

**Elfte Verordnung
zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
(11. RSA-ÄndV)**

Vom 22. Dezember 2004

Auf Grund des § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 in Verbindung mit Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), Nummer 3 geändert und Satz 2 eingefügt durch Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und cc des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465), verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

Artikel 1

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch Artikel 67 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242), wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 1 Satz 3 werden nach dem Wort „Brustkrebs“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Herzkrankheit“ ein Komma und die Wörter „für Asthma bronchiale oder für chronisch obstruktive Lungenerkrankung“ eingefügt.
2. In § 3 Abs. 3 Satz 8 Nr. 3 wird die Angabe „8a oder 8b“ durch die Angabe „8a, 8b, 10a, 10b, 12a oder 12b“ ersetzt.
3. In § 28b Abs. 1 Satz 2 wird die Angabe „1, 3, 5 und 7“ durch die Angabe „1, 3, 5, 7, 9 und 11“ ersetzt.
4. In § 28d Abs. 1 Nr. 1 wird nach der Angabe „6b“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „8b“ ein Komma und die Angabe „10a und 10b oder 12a und 12b“ eingefügt.
5. § 28f wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Nr. 1 wird die Angabe „2a, 4a, 6a und 8a“ durch die Angabe „2a, 4a, 6a, 8a, 10a und 12a“ ersetzt.
 - b) Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Buchstabe d wird nach der Angabe „8b“ ein Komma eingefügt.
 - bb) Nach Buchstabe d werden folgende Buchstaben e und f eingefügt:
 - „e) in den Zeilen 1 bis 17 der Erstdokumentation nach Anlage 10b und
 - f) in den Zeilen 1 bis 11 der Erstdokumentation nach Anlage 12b“.
6. Nach Anlage 8b werden folgende Anlagen 9 bis 12b angefügt:

**„Anlage 9
(zu §§ 28b bis 28g)**

**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 FEV_1/VC kleiner/gleich 70 % und Nachweis der (Teil-)Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV_1 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 FEV_1/VC kleiner/gleich 75 % und Nachweis der (Teil-)Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 15 % nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV_1 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.

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⁾ 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.

1.3 Therapieziele

Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der asthma-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 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),

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.

- als Erweiterung der Basistherapie kommen in Betracht:
 - inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika^{17), 18), 19), 20), 21), 22)} (Formoterol, Salmeterol),
 - in begründeten Fällen:
 - 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-Sympathomimetika²⁶⁾ (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 Allergenkarrenzversuch 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.

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⁾ 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, Mauer 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.
- 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).

1.6.1 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 intensiver 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.

²⁹⁾ Wettengel R, Berdel D, Hofmann J, et al.: Empfehlungen zur Asthmatherapie bei Kindern und Erwachsenen. Pneumologie 1998; 52: 591-601.

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)}.

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 5 gelten entsprechend.

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:

- 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 Glukokortikosteroiden⁴⁾,
- 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 Glukokortikosteroiden⁴⁾,
- 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.

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.

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, Buletta 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, Stübgen K, Warschburger P: Rehabilitationserfolge bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma und Neurodermitis. *Allergologie* 2000; 23: 492-502.

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/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 Symptombefreiheit ohne asthmaspezifische Therapie ist zeitnah zu prüfen, ob eines der oben genannten Kriterien der Lungenfunktionsdiagnostik aktuell erfüllt ist. Sind diese Kriterien nicht mehr erfüllt, muss dies durch die/den koordinierende/n Ärztin/Arzt dokumentiert werden und die Patientin oder der Patient gemäß § 28d Abs. 2 aus dem Programm ausgeschrieben werden.

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 zugrunde gelegten 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 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 § 137f 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 (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 5 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Anlage 10a

(zu §§ 28b bis 28g)

