungen

§ 22

Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die am Vertrag Beteiligten verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 23

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2007 in Kraft und kann mit einer Frist von 3 Monaten, frühestens zum 31.12.2011 gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen der Disease-Management-Programme, die infolge einer nachfolgenden RSA – Änderungsverordnung, einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, in dem dafür vorgesehenen Zeitrahmen erfolgen.
- (3) Abweichend von Absatz 1 kann bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme bzw. Versagung oder Entzug der Akkreditierung durch einen bestandskräftigen Bescheid des Bundesversicherungsamtes der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

§ 24

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 25

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Hannover, den 15.12.2006

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft
e.V.

AOK – Die Gesundheitskasse für Nieder-
sachsen

BKK Landesverband
Niedersachsen-Bremen

IKK-Landesverband
Niedersachsen

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Niedersachsen-Bremen

Knappschaft
- Verwaltungsstelle Hannover -

Verband der Angestellten-Kranken-
Kassen e. V. (VdAK)
- Landesvertretung Niedersachsen -

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-
Verband e. V. (AEV)
- Landesvertretung Niedersachsen -

Anlagen

Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung des Krankenhauses
- Anlage 3a Versorgungsinhalte Asthma bronchiale (Anlage 9 RSAV)
- Anlage 3b Versorgungsinhalte COPD (Anlage 11 RSAV)
- Anlage 4 Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungsinhalte
- Anlage 5a Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale (stationärer Sektor)
- Anlage 5b Leistungserbringerverzeichnis COPD (stationärer Sektor)

**Selbstauskunft des Krankenhauses
(DMP Asthma/COPD)**

**zur Anlage 1 des Vertrages zum Rahmenvertrag
gemäß § 137 i.V.m. § 137 g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen
der strukturierten Behandlungsprogramme zur Verbesserung der Qualität der
Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und obstruktive
Atemwegserkrankungen (COPD), zwischen den Verbänden der GKV
Niedersachsen und der NKG,
in Kraft ab 01.01.2007**

Diese Selbstauskunft dient als Nachweis der sich aus der Anlage 1 des o. g. Vertrages ergebenden Anforderungen.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Teilnahme am DMP COPD/Asthma bei Erwachsenen

Teilnahme am DMP Asthma bei Kindern und Jugendlichen

1. Fachliche Voraussetzungen (* Nachweispflicht durch Zertifikat)

- a) COPD/Asthma bei Erwachsenen

Facharzt für Pneumologie*

Name des Arztes: _____

oder

Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung „internistische Intensivmedizin“ (zusätzlicher Nachweis von mindestens 60 Spirometrien jährlich)*

Name des Arztes: _____

- b) Asthma bei Kindern und Jugendlichen

Facharzt für Pädiatrie mit der Zusatzbezeichnung „Allergologie“ und/oder mit Nachweis eines pneumologischen Behandlungsschwerpunkts durch mindestens 12-monatige Zusatzweiterbildung in Kinder-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte oder vergleichbaren Abteilung *

Name des Arztes: _____

Wir verfügen über die ständige Möglichkeit der konsiliarischen Einbeziehung eines:

- a) Kardiologen ja / nein
Name des Arztes: _____
- b) Radiologen ja / nein
Name des Arztes: _____

2. Organisatorische und apparative Voraussetzungen

- a) Wir verfügen über mindestens 2 Intensivbetten ja / nein
- b) Wir arbeiten mit Haus- und Fachärzten aus der Region zusammen ja / nein
- c) Wir arbeiten mit einer spezialisierten Einrichtung / Praxis zur psychologischen, psychosomatischen oder psychosozialen Behandlung (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse) zusammen ja / nein

Name der Einrichtung, mit der eine Zusammenarbeit besteht:

- d) Wir verfügen über qualifiziertes Assistenz- und Pflegepersonal ja / nein
- e) Wir verfügen über die Möglichkeit zur Durchführung folgender Untersuchungen
- Spirometrie (qualitätsgesichert) ja / nein
 - Ganzkörper-Plethysmographie (qualitätsgesichert) ja / nein
 - Bestimmung der Blutgase (kapillär) ja / nein
 - Röntgenaufnahme Thorax ja / nein
 - Durchführung von Belastungs- / Provokationstests ja / nein
- (gemäß der Leitlinie „Durchführung bronchialer Provokationstests mit Allergenen“ der DGN für Allergologie und klinische Immunologie sowie Pneumologie von 2001)
- allergologische Diagnostik ja / nein

3. Fortbildung

Wir stellen sicher, dass das zuständige ärztliche Personal mindestens einmal jährlich an einer Asthma- bzw. COPD-zertifizierten Fortbildung teilnimmt.

