



Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V

(DMP-Anforderungen-Richtlinien/DMP-A-RL)

Servicedokument zum Beschluss vom 18. August 2022 über die 28. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 11 (DMP COPD) und der Anlage 12 (COPD-Dokumentation)

Legende:

Blaue Schrift: Ergänzungen im Vergleich zur aktuell gültigen DMP-A-RL

~~Durchgestrichen:~~ Streichungen im Vergleich zur aktuell gültigen DMP-A-RL

Hinweis:

Dies ist ein Servicedokument des Gemeinsamen Bundesausschusses: www.g-ba.de. Sollten Angaben in diesem Dokument im Widerspruch zu den Regelungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie stehen, so gilt die DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Anlage 11 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

1 Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)

1.1 Definition der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung

Die COPD ist eine chronische, in der Regel progrediente Atemwegs- und Lungenerkrankung, die durch eine nach Gabe von Bronchodilatoren ~~und/oder Glukokortikosteroiden~~ nicht vollständig reversible Atemwegsobstruktion ~~auf dem Boden einer chronischen Bronchitis mit oder ohne Lungenemphysem~~ gekennzeichnet ist. **Sie geht einher mit einer chronisch obstruktiven Bronchitis oder einem Lungenemphysem oder beidem.**

Eine chronische Bronchitis ist durch dauerhaften Husten, in der Regel mit Auswurf, über mindestens ein Jahr **charakterisiert.** ~~gekennzeichnet.~~ Eine chronische obstruktive Bronchitis ist zusätzlich durch eine permanente Atemwegsobstruktion mit oder ohne Lungenüberblähung

gekennzeichnet. Das Lungenemphysem ist charakterisiert durch eine Abnahme der Gasaustauschfläche der Lunge. Ausmaß der Obstruktion, Lungenüberblähung und Gasaustauschstörung können unabhängig voneinander variieren.

1.2 Hinreichende Diagnostik zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm COPD

Die Diagnostik der COPD basiert auf einer für die Erkrankung typischen Anamnese, gegebenenfalls dem Vorliegen charakteristischer Symptome und dem Nachweis einer Atemwegsobstruktion mit fehlender oder geringer Reversibilität.

Eine gleichzeitige Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale und das DMP COPD ist nicht möglich.

Neben der COPD kann ein Asthma bronchiale bestehen. In Abhängigkeit des Krankheitsverlaufs **sollte** **soll** die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt abwägen, welche der beiden Diagnosen als vorrangig einzustufen ist. Demnach ist auch die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

Für die Abgrenzung der Krankheitsbilder Asthma bronchiale und COPD können die in nachfolgender Übersicht (Tabelle 1) dargestellten typischen Merkmale als Orientierung dienen:

Tabelle 1: Abgrenzung Asthma bronchiale von COPD

Unterscheidungsmerkmale	Asthma bronchiale	COPD
ANAMNESE / SYMPTOME		
Erkrankungsbeginn	Häufig in Kindheit und Jugend	Im höheren Lebensalter
Tabakrauchen	Nicht ursächlich. Eventuell Verschlechterung durch Tabakrauch	Häufigste Ursache der Erkrankung
Hauptbeschwerden: Luftnot, Husten, Auswurf	Variierend, ggf. anfallsartig	Chronisch, insbesondere Belastungsdyspnoe
Verlauf	Variabel, oft episodisch auftretend (z.B. saisonal / im Frühjahr)	In der Regel progredient
Allergie	Häufig	Kein Zusammenhang
DIAGNOSTIK		
Atemwegsobstruktion	Reversibel oder partiell reversibel	Kontinuierlich vorhanden, allenfalls partiell reversibel
Bronchiale Hyperreagibilität	Meistens nachweisbar	Selten nachweisbar
Eosinophile Zellen im Blut	Oft erhöht	Meist nicht erhöht
THERAPIE		
Glukokortikosteroide	Ansprechen in der Regel nachweisbar	In der Dauertherapie meist kein Ansprechen

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Nummer 3. Die Ärztin oder der Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

50 **1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung**

51 Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- 52 - täglich Husten, meist mit täglichem Auswurf, mindestens über ein Jahr,
- 53 - Atemnot bei körperlicher Belastung, bei schweren Formen auch in Ruhe,
- 54 - Dauer und Umfang des Inhalationsrauchens,
- 55 - Berufsanamnese,
- 56 - Exazerbationen (z. B. durch Infekte),
- 57 - differentialdiagnostisch relevante Erkrankungen, insbesondere Asthma bronchiale
- 58 und Herzerkrankungen,
- 59 - **häufige** Komorbiditäten (u. a. kardiovaskuläre Erkrankungen, Osteoporose,
- 60 Depression, Muskelatrophie, Diabetes mellitus, Lungenkarzinom, **schlafbezogene**
- 61 **Atemstörungen**).