Asthma bronchiale – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	Von der Ärztin/Vom Arzt zu vergeben
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname der/des Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Kassen-Nr.	Nummer
6	Versicherten-Nr.	Nummer
7	Vertragsärztin/-arzt-Nr.	Nummer
8	Krankenhaus-IK	Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
Einschreibung		
Für die Einschreibung muss eine asthmatypische Anamnese (längstens 12 Monate zurückliegend) vorliegen und mindestens eine der Zeilen 10 – 18 ausgefüllt sein. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.		
10	Kinder (5 – 17 Jahre): Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:	<input type="checkbox"/> $FEV_1/VC \leq 75\%$ und Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$
11	Kinder (5 – 17 Jahre): Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):	<input type="checkbox"/> Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$
12	Kinder (5 – 17 Jahre): Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität > 20 %
13	Kinder (5 – 17 Jahre): Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität
14	Erwachsene (≥ 18 Jahre): Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:	<input type="checkbox"/> $FEV_1/VC \leq 70\%$ und Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$ und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml
15	Erwachsene (≥ 18 Jahre): Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 2 Wochen, inhalativ 4 Wochen):	<input type="checkbox"/> $FEV_1 \geq 15\%$ und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml
16	Erwachsene: Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität > 20 %
17	Erwachsene: Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität
18	Diagnosespezifische Regelmedikation ¹⁾ (asthmatypische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß Zeile 10 – 17 erfüllt):	<input type="checkbox"/> Ja
Anamnese		
19	Diagnose bekannt seit	JJJJ
20	Raucher/in	Ja/Nein
21	Häufigkeit aktuell vorliegender Asthma-Symptome	Täglich/Wöchentlich/Seltener/Keine
22	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen	Keine/COPD/Andere Lungenerkrankung/ Kardiale Erkrankung

¹⁾ Für Ausfüllanleitung: Unter Regelmedikation ist neben einer Dauermedikation auch die in regelmäßigen Abständen bzw. bei Exposition gegenüber asthmaauslösenden Faktoren notwendige Anwendung einer Bedarfsmedikation zu verstehen.

Asthma bronchiale – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Aktuelle Befunde		
23	Körpergröße	m
24	Körpergewicht	kg
25	Durchschnittlicher Peakflow-Wert	Erstmalig dokumentiert ²⁾ /Verbessert/ Verschlechtert/Gleichbleibend/Nicht dokumentiert
Relevante Ereignisse		
26	Stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten	Anzahl
27	Nicht-stationäre notfallmäßige ³⁾ Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten	Anzahl
Behandlung		
Aktuelle Medikation		
28	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
29	Inhalative Glukokortikosteroide	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
30	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
31	Systemische Glukokortikosteroide	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
32	Sonstige (z. B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist)	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
Schulungen		
33	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
34	Asthma-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen	Ja/Nein
35	Inhalationstechnik überprüft	Ja/Nein
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
36	Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja/Nein
37	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan	Ja/Nein/Nicht durchführbar
38	Empfehlung zum Tabakverzicht	Ja/Nein
39	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
40	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung ⁴⁾	TT.MM.JJJJ

²⁾ Für Ausfüllanleitung: „dokumentiert“ bezieht sich auf die Dokumentation in der Krankenakte.

³⁾ Mit „notfallmäßige“ ist gemeint: z. B. schwere Exazerbationen, Änderung der Therapie erforderlich, als Beispiel in die Ausfüllanleitung.

⁴⁾ Optionales Feld, keine zwingende Angabe erforderlich.

Asthma bronchiale – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	Von der Ärztin/Vom Arzt zu vergeben
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname der/des Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Kassen-Nr.	Nummer
6	Versicherten-Nr.	Nummer
7	Vertragsärztin/-arzt-Nr.	Nummer
8	Krankenhaus-IK	Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
Anamnese		
Zeile 10 nur ausfüllen bei Patientinnen und Patienten, die mindestens 12 Monate ohne asthmaspezifische Regelmedikation symptomfrei sind.		
10	Kriterien der Lungenfunktionsdiagnostik aktuell noch erfüllt	Ja/Nein
11	Häufigkeit der Asthma-Symptome seit der letzten Dokumentation	Täglich/Wöchentlich/Seltener/Keine
12	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen	Keine/COPD/Andere Lungenerkrankungen/ Kardiale Erkrankung
13	Raucher	Ja/Nein
Aktuelle Befunde		
Zeilen 14 und 15 nur bei Kindern auszufüllen.		
14	Körpergröße	m
15	Körpergewicht	kg
16	Durchschnittlicher Peakflow-Wert seit der letzten Dokumentation	Erstmalig dokumentiert ²⁾ /Verbessert/ Verschlechtert/Gleichbleibend/Nicht dokumentiert
Relevante Ereignisse		
17	Stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation	Anzahl
18	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation	Anzahl
Behandlung		
Aktuelle Medikation		
19	Aktuelle diagnosespezifische Regelmedikation ¹⁾	Ja/Nein
20	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
21	Inhalative Glukokortikosteroide	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation

²⁾ Für Ausfüllanleitung: „dokumentiert“ bezieht sich auf die Dokumentation in der Krankenakte.