4. Qualitätssicherung

Wir beteiligen uns an Maßnahmen der Qualitätssicherung gem. § 135 a Abs. 2 SGB V. Es werden dabei jeweils die aktuell auf Bundes- und Landesebene vereinbarten Regelungen berücksichtigt.

5. Durchführung von Patientenschulungen

Folgende Schulungsprogramme möchten wir anbieten: **(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)**

1. Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter - für Kinder im Alter von 5 bis 17 Jahren (Gruppenschulung)

ja / nein

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

ja / nein

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

ja / nein

5a) Persönliche Voraussetzungen * (Nachweis der Schulungsberechtigung durch Zertifikat)

Der Schulungsarzt weist die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert, nach.

Zu 1.

ja / nein

Name des Schulungsarztes bzw. der Schulungsärzte

Zur 2.

ja / nein

Name des Schulungsarztes bzw. der Schulungsärzte

Zu 3.

ja / nein

Name des Schulungsarztes bzw. der Schulungsärzte

Das nichtärztliche Personal weist die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nach.

ja / nein

5b) Räumliche Ausstattung

Das Krankenhaus hält einen Schulungsraum für Einzel- und Gruppenschulungen vor.

ja / nein

Hiermit wird die Richtigkeit der oben gemachten Angaben versichert.

Ort / Datum:

Name des Krankenhauses

Unterschrift Geschäftsführung

Anlage 1: Strukturqualität für Krankenhäuser

zum Rahmenvertrag gemäß § 137 f i.V.m. § 137 g SGB V – über die stationäre Versorgung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) - zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der NKG, in Kraft ab 01.01.2007

Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser

1. Fachliche Voraussetzungen

a) COPD/Asthma Erwachsene

mindestens 1 Facharzt für Pneumologie

oder

1 Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Internistische Intensivmedizin (zusätzlicher Nachweis von mindestens 60 Spirometrien jährlich)

b) Asthma Kinder und Jugendliche

1 Facharzt für Pädiatrie mit der Zusatzbezeichnung ‚Allergologie‘

oder

Nachweis eines pneumologischen Behandlungsschwerpunkts durch mindestens 12-monatige Zusatzweiterbildung in Kinder-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte oder vergleichbaren Abteilung

2. Organisatorische und apparative Voraussetzungen

- Mindestens 2 Betten für Intensivmedizin
- Ständige Möglichkeit der konsiliarischen Einbeziehung eines
 - Kardiologen
 - Radiologen
- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region
- Zusammenarbeit mit einer Einrichtung / Praxis zur psychologischen, psychosomatischen oder psychosozialen Behandlung (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse)
- qualifiziertes Assistenz- und Pflegepersonal
- Möglichkeit der Durchführung folgender Untersuchungen:
 - Spirometrie (qualitätsgesichert)
 - Ganzkörper-Plethysmographie (qualitätsgesichert)

- Bestimmung der Blutgase (kapillär)
- Röntgenaufnahme Thorax
- Durchführung von Belastungs- / Provokationstests (gemäß Leitlinie „Durchführung bronchialer Provokationstests mit Allergenen“ der DGn für Allergologie und klinische Immunologie sowie Pneumologie von 2001) allergologische Diagnostik

3. Fortbildung

Mindestens jährliche Teilnahme des zuständigen ärztlichen Personals an Asthma/COPD-spezifischer zertifizierter Fortbildung

4. Qualitätssicherung

Beteiligung an Maßnahmen der Qualitätssicherung gem. § 135 a Abs.2 SGB V -
Es sind dabei jeweils die aktuell auf Bundes- und Landesebene vereinbarten Regelungen zu berücksichtigen.

