

**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

---

---