

**DMP Asthma bronchiale - Folgedokumentation**  
Änderung von Anlage 10a der Elften Verordnung zur Änderung der RSAV

<b>Asthma bronchiale – Folgedokumentation</b>		
Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	Von der Ärztin/vom Arzt zu vergeben
<b>Administrative Daten</b>		
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
<b>Anamnese</b>		
10	Häufigkeit der Asthma-Symptome seit der letzten Dokumentation	täglich / wöchentlich / seltener / keine
11	Neu aufgetretene Luftnot-verursachende Begleiterkrankungen	Keine / COPD / Andere Lungenerkrankungen / Kardiale Erkrankung
12	Raucher	Ja / Nein
<b>Aktuelle Befunde</b>		
<b>Zeile 13 und 14 nur bei Kindern auszufüllen</b>		
13	Körpergröße	m

<b>Asthma bronchiale – Folgedokumentation</b>		
<b>Nr.</b>	<b>Dokumentationsparameter</b>	<b>Ausprägung</b>
14	Körpergewicht	kg
15	Durchschnittlicher Peakflow-Wert seit der letzten Dokumentation	Erstmalig dokumentiert <sup>1</sup> / Verbessert / verschlechtert / gleichbleibend / nicht dokumentiert /
<b>Relevante Ereignisse</b>		
16	Stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation	Anzahl
17	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation	Anzahl
<b>Behandlung</b>		
<b>Aktuelle Medikation</b>		
18	Aktuelle diagnosespezifische Regelmedikation <sup>2</sup>	Ja / Nein
19	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)	Keine / bei Bedarf / Dauermedikation
20	Inhalative Glukokortikosteroide	Keine / bei Bedarf / Dauermedikation
21	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Keine / bei Bedarf / Dauermedikation
22	Systemische Glukokortikosteroide	Keine / bei Bedarf / Dauermedikation
23	Sonstige (z.B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor Antagonist)	Keine / bei Bedarf / Dauermedikation
<b>Schulungen</b>		
24	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
25	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation):	Ja / Nein / war aktuell nicht möglich / bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

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

2 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.

<b>Asthma bronchiale – Folgedokumentation</b>		
<b>Nr.</b>	<b>Dokumentationsparameter</b>	<b>Ausprägung</b>
26	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
<b>Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele</b>		
27	Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein
28	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan	Ja / nein / nicht durchführbar
29	Empfehlung zum Tabakverzicht	Ja / Nein
30	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
31	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung <sup>3</sup>	TT.MM.JJJJ

<sup>3</sup> Optionales Feld, keine zwingende Angabe erforderlich.

**Änderung von Anlage 10b der Elften Verordnung zur Änderung der RSAV**

<b>Asthma bronchiale – Folgedokumentation</b>		
<b>Nr.</b>	<b>Dokumentationsparameter</b>	<b>Ausprägung</b>
<b>Administrative Daten</b>		
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
<b>Anamnese</b>		
9	Neu aufgetretene Luftnot- verursachende Begleiterkrankungen	Keine / COPD / Andere Lungenerkrankungen / Kardiale Erkrankung
<b>Relevante Ereignisse</b>		
10	Stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation	Anzahl
11	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation	Anzahl

<b>Asthma bronchiale – Folgedokumentation</b>		
<b>Nr.</b>	<b>Dokumentationsparameter</b>	<b>Ausprägung</b>
<b>Behandlung</b>		
<b>Aktuelle Medikation</b>		
12	Aktuelle diagnosespezifische Regelmedikation <sup>4</sup>	Ja / Nein
<b>Schulungen</b>		
13	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
14	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation):	Ja / Nein / war aktuell nicht möglich / bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
<b>Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele</b>		
15	Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein
16	Empfehlung zum Tabakverzicht	Ja / Nein
17	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
18	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung <sup>5</sup>	TT.MM.JJJJ

4 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.

5 Optionales Feld, keine zwingende Angabe erforderlich.