

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 (asthmatische 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
