

Einführung in das DMP Asthma/ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)



Stand: Juli 2006

CoC DMP

Übersicht

I. Allgemeines zum DMP

- Definition & Ziele
- Rechtsgrundlagen

II. DMP Asthma/COPD

- Einführung (Verbreitung, Differentialdiagnose Asthma/COPD)
- Ablauf des DMP Asthma/COPD
- Teilnahmevoraussetzungen Patient
- Definition - Diagnosesicherung
- Versorgungsebenen im DMP Asthma/COPD - Überweisungskriterien
- Strukturqualität teilnehmende Ärzte
(koordinierende Ärzte, pneumologisch qualifizierte Ärzte)
- Strukturqualität Schulungsärzte
- Vergütung
- Schulungsprogramme
- Dokumentation
- Verordnungsempfehlungen
- Back-up: Strukturierter Arztbrief - Erst- und Folgedokumentation - Übersicht: Daten und Fristen

Definition und Ziele

Definition

- DMP = Disease Management Programme
- Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke
- aktive Einbindung der Patienten → Schulungen
- Dokumentation der Behandlung
- Feedbackbericht für den Arzt

Ziele

- Optimierung standardisierbarer Versorgungsabläufe
- Steigerung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Kostenstabilisierung
- Schaffung eines präventiven Ansatzes, um typischen chronischen Krankheitsverläufen entgegenzuwirken
- Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien
- Qualitätssicherung

Warum ist die aktive Teilnahme so wichtig?

Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform des RSA am 01.01.2002 führt zu Koppelung von DMP und RSA



Dies bedeutet:

Je mehr chronisch Kranke einer Kasse in ein DMP eingeschrieben sind, **desto mehr Geld** erhält diese Kasse aus dem RSA, um die Mehrausgaben für chronisch kranke Patienten zu decken



Folge!

Je mehr Patienten in die bayerischen DMP eingeschrieben werden, desto höher ist der Finanzmittelrückfluss nach Bayern

Operativer Start DMP Asthma/COPD in Bayern: 01.04.2006

Warum ein DMP Asthma/COPD? – Die Situation in Bayern

insgesamt mehr als 1,1 Millionen Menschen in Bayern erkrankt

Asthma

- Auslösende Stimuli: äußere Reize aller Art, Infekte, Allergien, Medikamente
- ca. 440.000 leicht, 120.000 mittelschwer und 30.000 schwer Erkrankte
- jährlich 900 Todesfälle
- Verdoppelung der Fallzahl binnen der nächsten 10 Jahre in Westeuropa?
- Steigende Tendenz, insbesondere im Kindesalter

Höchste Kosten: akutstationäre Behandlung, die durch adäquate Information, (Selbst-) Diagnose, (Selbst-) Medikation und Selbsteinschätzung der Patienten deutlich verringert werden kann

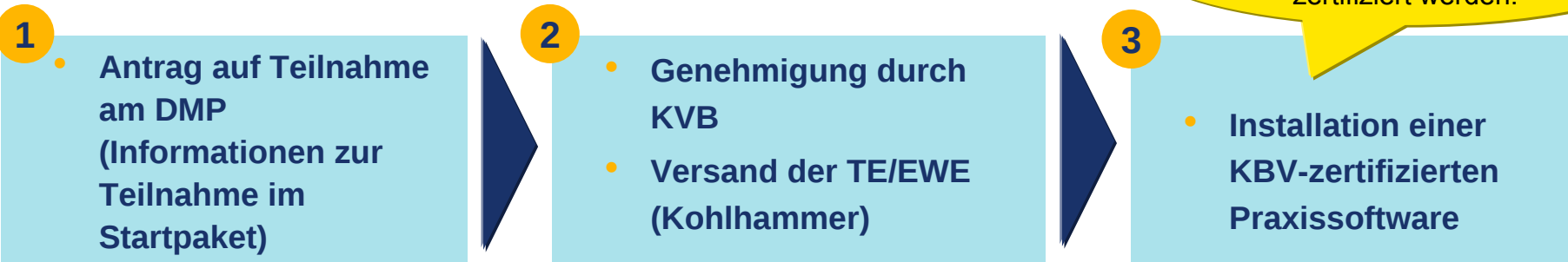
unscharfe Trennung aber
Einschreibung in beide DMP nicht möglich

COPD

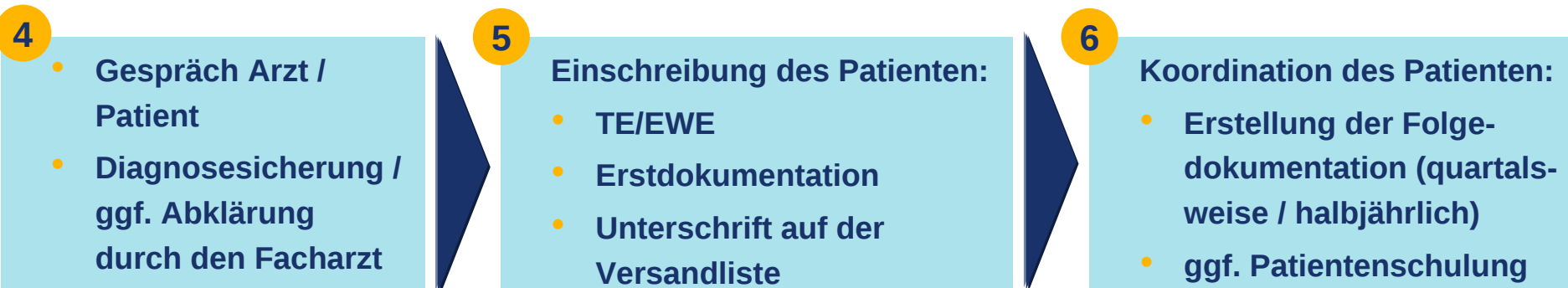
- Auslösende Stimuli: überwiegend Raucher, Atemwegsinfekte, Staub- und Schadstoffbelastung
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem)
- 10-12% der erwachsenen Bevölkerung leiden unter chronischer Bronchitis (= doppelt so viele wie Asthma)
- jährlich 1500 Todesfälle