¹⁾ Für Ausfüllanleitung: Unter Regelmedikation ist neben einer Dauermedikation auch die in regelmäßigen Abständen bzw. bei Exposition gegenüber asthmaauslösenden Faktoren notwendige Anwendung einer Bedarfsmedikation zu verstehen.

Asthma bronchiale – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
22	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
23	Systemische Glukokortikosteroide	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
24	Sonstige (z. B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist)	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
Schulungen		
25	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
26	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation)	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/ Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
27	Inhalationstechnik überprüft	Ja/Nein
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
28	Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja/Nein
29	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan	Ja/Nein/Nicht durchführbar
30	Empfehlung zum Tabakverzicht	Ja/Nein
31	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
32	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung ⁴⁾	TT.MM.JJJJ

⁴⁾ Optionales Feld, keine zwingende Angabe erforderlich.

Anlage 10b

(zu §§ 28b bis 28g)

Asthma bronchiale – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
2	Name, Vorname der/des Versicherten	
3	Geb. am	TT.MM.JJJJ
4	Kassen-Nr.	Nummer
5	Versicherten-Nr.	Nummer
6	Vertragsärztin/-arzt-Nr.	Nummer
7	Krankenhaus-IK	Nummer
8	Datum	TT.MM.JJJJ
Einschreibung		
Für die Einschreibung muss eine asthmatypische Anamnese (längstens 12 Monate zurückliegend) vorliegen und mindestens eine der Zeilen 9 – 17 ausgefüllt sein. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.		
9	Kinder (5 – 17 Jahre): Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:	<input type="checkbox"/> $FEV_1/VC \leq 75\%$ und Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$
10	Kinder (5 – 17 Jahre): Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):	<input type="checkbox"/> Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$
11	Kinder (5 – 17 Jahre): Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität > 20 %
12	Kinder (5 – 17 Jahre): Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität
13	Erwachsene (≥ 18 Jahre): Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:	<input type="checkbox"/> $FEV_1/VC \leq 70\%$ und Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$ und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml
14	Erwachsene (≥ 18 Jahre): Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 2 Wochen, inhalativ 4 Wochen):	<input type="checkbox"/> $FEV_1 \geq 15\%$ und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml
15	Erwachsene: Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität > 20 %
16	Erwachsene: Sonstige Diagnosesicherung durch:	<input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität
17	Diagnosespezifische Regelmedikation ¹⁾ (asthmatypische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß Zeile 10 – 17 erfüllt):	<input type="checkbox"/> Ja
Anamnese		
18	Diagnose bekannt seit	JJJJ
19	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen	Keine/COPD/Andere Lungenerkrankungen/ Kardiale Erkrankung

¹⁾ Für Ausfüllanleitung: Unter Regelmedikation ist neben einer Dauermedikation auch die in regelmäßigen Abständen bzw. bei Exposition gegenüber asthmaauslösenden Faktoren notwendige Anwendung einer Bedarfsmedikation zu verstehen.

Asthma bronchiale – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Relevante Ereignisse		
20	Stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten	Anzahl
21	Nicht-stationäre notfallmäßige ²⁾ Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten	Anzahl
Schulungen		
22	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
23	Asthma-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen	Ja/Nein
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
24	Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja/Nein
25	Empfehlung zum Tabakverzicht	Ja/Nein
26	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
27	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung ³⁾	TT.MM.JJJJ

Asthma bronchiale – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
2	Name, Vorname der/des Versicherten	
3	Geb. am	TT.MM.JJJJ
4	Kassen-Nr.	Nummer
5	Versicherten-Nr.	Nummer
6	Vertragsärztin/-arzt-Nr.	Nummer
7	Krankenhaus-IK	Nummer
8	Datum	TT.MM.JJJJ
Anamnese		
Zeile 9 nur ausfüllen bei Patientinnen und Patienten, die mindestens 12 Monate ohne asthmaspezifische Regelmedikation symptomfrei sind.		
9	Kriterien der Lungenfunktionsdiagnostik aktuell noch erfüllt	Ja/Nein
10	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen	Keine/COPD/Andere Lungenerkrankungen/ Kardiale Erkrankung

²⁾ Mit „notfallmäßige“ ist gemeint: z. B. schwere Exazerbationen, Änderung der Therapie erforderlich, als Beispiel in die Ausfüllanleitung.