Anlage 2: Teilnahmeerklärung Krankenhäuser

zum Rahmenvertrag gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der NKG, in Kraft ab 01.01.2007

Teilnahmeerklärung des Krankenhauses zu den Behandlungsprogrammen Asthma/COPD

**An die
Verbände der GKV in Niedersachsen**
(über die Gemeinsame Einrichtung)

Name, IK und Anschrift des Krankenhauses:

1. Teilnahmeerklärung am Programm Asthma/COPD

Unser Krankenhaus und insbesondere die DMP-verantwortlichen Ärzte sind über die Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten mit der Indikation Asthma/COPD informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma/COPD zwischen den niedersächsischen Verbänden der Krankenkassen und der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft nimmt unser Haus teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichtet sich das Haus zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben des Abschnitts II sowie der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV.

Weiter verpflichtet sich das Haus gegenüber den Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den behandelten Versicherten aufgrund der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma/COPD, dass es

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht gewährleistet,
- bei der Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung betrachtet, die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen trifft und
- die Patienten in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die individuellen Beratungsangebote der einzelnen Krankenkassen informiert.

Das Krankenhaus ist mit

- der Veröffentlichung des Namens / der Anschrift in dem gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringer-Verzeichnis DMP Asthma bronchiale (stationärer Sektor)“ bzw. „Leistungserbringer-Verzeichnis DMP COPD (stationärer Sektor)“ und

- der Weitergabe des Leistungserbringer-Verzeichnisses Asthma bronchiale (stationärer Sektor) bzw. des Leistungserbringer-Verzeichnisses COPD (stationärer Sektor) an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA), teilnehmende Krankenhäuser und an die teilnehmenden Versicherten einverstanden.

Dem Krankenhaus ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Die Rücknahme dieser Erklärung ist mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals möglich.
2. die Teilnahme an dem Vertrag bei Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 bzw. Anlage 1 des Vertrages endet.
3. Krankenhäuser bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.
4. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Voraussetzungen entsprechend Anlage 1 dieses Vertrages gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung nachzuweisen sind.

Unser Krankenhaus möchte gemäß § 3 des Vertrages an folgendem Programm teilnehmen:

DMP-Asthma

DMP-COPD

Deshalb verpflichtet sich das Haus mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages.

Das Krankenhaus benennt folgende Fachärzte als DMP-verantwortlichen Arzt bzw. Stellvertreter:

Folgende Fachärzte erfüllen die in **Anlage 1** genannten Strukturkriterien:

Das Arztmanual haben die o.g. Ärzte erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Anlage 3a: Versorgungsinhalte (= Anlage 9 der RSAV)

zum Rahmenvertrag gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der NKG in Kraft ab 01.01.2007

Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen

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 (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

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:

- 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.

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).

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.

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 3. 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.

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 4.2 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.

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 Asthasport 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

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 4)).

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),

als Erweiterung der Basistherapie kommen in Betracht:

- inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika ^{17), 18), 19), 20), 21), 22)}, (Formoterol, Salmeterol),
in begründeten Fällen:

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.

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

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.

- 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).

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.

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).

1.6 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 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 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.

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

**2. Qualitätssichernde Maßnahmen
(§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Ziel ist es, eine gemeinsame Qualitätssicherung im Rahmen integrierter Versorgungsprogramme speziell für strukturierte Behandlungsprogramme aufzubauen, um zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu kommen. Die insoweit Zuständigen sind gleichberechtigt zu beteiligen. Bis zur Einführung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gelten die getrennten Zuständigkeiten auch für die strukturierten Behandlungsprogramme.

3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu Ziffer 3.1 der Anlage 1 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer aktuellen oder längstens zwölf Monate zurückliegenden asthmatischen 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:

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.

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.

- 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 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 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/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 Symptomfreiheit 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.

4. Schulungen (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

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.

transparent darzustellen. Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

4.1 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.

4.2 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 der Programme nach § 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch herzustellen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt und ihre Ausrichtung an den unter Ziffer 1.3 genannten Therapiezielen belegt werden. Schulungs- und Behandlungsprogramme müssen die individuellen Behandlungspläne berücksichtigen. Schulungsprogramme für Kinder sollen und für Jugendliche können die Möglichkeit der Schulung von ständigen Betreuungspersonen vorsehen. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

5. Evaluation (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 5 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Anlage 3b: Versorgungsinhalte (= Anlage 11 der RSAV)

zum Rahmenvertrag gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der NKG, in Kraft ab 1.01.2007

Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen

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 (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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 3. 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 Staubbelaftung) 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) 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.