Höchste Kosten: in ambulanter Versorgung, insbesondere des Schweregrades 3

Die ersten Schritte zur Teilnahme am DMP Asthma/COPD



Praktische Umsetzung (Einschreibung & Dokumentation des Patienten)





Teilnahme Patient

Teilnahmevoraussetzungen Patient

- ➔ **Diagnose Asthma oder COPD** muss gesichert sein
- ➔ **Aktive Mitwirkung** und Teilnahme des Patienten
- ➔ **Verbesserung der Lebensqualität** ist zu erwarten
- ➔ **Teilnahmealter Asthma:** mind. 5 Jahre
Teilnahmealter COPD: mind. 18 Jahre
- ➔ gleichzeitige Teilnahme an mehreren DMP ist möglich, jedoch nur **Teilnahme** entweder am **DMP Asthma** oder am **DMP COPD**

Ausschreibung wenn

- ▶ innerhalb von 12 Monaten 2 der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen werden
- ▶ innerhalb von 3 Jahren zwei Termine für die quartalsbezogen (viertel- oder halbjährlich) zu erstellenden Dokumentationen nicht wahrgenommen werden

Hinweis:
Die Teilnahme des Patienten
ist immer freiwillig

Patient kann in das DMP eingeschrieben werden

Was ist Asthma bronchiale?

Definition

- Asthma bronchiale (= Asthma) ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege, charakterisiert durch bronchiale Hyperreagibilität und variable Atemwegsobstruktion

Diagnose

- Erkrankungstypische Anamnese
- ggf. Vorliegen charakteristischer Symptome
- Nachweis einer (partiell-)reversiblen Atemwegsobstruktion bzw. einer bronchialen Hyperreagibilität

Therapieziele

- Reduktion der Sterblichkeit
- Vermeidung/Reduktion von
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen)
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen
 - krankheitsbedingte Beeinträchtigungen körperlicher und sozialer Aktivitäten im Alltag
 - Progredienz der Krankheit
 - unerwünschten Wirkungen der Therapie

Diagnosesicherung Asthma

(laut RSAV muss mind. einer der folgenden Punkte erfüllt sein)

Bei Erwachsenen:

- Nachweis der Obstruktion bei $FEV_1/VC \leq 70\%$ 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,
- circadiane PEF-Variabilität größer 20% über drei bis 14 Tage
- Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest

Bei Kindern und Jugendlichen (im Alter von 5 bis 17 Jahren):

- Nachweis der Obstruktion bei $FEV_1/VC \leq 75\%$ 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
- 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

Was ist COPD?

Definition

- COPD (**chronic obstructiv pulmonary disease** = chronisch obstruktive Lungenerkrankung) ist eine chronische meist progrediente Atemwegs- und Lungenerkrankung basierend auf einer chron. Bronchitis mit oder ohne Lungenemphysem

Diagnose

- Erkrankungstypische Anamnese
- ggf. Vorliegen charakteristischer Symptome
- Nachweis einer Atemwegsobstruktion mit fehlender oder geringer Reversibilität

