

**Ausfüllanleitung**  
**zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz**  
(Seiten 2 bis 7)  
**sowie für das**  
**strukturierte Behandlungsprogramm (DMP)**  
**COPD**  
(Seiten 8 bis 14)

Stand der letzten Bearbeitung: 17.12.2020  
(diagnoseübergreifender allgemeiner Datensatz)  
Version 7.0  
gültig ab 01.04.2021

und

26.04.2017  
(indikationsspezifischer Datensatz)  
Version 4.0  
gültig ab 01.01.2018

auf Basis der mit dem BVA abgestimmten  
Ausfüllanleitungen

# Ausfüllanleitung

## Vorbemerkung

Die Dokumentation stellt ein Kernelement zur Umsetzung der Disease-Management-Programme dar. Neben der Erhebung der Ausgangsdaten erfüllt die Dokumentation weitere wichtige Funktionen:

- Sie bildet den Verlauf der Erkrankung ab und kann als **Checkliste** bezüglich medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen, indikationsbezogener Risikofaktoren und Kontrolluntersuchungen dienen.
- Sie stellt einen Informationsspeicher für Sie und Ihre Patientin und Ihren Patienten dar und hält gemeinsame Zielvereinbarungen fest.
- Ein Ausdruck der Dokumentation kann Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten bei notwendigen Über- und Einweisungen oder auch im Notfall als Begleitinformation dienen.
- Schließlich bildet die Dokumentation die Basis für die Gestaltung Ihres individuellen Feedback-Berichts, die Durchführung der Qualitätssicherung und für die Programmevaluation.

Auf Grund dieser vielfältigen Aufgaben ist es außerordentlich wichtig, die Dokumentationen sorgfältig und **vollständig** zu erstellen. Die Dokumentation ist vollständig, wenn zu jedem Fragenkomplex die erforderlichen Angaben gemacht worden sind. Die von Ihnen eingesetzte und von der KBV zertifizierte Software unterstützt Sie dabei. Bitte berücksichtigen Sie die jeweiligen Erläuterungen Ihres Software-Anbieters.

Denken Sie bitte auch daran, eine Sicherheitskopie des Datensatzes anzufertigen und Ihren Patientinnen und Patienten jeweils einen Ausdruck des Datensatzes auszuhändigen. Der Ausdruck ist wichtig, damit Ihre Patientin bzw. Ihr Patient „ihre“ bzw. „seine“ Daten zu ihrer bzw. seiner eigenen Information, aber auch für Notdienstzwecke, Überweisungen oder ggf. für unerwartete Krankenhausaufenthalte zur Verfügung hat.

Sie, Ihre Patientinnen und Patienten und alle mitbehandelnden Ärzte werden davon profitieren. Bedenken Sie, dass aufgrund vertraglicher Regelungen nur bei vollständig und plausibel erstellten Dokumentationen und Einhaltung der Dokumentationsfristen eine Vergütung an Sie möglich ist.

Es gibt eine **indikationsübergreifende Dokumentation** für alle DMP außer Brustkrebs. Die Dokumentation besteht aus

- einem **allgemeinen** Teil sowie
- vier **diagnosespezifischen** Teilen (für KHK, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma bronchiale und COPD).

Durch eine indikationsübergreifende Dokumentation wird die zunehmende Multimorbidität von Patienten auch in der Dokumentation besser abgebildet und der Dokumentationsaufwand insgesamt reduziert. Zudem sind die Dokumentationsdaten auf diejenigen Daten beschränkt, die für eine effektive Qualitätssicherung genutzt werden können, Aussagen zum Krankheitsverlauf ermöglichen und im Rahmen der Evaluation Anwendung finden.

Die nachstehenden Aufzählungsziffern (ab Seite 4) entsprechen der jeweils angegebenen laufenden Nummer auf der Dokumentation.

