

3. Protokollnotiz

zu dem

**Vertrag über das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V
zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten
mit Asthma bronchiale bzw. COPD**

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
vertreten durch den Vorstand**

und

**der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
dem BKK-Landesverband NORDWEST
der IKK classic**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse**

der KNAPPSCHAFT

den Ersatzkassen in Nordrhein

- Techniker Krankenkasse (TK)

- BARMER

- DAK-Gesundheit

- Kaufmännische Krankenkasse - KKH

- Handelskrankenkasse (hkk)

- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

(nachstehend Krankenkassen/-verbände genannt)

In Anbindung an die ab 01.01.2019 geltende neue Vereinbarung über die Vergütung und Abrechnung vereinbaren die Vertragspartner für den bestehenden Vertrag über das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale bzw. COPD vom 14.12.2017 folgendes:

Austausch der Anlage 12 (strukturierter Arztbericht pneumologisch qualifizierter Arzt)

Die bisherigen Anlage 12a und 12b wurden überarbeitet und dieser Protokollnotiz als Anhang 1 beigefügt.

Unterschriftenblatt zur 3. Protokollnotiz für die Region Nordrhein ab 01.01.2019.

Düsseldorf, Essen, Bochum, Münster, Dresden, den 13.12.2018

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Carsten König M. san
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse**

IKK classic

BKK-Landesverband NORDWEST

**SVLFG als Landwirtschaftliche
Krankenkasse**

KNAPPSCHAFT

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen**

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Befundbericht des pneumologischen Facharztes an den koordinierenden Arzt

für Patienten im **DMP Asthma bronchiale**

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege, vielen Dank für die Überweisung Ihres o.g. Patienten, für den ich aufgrund der Untersuchungsergebnisse folgende Maßnahmen empfehle:

| | | | |
|--|--|---|---|
| Diagnostik | Ausführliche Messwerte der Lungenfunktion sind dem beigefügten Originalbefund zu entnehmen! | | |
| Erwachsene (≥ 18 Jahre) | <input type="checkbox"/> FEV ₁ /VC ≤ 70% und Zunahme der FEV ₁ ≥ 15% und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml | Kinder (5 – 17 Jahre): | <input type="checkbox"/> FEV ₁ /VC ≤ 75% und Zunahme der FEV ₁ ≥ 15% |
| Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika: | | Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika: | |
| Reversibilitätstest mit Glukokortikosteriode (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage): | <input type="checkbox"/> Zunahme der FEV ₁ ≥ 15% und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml | Reversibilitätstest mit Glukokortikosteriode (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage): | <input type="checkbox"/> Zunahme der FEV ₁ ≥ 15% |
| Sonstige Diagnosesicherung durch: | <input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität > 20% | Sonstige Diagnosesicherung durch: | <input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität > 20% |
| Sonstige Diagnosesicherung durch: | <input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität | Sonstige Diagnosesicherung durch: | <input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität |
| Diagnosespezifische Regelmedikation (asthmatypische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß vorstehender Diagnoseverfahren erfüllt) | | | <input type="checkbox"/> ja |

Die von uns empfohlene Therapie lässt sich wie folgt klassifizieren:

| | | | |
|---|---|--|--------------------------------|
| Aktuelle Medikation | (Unter Berücksichtigung der abgefragten Selbstmedikation des Patienten) | | |
| Kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> keine |
| Inhalative Glukokortikosteroide | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> keine |
| Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> keine |
| Systemische Glukokortikosteroide | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> keine |
| Sonstige (z.B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist) | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> keine |

Zusätzlich von uns überprüfte und empfohlene Maßnahmen - *orientiert an den QS-Zielen:

| | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|---|---|
| Schulungen | | | | |
| Asthma-Schulung bereits wahrgenommen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Asthma-Schulung empfohlen* | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Inhalationstechnik überprüft* | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele | | | | |
| Empfehlung zum Tabakverzicht* | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen! | |
| Empfehlung zu körperlichem Training | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen! | |
| Schriftlicher Selbstmanagement-Plan* | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht durchführbar | |
| Wiedervorstellung empfohlen im Quartal | <input type="checkbox"/> I | <input type="checkbox"/> II | <input type="checkbox"/> III | <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> vorerst nicht erforderlich |
| ggf. Grund der Wiedervorstellung: _____ | | | | |

Für weitere Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Arztstempel

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

**Befundbericht
des pneumologischen Facharztes
an den koordinierenden Arzt**

für Patienten im DMP COPD

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege, vielen Dank für die Überweisung Ihres o.g. Patienten, für den ich aufgrund der Untersuchungsergebnisse folgende Maßnahmen empfehle:

| | |
|---|---|
| Diagnostik | FEV ₁ = _____ % < 80% des Sollwertes vom _____ (Datum) |
| Nachweis der Obstruktion bei | <input type="checkbox"/> FEV ₁ /VC < 70% ausführliche Messwerte der Lungenfunktion sind dem beigefügten Original-Befund zu entnehmen!! |
| Falls FEV ₁ /VC ≥ 70% und radiologischer Ausschluss anderer Diagnose gesichert durch: | <input type="checkbox"/> Atemwegswiderstandserhöhung <input type="checkbox"/> Lungenüberblähung <input type="checkbox"/> Gasaustauschstörung |

Die von uns empfohlene Therapie lässt sich wie folgt klassifizieren:

| | | | |
|--|---|--|--------------------------------|
| Aktuelle Medikation | (Unter Berücksichtigung der abgefragten Selbstmedikation des Patienten) | | |
| Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> keine |
| Langwirksame Anticholinergika | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> keine |
| Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> keine |
| Theophyllin | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> keine |
| Systemische Glukokortikosteroide | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> keine |
| Inhalative Glukokortikosteroide | <input type="checkbox"/> bei Bedarf | <input type="checkbox"/> Dauermedikation | <input type="checkbox"/> keine |

Zusätzlich von uns überprüfte und empfohlene Maßnahmen - *orientiert an den QS-Zielen:

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| Sonstige Behandlung | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Langzeitsauerstofftherapie <input type="checkbox"/> häusliche Beatmung <input type="checkbox"/> operative Verfahren | | | |
| Schulungen | COPD-Schulung bereits wahrgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein COPD-Schulung empfohlen* (bei aktueller Dokumentation) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| | Inhalationstechnik überprüft * <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele | Empfehlung zum Tabakverzicht * <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen! | | | |
| | Empfehlung zum körperlichen Training * <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen! | | | |
| | COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Wiedervorstellung empfohlen im Quartal | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> vorerst nicht erforderlich | | | |
| ggf. Grund der Wiedervorstellung: _____ | | | | |

Für weitere Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

| |
|-----------------------------|
| Arztstempel |
|-----------------------------|