Therapie- ziele

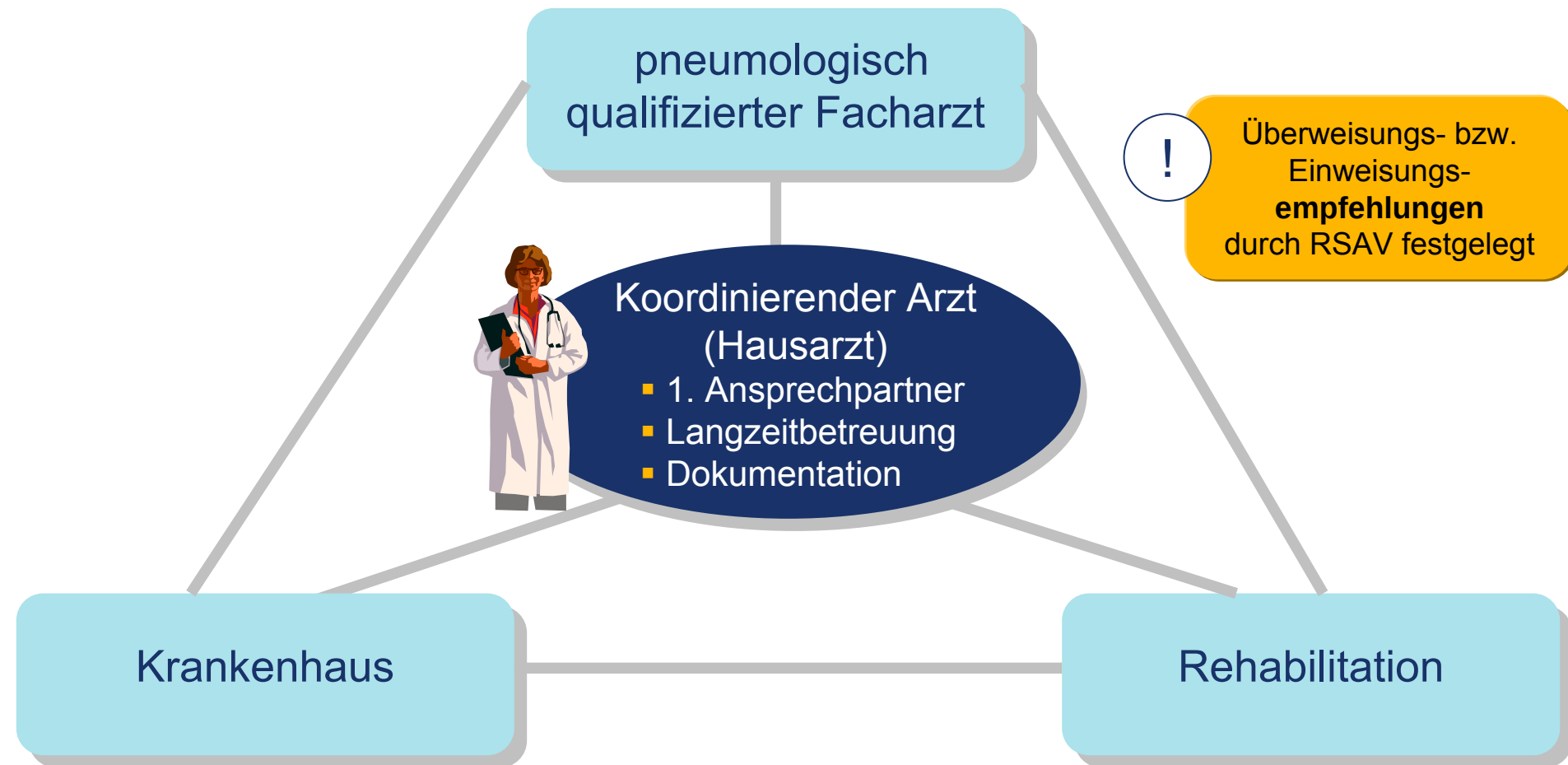
- Reduktion der Sterblichkeit
- Vermeidung/Reduktion von
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Exazerbationen)
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen körperlicher und sozialer Aktivität im Alltag
 - rasche Progredienz der Erkrankung

Diagnosesicherung COPD

(laut RSAV ist der Nachweis einer Reduktion von FEV_1 unter 80 % des Sollwertes erforderlich und es muss mind. einer der folgenden Punkte erfüllt sein)

- Nachweis der Obstruktion bei $FEV_1/VC \leq 70\%$ und Zunahme der FEV_1 um weniger als 15% und/oder um weniger als 200ml 10 Min. nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums oder 30 Min. nach Inhalation eines kurz wirksamen Anticholinergikums (Bronchodilatator-Reversibilitätstestung)
- Nachweis der Obstruktion bei $FEV_1/VC \leq 70\%$ und Zunahme der FEV_1 um weniger als 15% und/oder um weniger als 200ml 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 Patienten mit FEV_1/VC größer 70% und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat

Wie ist die Kooperation der Versorgungsebenen?



Überweisungskriterien Asthma

(Pneumologisch) qualifizierter Facharzt

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter 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