## Hinweise zur Datenerfassung

Für alle DMP-Indikationen sind zunächst die in einer Praxis-Verwaltungs-Software (PVS) bereits hinterlegten administrativen Daten, Daten zu allgemeiner Anamnese und zu bekannten Befunden sowie Daten zum Behandlungsplan zu dokumentieren. Im Weiteren kommen dann diagnosespezifische Daten, wie z. B. der HbA1c-Wert beim Diabetes oder Angaben zur Medikation, hinzu.

Die Auswahl und Zusammenführung der Daten erfolgt durch die Dokumentationssoftware. Sie als dokumentierender Arzt erhalten die notwendigen Dokumentationsparameter durch die Vorauswahl der von Ihnen zu dokumentierenden Indikationen (siehe auch Erläuterungen zu „Einschreibung wegen“). Es entfällt die Notwendigkeit der nach Indikationen getrennten Dokumentation.

### **Welche Patienten können eingeschrieben werden?**

DMP gibt es für die Indikationen

- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Asthma bronchiale
- COPD
- Chronische Herzinsuffizienz
- Chronischer Rückenschmerz
- Depression
- Osteoporose

Zielgruppe sind alle gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten, bei denen eine oder mehrere der vorstehenden Erkrankungen vorliegt. Die zuständige Krankenkasse muss einen entsprechenden Vertrag mit der jeweiligen KV abgeschlossen haben, und die Patientin oder der Patient muss die Einschreibekriterien des Programms entsprechend der Vorgaben der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) und der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfüllen.

Aktuell ist eine Einschreibung in die nachstehenden DMP nicht möglich, da für diese Indikationen noch keine vertraglichen Regelungen vereinbart wurden:

- Chronische Herzinsuffizienz
- Chronischer Rückenschmerz
- Depression
- Osteoporose

## Übermittlung der Dokumentationsdaten

**Bitte beachten Sie, dass für die Weiterleitung der Daten und die gültige Teilnahme Ihrer Patientin oder Ihres Patienten es zwingend erforderlich ist, dass zusätzlich zur vollständigen Erstdokumentation die Teilnahme- und Einwilligungserklärung von Ihnen beiden unterschrieben und unmittelbar an die zuständige Datenstelle übermittelt wurde.** Dabei ist sicherzustellen, dass alle drei Ausfertigungen die jeweils notwendigen Unterschriften tragen (bei Ausdruck aus der PVS: drei Seiten mit Originalunterschriften, bei Verwendung der Formularvordrucke: Erste Seite mit Originalunterschriften, zweite und dritte

Seite als Durchschlag). Neben dem Exemplar, das an die Datenstelle zu versenden ist, erhält ein Exemplar die Patientin oder der Patient und ein Exemplar verbleibt bei Ihnen in der Patientenakte.

Bitte erstellen Sie die Dokumentationen so früh wie möglich im Quartal und leiten Sie die vollständigen und plausiblen Erst- und Folgedokumentationen möglichst umgehend online (mit gesicherter Datenleitung) an die Datenstelle.

Einen Leitfaden zum Übermitteln von Dokumentationsdaten finden Sie unter [www.dmp-bayern.de/dokumente-im-dmp/dmp-dokumentationen-online/](http://www.dmp-bayern.de/dokumente-im-dmp/dmp-dokumentationen-online/).

Sämtliche Reminderprozesse und auch Ihre Vergütung laufen einfacher und sicherer ab, wenn die Dokumentationen bereits Mitte des Quartals in der Datenstelle vorliegen. Nur im Ausnahmefall sollten Sie die **10 Tage Übermittlungsfrist** für den Eingang der Daten in der Datenstelle plus **42 Tage Korrekturfrist** nach Ende des Dokumentationszeitraums ausschöpfen. Danach ist eine Dokumentation **unwiederbringlich verfristet**.

Die Erstellung der Dokumentation muss (per Behandlungsdatum (service\_tmr) im Datensatz) unbedingt aus dem jeweiligen Quartal stammen, um auch für dieses Quartal gültig zu sein.