³⁾ Optionales Feld, keine zwingende Angabe erforderlich.

Asthma bronchiale – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Relevante Ereignisse		
11	Stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation	Anzahl
12	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation	Anzahl
Behandlung		
Aktuelle Medikation		
13	Aktuelle diagnosespezifische Regelmedikation ¹⁾	Ja/Nein
Schulungen		
14	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
15	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation)	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/ Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
16	Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja/Nein
17	Empfehlung zum Tabakverzicht	Ja/Nein
18	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
19	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung ³⁾	TT.MM.JJJJ

¹⁾ Für Ausfüllanleitung: Unter Regelmedikation ist neben einer Dauermedikation auch die in regelmäßigen Abständen bzw. bei Exposition gegenüber asthmaauslösenden Faktoren notwendige Anwendung einer Bedarfsmedikation zu verstehen.

³⁾ Optionales Feld, keine zwingende Angabe erforderlich.

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 FEV_1 unter 80 % des Sollwertes und mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV_1/VC kleiner/gleich 70 %
und

Zunahme der FEV_1 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 FEV_1/VC kleiner/gleich 70 %
und

Zunahme der FEV_1 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 FEV_1/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 (FEV_1) 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 Staubbelaugung) und deren Vermeidung,
- Infektionsprophylaxe,
- Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung der COPD führen können,
- eine adäquate Ernährung (hyperkalorisch) bei Untergewicht¹⁾, ²⁾, ³⁾.

1.5.1.2 Tabakentwöhnung

Inhalationsrauchen verschlechtert die Prognose einer COPD erheblich. Deswegen stehen Maßnahmen zur Raucherentwöhnung im Vordergrund der Therapie.

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.

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.

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 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.

-
- 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, Ferrero 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.
- ¹¹⁾ Cegla UH, Jost JH, Harten A, Weber T: RC-Cornet(R) improves the bronchodilating effect of Ipratropiumbromide (Atrovent(R)) inhalation in COPD-patients [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 Altna 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.

1.5.4 Rehabilitation

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 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.

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

¹⁹⁾ Devine EC, Percy 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.

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 Schutzzimpfungen

Schutzzimpfungen 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 werden²⁷⁾.

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 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.

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; 561: 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.

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)}.

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.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu Ziffer 3.1 der Anlage 5 gelten entsprechend.

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.

3.2 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 zugrunde gelegten 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 § 137f 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 (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 5 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Anlage 12a

(zu §§ 28b bis 28g)

COPD-Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	Von der Ärztin/Vom Arzt zu vergeben
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname der/des Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Kassen-Nr.	Nummer
6	Versicherten-Nr.	Nummer
7	Vertragsärztin/-arzt-Nr.	Nummer
8	Krankenhaus-IK	Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
Einschreibung		
Für die Einschreibung muss eine COPD-typische Anamnese und eine Reduktion der FEV ₁ unter 80 % des Sollwerts vorliegen und mindestens eine der Zeilen 10 – 12 ausgefüllt sein. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.		
10	Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika oder Anticholinergika	<input type="checkbox"/> FEV ₁ /VC ≤ 70 % und Zunahme ¹⁾ der FEV ₁ < 15 % und/oder < 200 ml
11	Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage) in einer stabilen Krankheitsphase	<input type="checkbox"/> FEV ₁ /VC ≤ 70 % und Zunahme der FEV ₁ < 15 % und/oder < 200 ml
12	Falls FEV ₁ /VC > 70 % und radiologischer Ausschluss ²⁾ anderer Erkrankungen ³⁾ Diagnose gesichert durch:	<input type="checkbox"/> Atemwegswiderstandserhöhung/ <input type="checkbox"/> Lungenüberblähung/ <input type="checkbox"/> Gasaustauschstörung
Anamnese		
13	Diagnose bekannt seit	JJJJ
14	Raucher/in	Ja/Nein
15	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen	Keine/Asthma bronchiale/Andere Lungenerkrankung/ Kardiale Erkrankung
Aktuelle Befunde		
16	Körpergröße	m
17	Körpergewicht	kg
18	Aktueller FEV ₁ -Wert ⁴⁾	□,□□ Liter
Relevante Ereignisse		
19	Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten	Anzahl
20	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten	Anzahl

1) Ausfüllanleitung: Unter einer Zunahme unter 15 % ist auch keine Zunahme zu verstehen.