Koordinierender Arzt



Überweisung

Einweisung

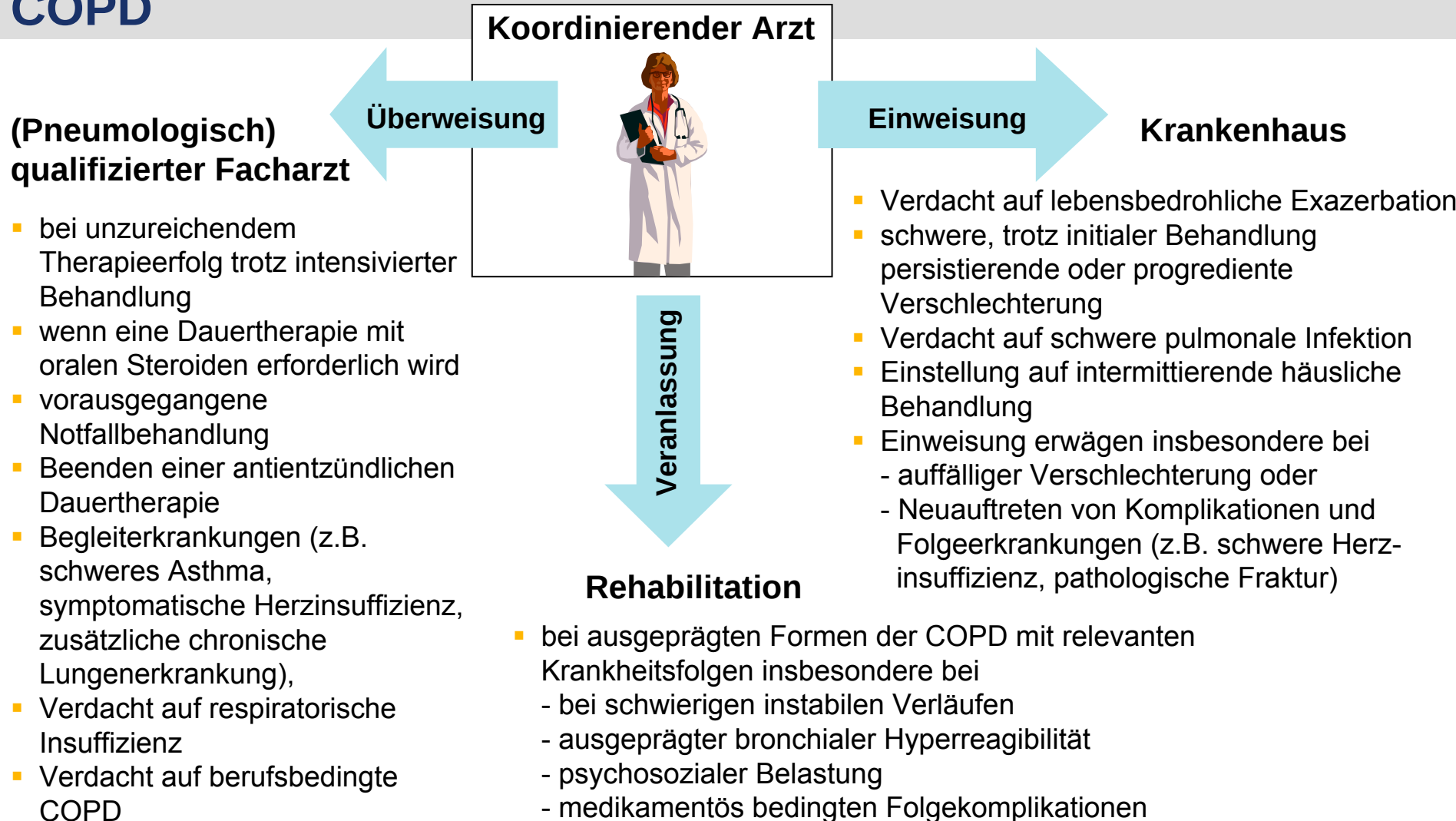
Krankenhaus

Veranlassung

Rehabilitation

- bei schweren Asthmaformen mit relevanten Krankheitsfolgen insbesondere bei
 - schwierigen instabilen Verläufen
 - ausgeprägter bronchialer Hyperreagibilität
 - psychosozialer Belastung
 - medikamentös bedingten Folgekomplikationen
- bei Kindern/Jugendlichen auch bei krankheitsbedingt drohender Leistungs- und Entwicklungsstörung

Überweisungskriterien COPD





Welche Vertragsärzte können am DMP Asthma/COPD teilnehmen?

1. Versorgungsebene: Koordinierende Vertragsärzte

- **Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztlich tätiger Internist,**

Sonderregelung für die Koordinierung bei Kindern und Jugendlichen (grundsätzlich unter 18 Jahren):

- **Hausärztlich tätiger Arzt für Kinder- und Jugendmedizin**

in Ausnahmefällen (siehe Erläuterung):

- **Fachärztlich tätiger Internist, fachärztlich tätige Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Lungenärzte.**

(Voraussetzung: mindestens 15 Spirometrien im Quartal)

neu:
FA können nach § 3
koordinieren ohne
gleichzeitige Teilnahme
nach § 4

Erläuterung Ausnahmefälle:

- kontinuierliche Betreuung des Versicherten vor Einschreibung (mind. 12 Monate)
- medizinische Gründe, z.B. Schweregrad 3 oder 4, definiert nach den der RSAV zugrunde gelegten Leitlinien bei COPD.

Welche Vertragsärzte können am DMP Asthma/COPD teilnehmen?

2. Versorgungsebene: Pneumologisch qualifizierte Fachärzte

- **Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie**
- **Lungenärzte**
- **Internisten** ohne Schwerpunkt
Voraussetzung: Genehmigung zur Abrechnung pneumologischer Leistungen
(Sonderregelung nach Einführung des EBM 2000 plus)
- **Kinder- und Jugendärzte**
 - mit **Schwerpunkt Kinder-Pneumologie**
 - mit **Zusatzbezeichnung Allergologie**
 - mit **Zusatzbezeichnung Kinder-Pneumologie**
 - mit der **Ausbildung zum qualifizierten Asthmatrainer** der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.



Teilnehmende Ärzte - Apparative Voraussetzungen

a) Koordinierender Arzt

vgl. Anlage 1

- Mindestvoraussetzung: **Spirometrie**

b) Pneumologisch qualifizierter Facharzt

vgl. Anlage 2

- Apparativen Voraussetzungen:
 - **Spirometer**,
 - **Ganzkörper-Plethysmograph**,
 - Ausstattung zur **Bestimmung** der **kapillären Blutgase**
- Auftragsleistung möglich bei:
 - **Röntgenaufnahme Thorax**
 - (bei Asthma) **allergologische Diagnostik**

Sonderregelung für Kinder- und Jugendärzte

- Apparative Voraussetzungen:
 - **Spirometer** (Durchführung und Beurteilung einer qualifiziert angelegten Fluss-Volumenkurve, Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Raw, Rocc, IOS) und/oder
 - **Bodyplethysmographie** und/oder
 - **Helium-FRC-Bestimmung**
 - Durchführung einer (nächtlichen) **Sauerstoffsättigungsmessung (SO₂)** oder **Durchführung der Blutgasanalyse**
 - **Bronchiale Provokationstestung**
 - **Allergologische Diagnostik und Therapie**