Die Adresse der Datenstelle lautet:

**Arbeitsgemeinschaft DMP-Datenstelle Bayern**  
**Postfach 21 01 40**  
**80671 München**

**Servicetelefon: 089 32733-2600**

(Montag bis Donnerstag 07:30 Uhr - 17:00 Uhr und Freitag 07:30 Uhr - 12:00 Uhr )

## **Administrative Daten**

### **1. DMP-Fallnummer**

Für jede Patientin und jeden Patienten vergeben Sie als behandelnde Ärztin oder behandelnder Arzt **genau eine** DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Zeichen (Zahlen und/oder Buchstaben) bestehen darf. Die Fallnummer darf jeweils nur für eine Patientin oder einen Patienten verwendet werden. Sie hat den Zweck, dass Sie Informationen aus den eingehenden Feedback-Berichten trotz Pseudonymisierung der richtigen Patientin bzw. dem richtigen Patienten zuordnen können. Sie muss daher auch für die Folgedokumentationen unverändert weitergeführt werden. Um Fehler zu vermeiden (z. B. doppelte Vergabe einer Nummer), sollte Ihr Software-Anbieter hier eindeutige Lösungen vorhalten. Nimmt Ihre Patientin oder Ihr Patient an mehreren DMP teil, können Sie dieselbe DMP-Fallnummer für diese Patientin oder diesen Patienten für alle DMP verwenden. Auch können Sie die DMP-Fallnummer für dieselbe Patientin bzw. denselben Patienten nach einer erfolgten Programmbeendigung bei einer Wieder-einschreibung erneut verwenden.

### **7a) Vertragsarzt-Nummer**

### **7b) Betriebsstätten-Nummer**

Bitte geben Sie sowohl Ihre (lebenslange) Arzt- als auch Ihre Betriebsstätten-Nummer an. Sind für Ihre Praxis mehrere Ärztinnen oder Ärzte als koordinierende Leistungserbringer zugelassen, geben Sie bitte jeweils die Arzt-Nummer derjenigen Ärztin oder desjenigen Arztes an, der die aktuelle Dokumentation erstellt.

Ähnliches gilt, wenn Sie als koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt an mehreren Betriebsstätten tätig sind. In diesem Fall ist jeweils die Betriebsstätten-Nummer anzugeben, in der die aktuelle Dokumentation erstellt wurde.

## **8. Krankenhaus-Institutionskennzeichen**

Dieses Feld ist für niedergelassene Ärztinnen oder Ärzte ohne Bedeutung. Es ist für den Fall vorgesehen, dass eine Einschreibung der Teilnehmer im Krankenhaus erfolgt. Das teilnehmende Krankenhaus fügt hier sein Institutionskennzeichen ein. In Bayern ist dies lediglich im DMP Brustkrebs vorgesehen.

## **9. Datum**

Dieses Datum entspricht dem „originat ion dttm“.

## **10. Einschreibung wegen / Angabe zum Dokumentationstyp**

Über diese Eingabe werden automatisch die zu dokumentierenden indikationsbezogenen Parameter aufgerufen. Die gleichzeitige Angabe und damit parallele Dokumentation mehrerer Indikationen ist dabei möglich. Möchten Sie bei einer Mehrfachteilnahme einer Patientin oder eines Patienten aktuell nur eine Indikation dokumentieren, wählen Sie bitte nur die Indikation aus, für die Sie die Dokumentation erstellen wollen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Teilnahme für folgende Indikationen ausgeschlossen ist:

Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2  
Asthma bronchiale und COPD

Um die notwendigen Dokumentationsparameter aufzurufen, müssen Sie den jeweiligen Dokumentationstyp (z. B. Erst- oder Folgedokumentation) für die jeweils ausgewählte Indikation angeben. Dabei ist es möglich, die diagnosebezogen unterschiedlichen Dokumentationstypen zu kombinieren. So können Sie z. B. gleichzeitig eine Erstdokumentation für das DMP KHK und eine Folgedokumentation zu Diabetes mellitus Typ 2 erstellen.

## **11. (weggefallen)**

## **12. Geschlecht**

Eine Angabe zum Geschlecht der teilnehmenden Patientin oder des Patienten ist verpflichtend.

