



# **Ausfüllanleitung**

## **zur Erst- und Folgedokumentation im strukturierten Behandlungsprogramm**

### **Chronisch obstruktive Lungenerkrankung**



Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg, Tel.: 0391 627-6000

Ansprechpartner:  
Fr. Scherbath                    0391 627 - 6236

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1.</b>	<b>Anamnese- und Befunddaten</b>	<b>Seite 2</b>
<b>2.</b>	<b>Relevante Ereignisse</b>	<b>Seite 2</b>
<b>3.</b>	<b>Medikamente</b>	<b>Seite 2</b>
<b>4.</b>	<b>Schulung</b>	<b>Seite 4</b>
<b>5.</b>	<b>Behandlungsplan</b>	<b>Seite 5</b>

## 1. Anamnese-und Befunddaten

### **Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate)**

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie hier bitte den aktuell vor einer Spasmolyse gemessenen FEV1-Wert Ihres Patienten als Prozent-Wert zum Sollwert mit einer Stelle hinter dem Komma oder „nicht durchgeführt“ an.

### **Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt**

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Die individuelle Risikokonstellation bezüglich des Auftretens einer Osteoporose soll einmal jährlich bei allen Patienten klinisch abgeschätzt werden. Risikofaktoren für das Auftreten einer Osteoporose bei Patienten mit COPD sind neben Alter, Geschlecht, Untergewicht, Immobilität auch die systemische Entzündung bei schwerer COPD (FEV1 unter 50% des Sollwertes) und die medikamentöse Therapie (z. B. systemische Glukokortikosteroide, auch in geringen Tagesdosen).

## 2. Relevante Ereignisse

### **Häufigkeit von Exazerbationen**

Eine Angabe ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend.

Als Exazerbation zählt jede Verschlechterung der Symptomatik, die eine Veränderung der Medikation im Sinne einer Intensivierung der Therapie erforderlich macht.

Geben Sie bitte die Anzahl (ohne Nachkommastelle) von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation an. Sollte keine Exazerbation seit der letzten Dokumentation vorgelegen haben, geben Sie bitte eine „0“ an.

### **Stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen COPD seit der letzten Dokumentation**

Eine Angabe ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend.

Geben Sie bitte die Anzahl (ohne Nachkommastelle) aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund der COPD notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

## 3. Medikamente

Bitte machen Sie zu jeder Wirkstoffgruppe mindestens eine Angabe. Bitte machen Sie bei der Angabe „Keine“ - wo möglich - zusätzlich eine Angabe, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe der jeweiligen Wirkstoffgruppe zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitäts sicherung notwendig.

Die Angaben können - je nach Praxissoftware - direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

Die Angaben „bei Bedarf“ und „Dauermedikation“ sind gemeinsam möglich.

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

Zu den einzelnen Wirkstoffgruppen, die vorrangig zu verordnen sind, zählen

für die **Bedarfstherapie**

- Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (z. B. *Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin*)
- Kurz wirksame Anticholinergika (z. B. *Ipratropiumbromid*)
- Kombination von kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikum und Anticholinergikum

In begründeten Fällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung, als Bedarfstherapie)
- Bei SchleimRetention können erwogen werden: Inhalation von Kochsalzlösung, mukoaktive Substanzen

Bei akuten Exazerbationen ist primär eine Intensivierung der Therapie mit Bronchodilatatoren sowie ggf. eine kurzfristige (in der Regel fünftägige bis maximal 14-tägige) Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden, erforderlich.

falls erforderlich zur **Dauertherapie**

- Langwirksames Anticholinergikum (z. B. *Tiotropiumbromid*)
- Langwirksame Beta-2-Sympatomimetika (z. B. *Formoterol, Salmeterol*)
- Kombination von lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetikum und Anticholinergikum

In begründeten Einzelfällen:

- Inhalative Glukokortikosteroide (bei schwerer und sehr schwerer COPD, und zwar nur dann, wenn mindestens 2 Exazerbationen innerhalb von 12 Monaten auftraten oder wenn Zeichen eines Asthma bronchiale bestehen).
- Rofluminast (für Patienten mit schwerer und sehr schwerer COPD mit Symptomen wie Auswurf und Husten)
- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögter Wirkstofffreisetzung zur Dauertherapie) nur, wenn die Wirkung von lang wirksamen Bronchodilatatoren und inhalativen Glukokortikosterothen unzureichend ist

## **Kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Anticholinergikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

### **Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

### ***Langwirksame Anticholinergika***

Mindestens eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit langwirksamen Anticholinergika durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines langwirksamen Anticholinergikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitäts-sicherung notwendig.

### ***Inhalationstechnik überprüft***

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Nach einer initialen Einweisung in die Applikationstechnik soll die Inhalationstechnik in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden .

Geben Sie hier bitte an, ob Sie dies bei der heutigen Konsultation getan haben.

### ***Sonstige diagnosespezifische Medikation***

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Sofern Sie „Nein“ angegeben haben, darf keine weitere Angabe erfolgen.

