

# **Ausfüllanleitung**

**zum indikationsspezifischen Datensatz**

**für das strukturierte Behandlungsprogramm**

**COPD**

Stand der letzten Bearbeitung: 06.09.2023  
Version 5  
Anzuwenden ab: 01.04.2024

# Anamnese- und Befunddaten

## Aktueller FEV<sub>1</sub>-Wert (alle sechs bis zwölf Monate)

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie hier bitte den aktuell vor einer Spasmolyse gemessenen FEV<sub>1</sub>-Wert Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten als Prozent-Wert zum Sollwert mit drei Stellen vor und einer Stelle hinter dem Komma (Wertebereich 005,0 – 299,9) 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.

Bitte kreuzen Sie „Ja“ an, wenn Sie im Rahmen der DMP-Konsultation die Risikofaktoren für das Auftreten einer Osteoporose abgeschätzt haben. Bei Patientinnen und Patienten mit COPD sind die Risikofaktoren neben Alter, Geschlecht, Untergewicht, Immobilität auch die systemische Entzündung bei schwerer COPD (FEV<sub>1</sub> unter 50% des Sollwertes) und die medikamentöse Therapie (z. B. systemische Glukokortikosteroide, auch in geringen Tagesdosen).

# Relevante Ereignisse

## Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation

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.

## Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche Behandlung 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 Ihnen bekannten ungeplanten Behandlungen (ambulant und stationär) 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.

# 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 Qualitätssicherung 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: Bei Schleimretention können erwogen werden: Inhalation von Kochsalzlösung, mukoaktive Substanzen.

Bei akuten Exazerbationen ist primär eine Intensivierung der Therapie mit Bronchodilatoren 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*) oder
- Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (z. B. *Formoterol, Salmeterol*)
- Bei unzureichender Wirkung einer Monotherapie, Kombination von lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetikum und Anticholinergikum.

Zusätzlich in begründeten Fällen:

- inhalative Glukokortikosteroide (ICS) bei gehäuft (größer gleich 2-mal pro Jahr) auftretenden Exazerbationen oder einer krankenhauspflichtigen Exazerbation trotz Bronchodilatatortherapie oder bei gleichzeitig vorliegenden Charakteristika eines Asthma bronchiale. Die Indikation für eine dauerhafte Therapie mit ICS sollte mindestens jährlich überprüft und dokumentiert werden. Eine Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden soll vermieden werden
- Roflumilast in der Subgruppe von Patientinnen und Patienten mit schwerer COPD, ausgeprägten Bronchitis- Zeichen (Husten, Auswurf) und häufigen Exazerbationen (größer gleich 2-mal pro Jahr)

Die medikamentöse Kombinationstherapie aus lang wirksamem Anticholinergikum (LAMA), lang wirksamem Beta-2-Sympathomimetikum (LABA) und inhalativem Glukokortikosteroid (ICS) (sogenannte Triple Therapie) wird empfohlen, wenn Exazerbationen trotz der Kombinationen ICS / LABA, LAMA / LABA oder LAMA-Monotherapie bzw. asthmatischen Begleitsymptomen persistieren.

Sollte Ihre Patientin bzw. Ihr Patient eine solche Kombinationstherapie erhalten, kreuzen Sie bitte in diesem Fall die Einzelwirkstoffe an.

### **Kurz wirksame 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.

### **Lang wirksame 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.

## Lang wirksame 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 Qualitätssicherung 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, da die Ausführungstechnik sich häufig verschlechtert und die Medikamente somit nicht ihre volle Wirkung entfalten können.

Dies kann bspw. mittels Simulation geschehen: Die Patientin bzw. der Patient zeigt Ihnen, wie sie bzw. er das Device hält und simuliert das Auslösen eines Hubes. Dabei überprüfen Sie die Inhalationstechnik (Ein-/Ausatemtechnik). Die Simulation kann in ähnlicher Weise auch ohne ein Device durchgeführt werden.

Geben Sie hier bitte „Ja“ an, wenn Sie dies bei der aktuellen DMP Konsultation getan haben.

## Sonstige diagnosespezifische Medikation

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

Sollte Ihr Patient inhalative oder systemische Glukokortikosteroide oder andere bzw. weitere Medikamente zur Behandlung der COPD erhalten, geben Sie dies bitte hier an.

Der Wirkstoff Theophyllin wird wegen seiner geringen therapeutischen Breite und aufgrund des Nebenwirkungsprofils zur Behandlung der COPD im Rahmen der Bedarfs- und Dauertherapie nicht mehr empfohlen. Für den Fall, dass Sie Patienten haben, die Theophyllin erhalten, kreuzen Sie hier bitte „Andere“ an. Unter der Angabe „Andere“ sind ebenfalls z.B. mukoaktive Substanzen wie z. B. Acetylcystein, Ambroxol oder Carbocystein zu erfassen.

Die Angaben zu „Inhalative Glukokortikosteroide“ und/oder „Systemische Glukokortikosteroide“ sowie „Andere“ können einzeln oder gemeinsam erfolgen.

## Schulung

### Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an. Wenn Sie bereits zuvor eine Schulung empfohlen haben, diese aber aktuell noch nicht stattfinden konnte, sprechen Sie die Empfehlung bitte erneut aus und kreuzen hier „Ja“ an.

Wurde keine Schulung empfohlen (z. B., weil Ihre Patientin bzw. Ihr Patient bereits eine Schulung wahrgenommen hat), 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 **Erstdokumentation** möglich und ist hier verpflichtend. Bei der **Folgedokumentation** ist hier keine Angabe möglich.

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 haben, auf der Basis eigener Entscheidungen die COPD bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren, akute oder langfristige negative Konsequenzen der COPD zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhalten.

Sofern eine Teilnahme stattgefunden hat, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an. Eine erneute Teilnahme 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.

Bei der Erstdokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Hat Ihre Patientin oder Ihr Patient im Dokumentationszeitraum an einer Schulung teilgenommen, geben Sie bitte „Ja“ an. Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „Nein“ an. **Diese Angabe kann bei wiederholter Angabe 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 zweite Quartal) 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 Angaben „Ja“, „War aktuell nicht möglich“ und „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ führen nicht zum Ausschluss der Patientin oder des Patienten aus dem Programm.

## Behandlungsplanung

### Empfehlung zum Tabakverzicht ausgesprochen

Genau eine Angabe ist bei allen aktiven Rauchern erforderlich.

Der Raucherstatus sollte bei jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt 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.

Wenn Sie bereits zuvor eine Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm empfohlen haben, diese aber aktuell noch nicht stattfinden konnte, sprechen Sie die Empfehlung bitte erneut aus und kreuzen hier „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.

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

### **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.