## Allgemeine Anamnese- und Befunddaten

### 13. Körpergröße

Eine Angabe ist verpflichtend.

Geben Sie bitte die Körpergröße in Metern (m) mit zwei Stellen hinter dem Komma an. Ist die Körpergröße, z. B. auf Grund einer Amputation, nicht zu erheben, tragen Sie bitte eine „0“ ein.

### 14. Körpergewicht

Die Angabe ist verpflichtend und erfolgt in Kilogramm (kg) als ganze Zahl ohne Nachkomma-stellen.

Ist das Körpergewicht, z. B. auf Grund einer Amputation, nicht zu erheben, tragen Sie bitte eine „0“ ein.

### 15. Blutdruck

Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die an einem DMP zu Asthma bronchiale teilnehmen, ist die Angabe optional. Bei allen Patientinnen und Patienten über 18 Jahren, die an DMP Asthma teilnehmen, sowie bei allen Teilnehmern, die in mindestens einem der übrigen DMP eingeschrieben sind, ist eine Angabe verpflichtend.

Geben Sie hier bitte den aktuellen systolischen und diastolischen Blutdruckwert in mmHg an. Bei starken Schwankungen mehrfach erhobener Werte geben Sie bitte den Mittelwert an.

### 16. Raucher

Bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ist die Angabe optional. Bei allen anderen ist die Angabe verpflichtend.

Geben Sie hier bitte an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient Raucher ist. Neben dem Zigarettenrauchen sind hier auch Pfeifen- und Zigarrenrauchen zu erfassen. Machen Sie bitte genau eine Angabe.

### 17. Begleiterkrankungen

Eine Angabe ist verpflichtend; dabei sind Mehrfachnennungen möglich.

Hier geben Sie bitte an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient eine oder mehrere der aufgeführten Begleit-erkrankungen hat. Sollte(n) bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten andere als die aufgeführten oder gar keine Begleiterkrankungen vorliegen, geben Sie bitte **„Keine der genannten Erkrankungen“** an.

### 18. (weggefallen)

## Behandlungsplanung

### 19. Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkasse

Die Angabe ist optional. Dabei sind Mehrfachnennungen möglich.

Sollte Ihre Patientin oder Ihr Patient Informationen zum Tabakverzicht, zu einer Ernährungsberatung oder auch zu körperlichem Training von seiner Krankenkasse wünschen, können Sie dies hier vermerken. Die Krankenkasse Ihrer Patientin oder Ihres Patienten wird sich daraufhin mit ihr oder ihm in Verbindung setzen.

### 20. Dokumentationsintervall

Eine Angabe ist verpflichtend.

Das Dokumentationsintervall ist in Abhängigkeit vom Krankheitsstatus unter Berücksichtigung von Begleit- und Folgeerkrankungen individuell von Ihnen in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten einmal im Quartal oder jedes zweite Quartal festzulegen.

### 21. (weggefallen)

### 22. Datum der Erstellung

Eine Angabe ist verpflichtend.

Hier ist das Datum relevant, an dem die Dienstleistung erbracht wurde („service tmr“). Bitte beachten Sie dabei die **Quartalszuordnung** – die Dokumentation **muss ein Datum aus dem Quartal tragen, für das sie gültig sein soll!** Es kann durch Sie nach Abschluss der Dokumentation nicht mehr verändert werden. Das Datum aus der Kopfzeile ist für die Einschreibung nicht relevant.

Bitte bedenken Sie, dass ein Patient bereits mit dem **zweiten aufeinanderfolgend fehlenden Folgedokumentationsdatensatz** aus dem DMP **ausgeschrieben** werden muss. Er kann zwar umgehend erneut teilnehmen, doch es ist eine neue Teilnahmeerklärung des Patienten und eine neue Erstdokumentation notwendig!

