

**Ausfüllanleitung**  
**zum indikationsspezifischen Datensatz**  
**für das strukturierte Behandlungsprogramm**  
**Asthma bronchiale**

Stand der letzten Bearbeitung: 07.04.2008  
Version 3.1

# Anamnese- und Befunddaten

## Häufigkeit von Asthma-Symptomen

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie hier die Häufigkeit der Asthma-Symptome an. Die Angabe bezieht sich dabei auf die Einschätzung des Patienten zum Dokumentationszeitpunkt.

- **„Täglich“** geben Sie an, wenn Ihr Patient regelmäßig mindestens einmal am Tag Symptome angibt, die eindeutig dem Asthma bronchiale zuzuordnen sind.
- Sollten die Symptome nicht täglich, aber regelmäßig an mindestens einem Tag in der Woche auftreten, geben Sie bitte **„wöchentlich“** an.
- Treten die Symptome seltener als einmal die Woche auf, geben Sie bitte **„seltener als wöchentlich“** an.
- **„Keine“** ist anzukreuzen, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung keine Asthma-typischen Symptome aufweist.

## Aktueller Peak-Flow-Wert

Eine Angabe ist erforderlich.

Der Peak-Flow-Wert wird in der Regel von dem Patienten nach erfolgter Einweisung in den Gebrauch des Peakflow-Meters selbst gemessen, für die Angabe kann aber auch die in der Praxis supervidierte Messung mit dem Peakflow-Meter oder die Ergebnisse der Lungenfunktion herangezogen werden.

Bitte geben Sie den Peak-Flow-Wert in Litern pro Minute an bzw., dass der Test nicht durchgeführt wurde.

## Relevante Ereignisse

### Stationäre Notfallmäßige Behandlungen wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation

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

Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund des Asthma bronchiale notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

## Medikamente

Bitte machen Sie zu jeder Wirkstoffgruppe eine Angabe. Bitte machen Sie bei einem „keine“ – wo möglich - zusätzlich eine Angabe, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe des jeweiligen Medikamentes zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Die Angaben 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 vorrangig zu verordneten Wirkstoffgruppen zählen

Für die Dauertherapie:

- Inhalative Glukokortikosteroide (Basistherapie):
  - Beclomethason,
  - Budesonid,
  - Fluticason

Als Erweiterung der Basistherapie kommen in Betracht:

- Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika:
  - Salmeterol,
  - Formoterol
- In begründeten Fällen:
  - Systemische Glukokortikosteroide
  - Sonstige: hierzu zählen
    - Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung),
    - Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (Montelukast)

Für die Bedarfstherapie

- Kurzwirksame Beta-2 Sympatomimetika (bevorzugt inhalativ):
  - Fenoterol,
  - Salbutamol,
  - Terbutalin
- In begründeten Fällen
  - Kurz wirksame Anticholinergika (Ipratropiumbromid)
  - Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)
  - Systemische Glukokortikosteroide (maximal 1 bis 2 Wochen)

### **Inhalative Glukokortokosteroide**

Eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines inhalativen Glukokortikosteroids besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

### **Inhalative langwirksame Beta-2-Sympathomimetika**

Eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit inhalativen langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines inhalativen lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

### **Kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika**

Eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## Sonstige asthmaspezifische Medikation

Eine Angabe ist erforderlich.

Sollte Ihr Patient systemische Glukokortikosteroide oder andere bzw. weitere Medikamente zur Behandlung des Asthma bronchiale erhalten, geben Sie dies bitte hier an.

Die Ausprägung „andere“ umfasst z.B. Theophyllin, Anticholinergika oder auch Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten.

## Inhalationstechnik überprüft

Eine Angabe ist erforderlich.

Sie sollten mindestens einmal im Jahr die Inhalationstechnik Ihres Patienten überprüfen.

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

## Schulung

### Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

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 an.

Wurde keine Schulung empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

### Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Eine Angabe ist erforderlich.

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.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Die Ausprägung „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.

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

# Behandlungsplan

## Schriftlicher Selbstmanagementplan

Eine Angabe ist erforderlich.

Für die weitere Behandlung sollen Sie gemeinsam mit Ihrem Patienten einen Behandlungsplan erstellen und Therapieziele vereinbaren.

Hierzu zählt insbesondere das Monitoring der Asthmaerkrankung durch die Patienten z.B. durch Peak-Flow-Kontrolle und Erstellung eines darauf abgestimmten Medikationsplans zum Selbstmanagement insbesondere für Notfälle.

Geben Sie bitte an, ob Sie für Ihren Patienten einen solchen Plan erstellt haben oder nicht. Ist die Angabe „nein“ darauf zurückzuführen, dass eine solche Maßnahme nicht durchführbar ist, geben Sie dies bitte zusätzlich an.

## Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie hier „ja“ an, falls Sie Ihren Patienten auf Grund seines Asthma bronchiale zu einem anderen Arzt oder in eine stationäre Einrichtung überwiesen oder eingewiesen haben.

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