Teilnehmende Ärzte - Voraussetzungen zur Durchführung von Patientenschulungen

Arzt

- Schulungsgenehmigung nur bei gleichzeitiger Teilnahme am DMP
- Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einer Fortbildung des jeweiligen Schulungsanbieters (Zertifikat)
- Bestätigung des Arztes, dass die Anforderungen an räumliche, technische und organisatorische Ausstattung erfüllt sind

nichtärztliches Schulungs- personal

- Nachweis Teilnahme an einer Fortbildung des jew. Schulungsanbieters
- Einmal jährliche Teilnahme
 - an einer Fortbildungsveranstaltung zum jeweiligen Schulungsprogramm oder
 - an einer anderen themenbezogenen Fortbildung oder
 - Hospitation in einer teilnehmenden Arztpraxis im Rahmen von Schulungen

Hinweis: – Asthaschulungsvertrag wurde zum 31.12.05 gekündigt → noch gültig bis 31.03.06

Erstdokumentation	€ 25,00
Folgedokumentation	€ 15,00
Mehraufwandspauschale für Koordinationsarzt	€ 5,00 je Dokumentation Auszahlung nur bei Dokumentation vor dem 20. des zweiten Quartalsmonats
Schulungen Erwachsene	€ 25,00 je UE € 50,00 Motivations-/Abschlussgespräch (nach der letzten Unterrichtseinheit, wenn alle UE wahrgenommen wurden, kann am Tag der letzten UE stattfinden) € 9,00 Sachkosten
Schulungen Kinder	€ 25,00 je UE Abrechenbar bis zu 30 Unterrichtseinheiten (18 Kinder / 12 Eltern) € 9,00 Sachkosten
FÄ-Leistungen vor DMP-Einschreibung	Fester PW 5,00 €ct GOP: 13650L / 13651L ■ Abrechenbar, wenn Diagnose DMP-Indikation bestätigt und Patient einschreibefähig ist. ■ Ziffer ist max. 1x pro Krankheitsfall abrechenbar ■ Zusätzlich: differenzierte Dokumentation des Befundes im Arztbrief für Einschreibung HA ins DMP + Information und Einschreibeempfehlung an den Patienten ■ außerbudgetäre Vergütung - Bereinigung der Gesamtvergütung
FÄ-Leistungen	Jährliche Beobachtung der Mengenentwicklung (erstmals Ende 2006) – ggf. Wiederaufnahme der Vergütungsverhandlung

Sonderregelung VdAK/AEV:
 Zusatzziffern für differenzierte Berichte:
 92705 zu 13650 und
 92706 zu 13651
 Vergütung jeweils € 20,00

Back-Up:
 Formular strukt.
 Arztbrief



Schulungsprogramme	Patientenzahl/ Frequenz	Vergütung pro UE / Patient	GOP
Qualitätsmanagement in der Asthma-Schulung von Kindern und Jugendlichen 6 UE gemeinsam für Kinder/Jugendliche und Eltern Je 12 UE getrennt für Kinder/Jugendliche und Eltern	30 Unterrichtseinheiten à 45 Min. max. 7 Kinder/Jugendliche pro Altersgruppe (5-7J., 8-12J., 13-18J.) und deren Eltern	25,00 Euro	92710A
NASA Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (Variation v. AFAS Ambulante Fürther Asthaschulung)	6 Unterrichtseinheiten à 60 Min. 6 bis 8 Erwachsene	25,00 Euro	92710B
Individuelles Beratungs- und Motivationsgespräch Erwachsene – Asthma	Am letzten Schultag abrechenbar, sofern der Patient an allen UE teilgenommen hat	50,00 Euro	92710G
Sachkosten Schulung Asthma	Pro Programm und Patient	9,00 Euro	92710S
COBRA (Umbenennung von AFBE = Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem)	6 Unterrichtseinheiten à 60 Min. 4 bis 8 Erwachsene	25,00 Euro	92711A
Individuelles Beratungs- und Motivationsgespräch Erwachsene - COPD	Am letzten Schultag abrechenbar, sofern der Patient an allen UE teilgenommen hat	50,00 Euro	92711G
Sachkosten Schulung COPD	Pro Programm und Patient	9,00 Euro	92711S



Dokumentationsfristen

Back-Up:
Übersicht – Daten
und Fristen im DMP

- Teilnahme- /Einwilligungserklärung:
idealerweise 10 Tage nach Unterschrift
jedoch spätestens mit Einsendung der Erstdokumentation
bzw. Folgedokumentation (bei Arztwechsel)
- Erstdokumentation:
max. 10 Kalendertage nach Beginn des Folgequartals
- Folgedokumentation:
max. 10 Kalendertage nach Beginn des Folgequartals
- Mehraufwandspauschale (MAP):
Dokumentation muss spätestens am 20. Tag des zweiten Monats im
Quartal bei der Datenstelle vorliegen

nur im DMP
Asthma/COPD:
MAP abhängig vom
Eingangsdatum der
Dokumentation

Vorrangig zu verordnende Wirkstoffe - Asthma



Medikamenten-
empfehlungen
durch RSAV festgelegt

Dauer- therapie

Wirkstoffgruppe

Wirkstoff

Basistherapie

- inhalative Glukokortikosteroide

▶ Beclometason, Budesonid, Fluticason

Erweiterung der Basistherapie

- inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika

▶ Formoterol, Salmeterol

in begründeten Fällen

- systemische Glukokortikosteroide
- Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
- Theophyllin