**Ausfüllanleitung**  
**zum indikationsspezifischen Datensatz**  
**für das strukturierte Behandlungsprogramm**  
**COPD**



## Anamnese- und Befunddaten

### 1. Aktueller FEV<sub>1</sub>-Wert (alle 6 bis 12 Monate)

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie hier bitte den aktuell vor einer Spasmolyse gemessenen FEV<sub>1</sub>-Wert Ihres Patienten<sup>1</sup> als Prozent-Wert zum Sollwert mit einer Stelle hinter dem Komma oder „Nicht durchgeführt“ an.

### 1a) Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Die individuelle Risikokonstellation bezüglich des Auftretens einer Osteoporose soll einmal jährlich bei allen Patienten klinisch abgeschätzt werden. Risikofaktoren für das Auftreten einer Osteoporose bei Patienten mit COPD sind neben Alter, Geschlecht, Untergewicht, Immobilität auch die systemische Entzündung bei schwerer COPD (FEV<sub>1</sub> unter 50% des Sollwertes) und die medikamentöse Therapie (z.B. systemische Glukokortikosteroide, auch in geringen Tagesdosen).

## Relevante Ereignisse

### 2. Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation

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

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

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

### 3. Stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen COPD seit der letzten Dokumentation

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

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

---

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird im Dokument die allgemeine Formulierung Patient verwendet. Damit sind sowohl weibliche als auch männliche Patienten umfasst.

## Medikamente

Bitte machen Sie zu jeder Wirkstoffgruppe mindestens eine Angabe. Bitte machen Sie bei der Angabe „**Keine**“ – wo möglich – zusätzlich eine Angabe bei „**Kontraindikation**“, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe der jeweiligen Wirkstoffgruppe zurückzuführen ist. Die Angaben „**Keine**“ und „**Kontraindikation**“ sind gemeinsam möglich. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

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

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

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

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

für die **Bedarfstherapie**:

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

In begründeten Fällen:

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

Bei akuten Exazerbationen ist primär eine Intensivierung der Therapie mit Bronchodilatoren sowie ggf. eine kurzfristige (in der Regel 5-tägige bis maximal 14-tägige) Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden erforderlich.

falls erforderlich zur **Dauertherapie**

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

In begründeten Einzelfällen:

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

- 4. **Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika**
- 5. **Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika**
- 6. **Lang wirksame Anticholinergika**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit der jeweiligen Wirkstoffgruppe (kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika oder lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika oder lang wirksame Anticholinergika) durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Keine“ ggf. zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe der jeweiligen Wirkstoffgruppe besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

#### 7. **Inhalationstechnik überprüft**

Genau eine Angabe ist unbedingt erforderlich.

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

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

#### 8. **Sonstige diagnosespezifische Medikation**

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

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

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

### **Schulung**

#### 9. **COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)**

Genau eine Angabe ist erforderlich.

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

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

### 9a) Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen

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

Gemeint sind hierbei folgende Schulungsmaßnahmen:

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

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

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

### 10. Empfohlene Schulung wahrgenommen

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

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

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung **ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen** haben, kreuzen Sie bitte „Nein“ an. **ACHTUNG: Diese Angabe führt bei zweimaliger Ablehnung innerhalb von zwölf Monaten zu einer Ausschreibung aus dem Programm!**

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

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

## **Behandlungsplanung**

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

Genau eine Angabe ist erforderlich.

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

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

### **12. Empfehlung zum Tabakverzicht ausgesprochen**

Genau eine Angabe ist bei allen aktiven Rauchern erforderlich.

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

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

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

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

Genau eine Angabe ist bei allen aktiven Rauchern erforderlich.

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

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

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

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

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

Bitte geben Sie hier an, ob Ihr Patient an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen hat und machen Sie in diesem Fall die Angabe „Ja“.

Wenn Ihr Patient Ihrer Empfehlung nicht gefolgt ist, machen Sie die Angabe „Nein“.

Sollte eine Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm bisher nicht möglich gewesen sein, machen Sie bitte die Angabe „War aktuell nicht möglich“.

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

## **15. Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen**

Genau eine Angabe ist erforderlich.

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

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

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

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