2) Röntgenaufnahme des Thorax ausreichend.

3) Radiologische Untersuchung des Thorax nicht älter als 1 Jahr.

4) Vor Spasmolyse (in Erläuterung, Ausfüllanleitung).

COPD-Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Behandlung		
a) Aktuelle Medikation		
21	Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation ⁵⁾	Ja/Nein
22	Kurz wirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
23	Lang wirksame Anticholinergika	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
24	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
25	Theophyllin	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
26	Systemische Glukokortikosteroide	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
27	Inhalative Glukokortikosteroide	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
b) Sonstige Behandlung		
28	Sonstige Therapieformen	Langzeitsauerstofftherapie <input type="checkbox"/> /Häusliche Beatmung <input type="checkbox"/> / Operative Verfahren <input type="checkbox"/> /Keine <input type="checkbox"/>
Schulungen		
29	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
30	COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen	Ja/Nein
31	Inhalationstechnik überprüft	Ja/Nein
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
32	COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja/Nein
33	Empfehlung zum Tabakverzicht	Ja/Nein
34	Empfehlung zum körperlichen Training	Ja/Nein
35	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
36	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung ⁶⁾	TT.MM.JJJJ

COPD-Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	Von der Ärztin/Vom Arzt zu vergeben
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname der/des Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ

⁵⁾ Ausfüllanleitung: Unter Regelmedikation ist neben einer Dauermedikation auch die in regelmäßigen Abständen bzw. bei Exposition gegenüber symptomauslösenden Faktoren notwendige Anwendung einer Bedarfsmedikation zu verstehen.

⁶⁾ Optionales Feld, keine zwingende Angabe erforderlich.

COPD-Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
5	Kassen-Nr.	Nummer
6	Versicherten-Nr.	Nummer
7	Vertragsärztin/-arzt-Nr.	Nummer
8	Krankenhaus-IK	Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
Anamnese		
10	Raucher/in	Ja/Nein
11	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen	Keine/Asthma bronchiale/Andere Lungenerkrankung/ Kardiale Erkrankung
Aktuelle Befunde		
12	Aktuelles Körpergewicht	kg
13	Aktueller FEV ₁ -Wert ⁴⁾ (alle 6 – 12 Monate)	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Liter <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
14	Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD ⁷⁾ seit der letzten Dokumentation	Anzahl
15	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation	Anzahl
Behandlung		
a) Aktuelle Medikation		
16	Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation ⁵⁾	Ja/Nein
17	Kurz wirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
18	Lang wirksame Anticholinergika	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
19	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
20	Theophyllin	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
21	Systemische Glukokortikosteroide	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
22	Inhalative Glukokortikosteroide	Keine/Bei Bedarf/Dauermedikation
b) Sonstige Behandlung		
23	Sonstige Therapieformen	Langzeitsauerstofftherapie <input type="checkbox"/> /Häusliche Beatmung <input type="checkbox"/> Operative Verfahren <input type="checkbox"/> /Keine <input type="checkbox"/>
Schulungen		
24	Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation)	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/ Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
25	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
26	Inhalationstechnik überprüft	Ja/Nein

⁴⁾ Vor Spasmolyse (in Erläuterung, Ausfüllanleitung).

⁷⁾ Z. B. schwere Exazerbationen, Änderung der Therapie erforderlich, als Beispiel in die Ausfüllanleitung.

⁵⁾ Ausfüllanleitung: Unter Regelmedikation ist neben einer Dauermedikation auch die in regelmäßigen Abständen bzw. bei Exposition gegenüber symptomauslösenden Faktoren notwendige Anwendung einer Bedarfsmedikation zu verstehen.

COPD-Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
27	COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja/Nein
28	Empfehlung zum Tabakverzicht	Ja/Nein
29	Empfehlung zum körperlichen Training	Ja/Nein
30	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
31	Datum der geplanten nächsten Dokumentations-erstellung ⁶⁾	TT.MM.JJJJ

⁶⁾ Optionales Feld, keine zwingende Angabe erforderlich.