▶ Montelukast
mit verzögerter Wirkstofffreisetzung

Bedarfs- therapie

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika

▶ Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin

in begründeten Fällen

- kurz wirksame Anticholinergika
- Theophyllin
- systemische Glukokortikosteroide

▶ Ipratropiumbromid
mit rascher Wirkstofffreisetzung
maximal 1 – 2 Wochen

Vorrangig zu verordnende Wirkstoffe - COPD



Medikamenten-
empfehlungen
durch RSAV festgelegt

Bedarfs- therapie

Wirkstoffgruppe

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika
- kurz wirksame Anticholinergika
in begründeten Fällen
- Theophyllin

Wirkstoff

- ▶ Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin
- ▶ Ipratropiumbromid
- mit rascher Wirkstofffreisetzung

Dauer- therapie

falls er-
forderlich

- lang wirksames Anticholinergikum
- lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika
in begründeten Einzelfällen
- inhalative Glukokortikosteroide
- systemische Glukokortikosteroide
- Theophyllin

- ▶ Tiotropiumbromid
- ▶ Formoterol, Salmeterol
- mit verzögerter Wirkstofffreisetzung

Back-Up

Adresse überweisender Hausarzt:

Name	
Straße	
Ort	

Arztstempel

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für die Überweisung Ihres Patienten _____ [Name].

Die hier durchgeführten Untersuchungen haben ergeben, dass eine Einschreibung in das DMP Asthma möglich wäre unter folgenden Aufnahmekriterien:

Die Messwerte der Lungenfunktion entnehmen Sie bitte dem beigefügten Original-Befund!

Einschreibung Für die Einschreibung muss eine asthmatische Anamnese (längstens 12 Monate zurückliegend) und mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.			
Erwachsene (≥ 18 Jahre)		Kinder (5 – 17 Jahre):	
Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:	☐ $FEV_1/V_C \leq 70\%$ und Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$ und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml	Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika:	☐ $FEV_1/V_C \leq 75\%$ und Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$
Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):	☐ Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$ und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml	Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage):	☐ Zunahme der $FEV_1 \geq 15\%$
Sonstige Diagnosesicherung durch:	☐ Circadiane PEF-Variabilität $> 20\%$	Sonstige Diagnosesicherung durch:	☐ Circadiane PEF-Variabilität $> 20\%$
Sonstige Diagnosesicherung durch:	☐ Nachweis bronchiale Hyperreagibilität	Sonstige Diagnosesicherung durch:	☐ Nachweis bronchiale Hyperreagibilität
Diagnosespezifische Regelmedikation (asthmatische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß vorstehender Diagnoseverfahren erfüllt) ☐ ja			

Die von uns empfohlene Therapie lässt sich wie folgt klassifizieren:

Aktuelle Medikation			
Kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)	☐ bei Bedarf	☐ Dauermedikation	☐ keine
Inhalative Glukokortikosteroide	☐ bei Bedarf	☐ Dauermedikation	☐ keine
Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	☐ bei Bedarf	☐ Dauermedikation	☐ keine
Systemische Glukokortikosteroide	☐ bei Bedarf	☐ Dauermedikation	☐ keine
Sonstige (z.B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist)	☐ bei Bedarf	☐ Dauermedikation	☐ keine

Zusätzlich von uns bereits veranlasste Maßnahmen:

Schulungen			
Asthma-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen	☐ ja	☐ nein	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) ☐ ja ☐ nein Inhalationstechnik überprüft ☐ ja ☐ nein
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele			
Empfehlung zum Tabakverzicht	☐ ja	☐ nein	
Schriftlicher Selbstmanagement-Plan	☐ ja	☐ nein	
	☐ nicht durchführbar		

Für weitere Fragen zur Einschreibung in das DMP Asthma stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Bsp. Strukturierter Arztbrief Asthma

Download des elektronischen Formulars im Internet:

<http://www.kvb.de/servlet/PB/menu/1104959/index.html#teilnahme>

Hinweis: Das elektronische Formular kann ausgefüllt und ausgedruckt werden. Falls Sie das Formular mit den eingefügten Inhalten abspeichern möchten, benötigen Sie das kostenpflichtige Programm Adobe Acrobat Standard oder Professional.

Wenn Sie eine Word-Version des Formulars benötigen, um das Dokument zu Ihren Patientendaten zu speichern, senden Sie bitte eine E-Mail an info-dmp@kvb.de.

Erst- und Folgedokumentation – Asthma bronchiale

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Erst-Dokumentation Asthma bronchiale		Blatt 1 Original für die Datenannahmestelle	
Name, Vorname des Versicherten		DMP-Fallnummer			
geb. am					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum			
Krankenhaus-IK		Arztstempel (Bitte auch auf Blatt 2 und 3)			
051H					

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung Für die Einschreibung muss eine asthmatische Anamnese (längstens 12 Monate zurückliegend) vorliegen und mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.