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:

- 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

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.

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, Farrero 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.

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 4.2 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)}

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

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 Alena 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.

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.

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.

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

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. Broseau, S. Milne et al.: Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease; The Cochrane Library Issue 1, Oxford 2003.

19) Devine EC, Pearcy 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.

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.

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),
- 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

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.

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 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)} 29).

2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Abs .2 Satz 2 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Ziel ist es, eine gemeinsame Qualitätssicherung im Rahmen integrierter Versorgungsprogramme speziell für strukturierte Behandlungsprogramme aufzubauen, um zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu kommen. Die insoweit Zuständigen sind gleichberechtigt zu beteiligen. Bis zur Einführung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gelten die getrennten Zuständigkeiten auch für die strukturierten Behandlungsprogramme.

3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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.

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.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu Ziffer 3.1 der Anlage 1 gelten entsprechend.

3.2 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.

4. Schulungen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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.

4.1 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.

4.2 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 der Programme nach § 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch herzustellen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt, die Erfüllung der Umsetzung der unter Ziffer 1.3 genannten Therapieziele belegt werden. Schulungs- und Behandlungsprogramme müssen die individuellen Behandlungspläne berücksichtigen. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

5. Evaluation (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 5 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Anlage 4: Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungsinhalte

zum Rahmenvertrag gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der NKG, in Kraft ab 01.01.2007

I. Strukturqualität Schulungsarzt

Leistungserbringer, die den Patienten im Rahmen des Disease-Management-Programms Schulungen anbieten dürfen, sind Ärzte die folgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen:

1. Notwendige Ausstattung

- 1.1 Die räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen (Vorhaltung eines Schulungsraumes).
- 1.2 Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein.

2. Qualifikation des Arztes

- 2.1 Der Arzt hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.

3. Qualifikation des nichtärztlichen Personals

- 3.1 Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.

Näheres ergibt sich aus den Inhalten und Vorgaben der jeweils angebotenen Schulungsprogramme.

II. Patientenschulungen

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages können für eingeschriebene Versicherte nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme indikations- und zielgruppenspezifisch durchgeführt werden:

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

Zugrundeliegende 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.

2. Die Ambulante Fürther Asthmaschulung (AFAS, eine Fortentwicklung bzw. Variation von NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker)

Zugrundeliegende 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 und Counselling 52 (2004): 267-270.

3. Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE, eine Umbenennung von COBRA)

Zugrundeliegende 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. Schacher C, Dhein Y, Birkenmaier A, Münks-Lederer C, Worth H: „Evaluation des ambulanten Fürther Schulungsprogramms für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis Lungenemphysem (AFBE)“

Anlage 5b: Leistungserbringer-Verzeichnis COPD (stationärer Sektor)

zum Rahmenvertrag gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der NKG, in Kraft ab 01.01.2007

Versorgungsoptionen (Mehrfachnennungen möglich)

A = pneumologisch qualifizierte Krankenhäuser

B = Rehaeinrichtungen*

3 = COPD-Schulung (COBRA)

Nr. der stat. Einricht.	Name der stationären Einrichtung	ggf Träger der stationären Einrichtung	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon-Nr.	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsoptionen	Schulungsangebot

* nicht berücksichtigt

Anlage 5a:

Leistungserbringer-Verzeichnis Asthma bronchiale (stationärer Sektor)

zum Rahmenvertrag gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der NKG, in Kraft ab 01.01.2007

Versorgungsoptionen (Mehrfachnennungen möglich)

A = pneumologisch qualifizierte Krankenhäuser

B = Pädiatrische Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen

C = Rehaeinrichtungen*

1= Asthaschulung Kinder/Jugendliche

2= Asthaschulung Erwachsene (NASA)

Nr. der stat. Einricht.	Name der stationären Einrichtung	ggf. Träger der stationären Einrichtung	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon-Nr.	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsoptionen	Schulungsangebote

* nicht berücksichtigt