Anlage 12b

(zu §§ 28b bis 28g)

COPD-Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
2	Name, Vorname der/des Versicherten	
3	Geb. am	TT.MM.JJJJ
4	Kassen-Nr.	Nummer
5	Versicherten-Nr.	Nummer
6	Vertragsärztin/-arzt-Nr.	Nummer
7	Krankenhaus-IK	Nummer
8	Datum	TT.MM.JJJJ
Einschreibung		
Für die Einschreibung muss eine COPD-typische Anamnese und eine Reduktion der FEV ₁ unter 80 % des Sollwerts vorliegen und mindestens eine der Zeilen 9 – 11 ausgefüllt sein. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.		
9	Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika oder Anticholinergika	<input type="checkbox"/> FEV ₁ /VC ≤ 70 % und Zunahme ¹⁾ der FEV ₁ < 15 % und/oder < 200 ml
10	Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage) in einer stabilen Krankheitsphase	<input type="checkbox"/> FEV ₁ /VC ≤ 70 % und Zunahme der FEV ₁ < 15 % und/oder < 200 ml
11	Falls FEV ₁ /VC > 70 % und radiologischer Ausschluss ²⁾ anderer Erkrankungen ³⁾ Diagnose gesichert durch:	<input type="checkbox"/> Atemwegswiderstandserhöhung/ <input type="checkbox"/> Lungenüberblähung/ <input type="checkbox"/> Gasaustauschstörung
Anamnese		
12	Diagnose bekannt seit	JJJJ
13	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen	Keine/Asthma bronchiale/Andere Lungenerkrankung/ Kardiale Erkrankung
Relevante Ereignisse		
14	Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten	Anzahl
15	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten	Anzahl
Behandlung		
Aktuelle Medikation		
16	Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation ⁴⁾	Ja/Nein

1) Ausfüllanleitung: Unter einer Zunahme unter 15 % ist auch keine Zunahme zu verstehen.

2) Röntgenaufnahme des Thorax ausreichend.

3) Radiologische Untersuchung des Thorax nicht älter als 1 Jahr.

4) Ausfüllanleitung: Unter Regelmedikation ist neben einer Dauermedikation auch die in regelmäßigen Abständen bzw. bei Exposition gegenüber symptomauslösenden Faktoren notwendige Anwendung einer Bedarfsmedikation zu verstehen.

COPD-Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Schulungen		
17	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
18	COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen	Ja/Nein
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
19	COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja/Nein
20	Empfehlung zum Tabakverzicht	Ja/Nein
21	Empfehlung zum körperlichen Training	Ja/Nein
22	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
23	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung ⁵⁾	TT.MM.JJJJ

COPD-Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
2	Name, Vorname der/des Versicherten	
3	Geb. am	TT.MM.JJJJ
4	Kassen-Nr.	Nummer
5	Versicherten-Nr.	Nummer
6	Vertragsärztin/-arzt-Nr.	Nummer
7	Krankenhaus-IK	Nummer
8	Datum	TT.MM.JJJJ
Anamnese		
9	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen	Keine/Asthma bronchiale/Andere Lungenerkrankung/ Kardiale Erkrankung
Relevante Ereignisse		
10	Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD ⁶⁾ seit der letzten Dokumentation	Anzahl
11	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation	Anzahl

⁵⁾ Optionales Feld, keine zwingende Angabe erforderlich.

⁶⁾ Z. B. schwere Exazerbationen, Änderung der Therapie erforderlich, als Beispiel in die Ausfüllanleitung.

COPD-Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Behandlung		
Aktuelle Medikation		
12	Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation ⁴⁾	Ja/Nein
Schulungen		
13	Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation)	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/ Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
14	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
15	COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja/Nein
16	Empfehlung zum Tabakverzicht	Ja/Nein
17	Empfehlung zum körperlichen Training	Ja/Nein
18	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
19	Datum der geplanten nächsten Dokumentations-erstellung ⁵⁾	TT.MM.JJJJ

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2005 in Kraft.

Bonn, den 22. Dezember 2004

Die Bundesministerin
für Gesundheit und Soziale Sicherung
Ulla Schmidt

⁴⁾ Ausfüllanleitung: Unter Regelmedikation ist neben einer Dauermedikation auch die in regelmäßigen Abständen bzw. bei Exposition gegenüber symptomauslösenden Faktoren notwendige Anwendung einer Bedarfsmedikation zu verstehen.

⁵⁾ Optionales Feld, keine zwingende Angabe erforderlich.