Erwachsene (≥ 16 Jahre):

- Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika: ☐ FEV₁/VC ≥ 70 % und Zunahme der FEV₁ ≥ 15 % und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml
- Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage): ☐ Zunahme der FEV₁ ≥ 15 % und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml
- Sonstige Diagnosesicherung durch: ☐ Circadiane PEF-Varianzität > 20 %
- Sonstige Diagnosesicherung durch: ☐ Nachweis bronchiale Hyperreagibilität

Kinder (6 – 17 Jahre):

- Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika: ☐ FEV₁/VC ≥ 75 % und Zunahme der FEV₁ ≥ 15 %
- Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage): ☐ Zunahme der FEV₁ ≥ 15 %
- Sonstige Diagnosesicherung durch: ☐ Circadiane PEF-Varianzität > 20 %
- Sonstige Diagnosesicherung durch: ☐ Nachweis bronchiale Hyperreagibilität

Diagnosespezifische Regelmedikation (asthmatische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß vorstehender Diagnoseverfahren erfüllt) ☐ ja

Anamnese

Häufigkeit aktuell vorliegender Asthma-Symptome: ☐ täglich ☐ wöchentlich ☐ seltener als wöchentlich ☐ keine

Diagnose bekannt seit: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen: ☐ keine ☐ COPD ☐ andere Lungenerkrankung ☐ kardiale Erkrankung ☐ Raucher/in ☐ ja ☐ nein

Aktuelle Befunde

Körpergröße m Körpergewicht kg

Durchschnittlicher Peakflow-Wert seit der letzten Dokumentation: ☐ erstmalig dokumentiert ☐ nicht dokumentiert ☐ verbessert ☐ verschlechtert ☐ gleich bleibend

Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten: ☐ Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten: ☐ Anzahl

Aktuelle Medikation

Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ): ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Inhalative Glukokortikosteroide: ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika: ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Systemische Glukokortikosteroide: ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Sonstige (z. B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist): ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Schulungen

Asthma-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen: ☐ ja ☐ nein

Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation): ☐ ja ☐ nein

Inhalationstechnik überprüft: ☐ ja ☐ nein

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Empfehlung zum Tabakverzicht: ☐ ja ☐ nein

Schriftlicher Selbstmanagement-Plan: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht durchführbar

Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst: ☐ ja ☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationsvorstellung (optionales Feld):

Dokumentationsintervall: ☐ quartalsweise ☐ jedes zweite Quartal

Datum:

Unterschrift des Arztes:

Vordruck 051

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Folge-Dokumentation Asthma bronchiale		Blatt 1 Original für die Datenannahmestelle	
Name, Vorname des Versicherten		DMP-Fallnummer			
geb. am					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum			
Krankenhaus-IK		Arztstempel (Bitte auch auf Blatt 2 und 3)			
052H					

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Häufigkeit der Asthma-Symptome seit der letzten Dokumentation: ☐ täglich ☐ wöchentlich ☐ seltener als wöchentlich ☐ keine

Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen: ☐ keine ☐ COPD ☐ andere Lungenerkrankung ☐ kardiale Erkrankung ☐ Raucher/in ☐ ja ☐ nein

Aktuelle Befunde

Körpergröße und Körpergewicht nur bei Kindern.

Körpergröße m Körpergewicht kg

Durchschnittlicher Peakflow-Wert seit der letzten Dokumentation: ☐ erstmalig dokumentiert ☐ nicht dokumentiert ☐ verbessert ☐ verschlechtert ☐ gleich bleibend

Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation: ☐ Anzahl

Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation: ☐ Anzahl

Aktuelle Medikation

Aktuelle diagnosespezifische Regelmedikation: ☐ ja ☐ nein

Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ): ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Inhalative Glukokortikosteroide: ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika: ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Systemische Glukokortikosteroide: ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Sonstige (z. B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist): ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Schulungen

Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation): ☐ ja ☐ nein ☐ war aktuell nicht möglich ☐ bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation): ☐ ja ☐ nein

Inhalationstechnik überprüft: ☐ ja ☐ nein

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Empfehlung zum Tabakverzicht: ☐ ja ☐ nein

Schriftlicher Selbstmanagement-Plan: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht durchführbar

Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst: ☐ ja ☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationsvorstellung (optionales Feld):

Dokumentationsintervall: ☐ quartalsweise ☐ jedes zweite Quartal

Datum:

Unterschrift des Arztes:

Vordruck 052

Erst- und Folgedokumentation – chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Erst-Dokumentation COPD Blatt 1 Original für die Datenannahmestelle

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (siehe auch auf Blatt 2 und 3)

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung Für die Einschreibung muss eine COPD-typische Anamnese und eine Reduktion der FEV₁ unter 80 % des Sollwerts vorliegen und mindestens eines der drei folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika oder Anticholinergika ☐ FEV₁/VC $\leq$ 70 % und Zunahme der FEV₁ $<$ 15 % und/oder $<$ 200 ml

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage) in einer stabilen Krankheitsphase ☐ FEV₁/VC $\leq$ 70 % und Zunahme der FEV₁ $<$ 15 % und/oder $<$ 200 ml

Falls FEV₁/VC $>$ 70 % und radiologischer Ausschluss anderer Erkrankungen ☐ Atemwegsweitung ☐ Lungenüberblähung ☐ Gasaustauschstörung

Anamnese Diagnose bekannt seit Jahre

Andere Leifnot verursachende Begleiterkrankungen ☐ Asthma bronchiale ☐ kardiale Erkrankung ☐ ja ☐ nein

Aktuelle Befunde Körpergröße m Körpergewicht kg Aktueller FEV₁-Wert Liter

Relevante Ereignisse Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten Anzahl

Aktuelle Medikation Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation ☐ ja ☐ nein

Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Langwirksame Anticholinergika ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Theophyllin ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Systemische Glukokortikosteroide ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Inhalative Glukokortikosteroide ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Sonstige Behandlung ☐ keine ☐ Langzeitsauerstofftherapie ☐ häusliche Beatmung ☐ operative Verfahren