Sollte Ihr Patient Theophyllin, inhalative oder systemische Glukokortikosteroide oder andere bzw. weitere Medikamente zur Behandlung der COPD erhalten, geben Sie dies bitte hier an. Die Angaben zu Theophyllin, inhalative und/oder systemische Glukokortikosteroide sowie „Andere“ können einzeln oder gemeinsam erfolgen.

Unter der Angabe „Andere“ sind z.B. mukoaktive Substanzen wie z. B. Acetylcystein, Ambroxol oder Carbocystein umfasst.

## **4. Schulung**

### ***Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)***

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungspro-gramm empfohlen haben, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an.

Wurde *keine Schulung* empfohlen, geben Sie dies bitte mit „Nein“ an.

### ***Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen***

Bitte geben Sie an, ob Ihr Patient bereits vor seiner Teilnahme am DMP COPD an einer COPD-Schulung teilgenommen hat. Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Erstdokumenta-tion** möglich und ist hier verpflichtend.

Gemeint sind hierbei folgende Schulungsmaßnahmen:

- a) akkreditierte und für das DMP zugelassene Schulungen, sowie
- b) andere Schulungsmaßnahmen, die den Patienten durch den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten über die Erkrankung und deren Behandlung in die Lage versetzt ha-ben, auf der Basis eigener Entscheidungen die COPD bestmöglich in das eigene Le-ben zu integrieren, akute oder langfristige negative Konsequenzen der COPD zu ver-meiden und die Lebensqualität zu erhalten.

Sofern eine Teilnahme stattgefunden hat, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an. Eine erneute Teilnah-me an einer Schulung ist dadurch NICHT ausgeschlossen!

Wurde vor der Einschreibung in das DMP keine Schulung wahrgenommen, dokumentieren Sie dies bitte mit der Angabe „Nein“.

### ***Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen***

Genau eine Angabe ist erforderlich. Sie ist ausschließlich im Rahmen einer Folgedokumentation gültig.

Die Angaben zur Schulung beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf eine Schulung, die Sie Ihrem Patienten bei dem letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „Nein“ an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Die Angabe „War aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweiten Quartals) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können z.B. sein: Fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und dem Patienten.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte an. Die Angabe „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

## **5. Behandlungsplan**

### ***COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst***

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie hier „Ja“ an, falls Sie Ihren Patienten auf Grund seiner COPD zu einem anderen Arzt oder in eine stationäre Einrichtung überwiesen oder eingewiesen haben.

Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „Nein“ an.

### ***Empfehlung zum Tabakverzicht ausgesprochen***

Genau eine Angabe ist bei allen aktiven Rauchern erforderlich.

Der Raucherstatus sollte bei jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden. In einer klaren und persönlichen Form soll der Patient dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören. Dabei sollen gleichzeitig wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung aufgezeigt werden. Ausstiegsbereiten Rauchern soll die Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm empfohlen werden.

Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) einen Tabakverzicht empfohlen haben, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an.

Wurde keine Empfehlung ausgesprochen, geben Sie dies bitte mit „Nein“ an.

### ***Empfehlung zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogramm ausgesprochen***

Genau eine Angabe ist bei allen aktiven Rauchern erforderlich.

Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm empfohlen haben, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an.

Wurde keine Empfehlung ausgesprochen, geben Sie dies bitte mit „Nein“ an.

Sofern Sie nicht selber ein zertifiziertes Tabakentwöhnungsprogramm anbieten, finden Sie geeignete Tabakentwöhnungsprogramme z. B. im Internet unter [www.zentrale-pruefstelle-praevention.de](http://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de) oder auch direkt über die Internetseiten der Krankenkassen.

### ***An einem Tabakentwöhnungsprogramm seit der letzten Empfehlung teilgenommen***

Genau eine Angabe ist bei allen aktiven Rauchern erforderlich und nur im Rahmen einer Folgedokumentation möglich und hier verpflichtend.

Bitte geben Sie hier an, ob Ihr Patient an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen hat und machen Sie in diesem Fall die Angabe „Ja“. Wenn Ihr Patient Ihrer Empfehlung nicht gefolgt ist, machen Sie die Angabe „Nein“. Sollte eine Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm bisher nicht möglich gewesen sein, machen Sie bitte die Angabe „War aktuell nicht möglich“.

Eine Angabe in diesen Feldern führt **nicht** zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

### ***Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen***

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Körperliches Training führt in der Regel zu einer Verringerung der COPD-Symptomatik und der Exazerbationsrate, zur Besserung der Belastbarkeit und kann zur Verbesserung der Lebensqualität oder Verringerung der Morbidität beitragen.

Daher soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig auf die Bedeutung von körperlichen Aktivitäten hinweisen und zur Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen motivieren (z. B. im Rahmen ambulanter Rehabilitations- und Funktionssportgruppen, wie z. B. „Lungensportgruppen“). Ein regelmäßiges, mindestens einmal wöchentliches Training soll empfohlen werden.

Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) eine Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen haben, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an.

Wurde keine Empfehlung ausgesprochen, geben Sie dies bitte hier mit „Nein“ an. Sie bitte „nein“ an.