Schulungen COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen ☐ ja ☐ nein COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) ☐ ja ☐ nein Inhalationstechnik überprüft ☐ ja ☐ nein

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele Empfehlung zum Tabakverzicht ☐ ja ☐ nein Empfehlung zum körperlichen Training ☐ ja ☐ nein COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst ☐ ja ☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationsvereinbarung

Dokumentationsintervall ☐ quartalsweise ☐ jedes zweite Quartal

Datum

Unterschrift des Arztes

Folge-Dokumentation COPD Blatt 1 Original für die Datenannahmestelle

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (siehe auch auf Blatt 2 und 3)

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese Neu aufgetretene Leifnot verursachende Begleiterkrankungen ☐ keine ☐ Asthma bronchiale ☐ andere Lungenerkrankung ☐ kardiale Erkrankung ☐ ja ☐ nein

Aktuelle Befunde Aktuelles Körpergewicht kg Aktueller FEV₁-Wert Liter ☐ nicht durchgeführt

Relevante Ereignisse Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation Anzahl Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation Anzahl

Aktuelle Medikation Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation ☐ ja ☐ nein

Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Langwirksame Anticholinergika ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Theophyllin ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Systemische Glukokortikosteroide ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Inhalative Glukokortikosteroide ☐ bei Bedarf ☐ Dauermedikation ☐ keine

Sonstige Behandlung ☐ keine ☐ Langzeitsauerstofftherapie ☐ häusliche Beatmung ☐ operative Verfahren

Schulungen Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) ☐ ja ☐ nein COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) ☐ ja ☐ nein Inhalationstechnik überprüft ☐ ja ☐ nein

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele Empfehlung zum Tabakverzicht ☐ ja ☐ nein Empfehlung zum körperlichen Training ☐ ja ☐ nein COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst ☐ ja ☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationsvereinbarung

Dokumentationsintervall ☐ quartalsweise ☐ jedes zweite Quartal

Datum

Unterschrift des Arztes

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
1.												
2.		② VL	② VL		② VL	② VL		② VL	② VL		② VL	② VL
3.	④ Abrechnungslieferung an KV			④ Abrechnungslieferung an KV			④ Abrechnungslieferung an KV			④ Abrechnungslieferung an KV		
...												
10.	① Frist ED/FD für 4. Quartal			① Frist ED/FD für 1. Quartal			① Frist ED/FD für 2. Quartal			① Frist ED/FD für 3. Quartal		
...												
14.												
15.	② VL			② VL			② VL			② VL		
16.												
...												
29.												
30.		③ AI / R	② VL		③ AI / R	② VL		③ AI / R	② VL		③ AI / R	② VL
31.												

① Frist Erst- und Folgedokumentation (ED/FD) ⇒ ✉:

To Do: Dokumentationen des vorangegangenen Quartals rechtzeitig wegschicken.

Hinweis:

- Werden Dokumentationen nach der Einreichungsfrist an die Datenstelle übermittelt, besteht die Gefahr, dass Dokumentationen verfristen
- Verfristete Dokumentationen können nicht vergütet werden!

③ Arztinformation & Reminder (AI / R):

① **Arztinformation:** Übersicht über eingegangene und an die Abrechnung der KV weitergeleitete Dokumentationen

① **Reminder:** Auflistung von Patienten, bei denen noch Dokumentationen und TE/EWE im jeweiligen Quartal ausstehen

To Do: Arztinformation: Zur Kenntnisnahme und Ablage

Reminder: → Patienten zur Dokumentation einladen
→ TE/EWE nachreichen.

Was ist zusätzlich zu beachten?

⇒ Die **Teilnahme- und Einwilligungserklärungen** (TE/EWE) der Versicherten sollten

- idealerweise 10 Tage nach Unterschrift
- jedoch **spätestens** mit der Einsendung der Erstdokumentation (bzw. bei Arztwechsel: Folgedokumentation) in der Datenstelle vorliegen.

② Versandliste (VL): ⇒ ✉

① Eingereichte vollständige & plausible Dokumentationen aus dem aktuellen und vorangegangenen Quartal

To Do: Umgehend unterschreiben und an die Datenstelle zurücksenden:

Arbeitsgemeinschaft DMP
Datenstelle Bayern
Postfach 21 01 40
80671 München

Service-Telefon:
Tel.: 0 18 05 - 89 89 09
(0,12 € pro Minute aus dem deutschen Festnetz)

Hinweise:

Voraussetzung für die Vergütung der Dokumentationen:

→ DMP-Genehmigung des Arztes, → TE/EWE des Versicherten

④ Abrechnungslieferung der Datenstelle an die KVB

① Bis zu diesem Zeitpunkt vorliegende vollständige & plausible Dokumentationen inkl. Unterschrift auf der Versandliste werden von der Datenstelle an die KVB gemeldet.

To Do: Dokumentationen und unterschriebene Versandlisten bis zu diesem Zeitpunkt an die Datenstelle schicken, damit die Dokumentationen noch im selben Quartal vergütet werden können.

Fragen beantwortet Ihnen gerne unsere Experten-Telefonberatung DMP:

Telefonnummer: 01805- 90 92 90 -15*

Servicezeiten:

Montag bis Donnerstag: 7.30 – 19.30 Uhr
Freitag: 7.30 – 16.00 Uhr

* 12 Cent pro Minute für Anrufe aus dem Festnetz