62 Die körperliche Untersuchung zielt ab auf den Nachweis von Zeichen einer bronchialen Ob-
63 struktion, einer Lungenüberblähung und eines Cor pulmonale. Bei Patientinnen und Patienten
64 mit geringer Ausprägung der COPD kann der körperliche Untersuchungsbefund unauffällig
65 sein. Bei schwerer COPD können Giemen und Brummen fehlen, in diesen Fällen ist das
66 Expirium deutlich verlängert.

67 **1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik**

68 Die Basisdiagnostik umfasst die Messung der Atemwegsobstruktion vor und nach
69 Bronchodilatation. Diese Diagnostik dient der Sicherung der Diagnose und der Abschätzung
70 des Schweregrads der COPD, ferner zur Verlaufs- und Therapiekontrolle. Nur bei vollständiger
71 Reversibilität der Atemwegsobstruktion kann eine COPD ausgeschlossen werden.

72 Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer COPD-
73 typischen Anamnese, der Nachweis einer Reduktion ~~von~~ **der** FEV₁ unter 80 % des Sollwertes
74 und mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- 75 - Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC **kleiner** 70 % nach Bronchodilatation⁷. **Statt**
76 **des für alle Altersgruppen fixierten Grenzwertes von FEV₁/VC kleiner 70 % zur**
77 **Charakterisierung der Obstruktion können die neueren Sollwerte der Global Lung**
78 **Initiative (GLI) eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von FEV₁/VC**
79 **berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower limit of normal) gilt das 5. Perzentil**
80 **(Sollmittelwert minus 1,64-faches der Streuung).**
- 81 - Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder
82 einer Gasaustauschstörung bei Patientinnen oder Patienten mit FEV₁/VC **größer oder**
83 **gleich 70 % (alternativ GLI größer gleich LLN) und einer radiologischen Untersuchung**
84 **der Thoraxorgane, ~~die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit~~**
85 **ausgeschlossen hat deren Beurteilung keine andere die Symptomatik erklärende**
86 **Krankheit ergeben hat.**

87 **1.3 Therapieziele**

88 Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der
89 Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität.

90 Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der
91 Patientin oder des Patienten anzustreben:

- 92 - Vermeidung/Reduktion von:

- 93 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptomen,
94 Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
95 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivität
96 im Alltag,
97 - einer raschen Progredienz der Erkrankung
- 98 bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der
99 unerwünschten Wirkungen der Therapie;
- 100 - Reduktion der COPD-bedingten Letalität,
101 - adäquate Behandlung der Komorbiditäten.

102 **1.4 Differenzierte Therapieplanung**

103 Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf
104 der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen; ~~dabei ist auch das Vorliegen~~
105 ~~von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) zu berücksichtigen.~~

106 Da die Erkrankungen Asthma bronchiale und COPD gemeinsame Eigenschaften und klinische
107 Merkmale aufweisen können, ist dies bei der Diagnostik, der Therapieplanung inklusive
108 Medikamentenwahl und der klinischen Verlaufsevaluation zu berücksichtigen. Insbesondere
109 soll vor Aufnahme einer Dauertherapie geklärt werden, ob zusätzlich Charakteristika eines
110 Asthma bronchiale vorliegen, die einer asthma-spezifischen Therapie bedürfen.

111 Die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der
112 Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten
113 Intervention profitieren kann.

114 Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind
115 gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen. Für
116 die individuelle Risikoabschätzung sind insbesondere der Raucherstatus, die Lungenfunktion
117 (FEV₁, alle sechs bis zwölf Monate), Häufigkeit und Schwere von Exazerbationen, körperliche
118 Aktivität, der Ernährungszustand und die Komorbiditäten prognostisch relevant.

119 **1.5 Therapeutische Maßnahmen**

120 **1.5.1 Nicht-medikamentöse Maßnahmen**

121 1.5.1.1 Allgemeine nicht-medikamentöse Maßnahmen

122 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll die Patientin oder den Patienten
123 insbesondere hinweisen auf:

- 124 - COPD-Noxen bzw. -Verursacher (z. B. Aktiv- und Passivrauchen; ausgeprägte, auch
125 berufsbedingte Staubbelastung) und deren Vermeidung,
126 - körperliches Training,
127 - strukturierte Patientenschulungen,
128 - Infektionsprophylaxe,
129 - Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung der
130 COPD führen können,
131 - eine adäquate Ernährung (hyperkalorisch bei Untergewicht).

132 1.5.1.2 Tabakentwöhnung

133 Inhalationsrauchen verschlechtert die Prognose einer COPD erheblich. Tabakkarenz ist die
134 wichtigste Maßnahme, um die Mortalität der COPD und die Exazerbationsrate zu senken
135 sowie die Progression zu verlangsamen. Deswegen stehen Maßnahmen zur
136 Tabakentwöhnung im Vordergrund der Therapie.

137 Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die
138 Patientinnen und Patienten über die besonderen Risiken des **aktiven und passiven**
139 **Tabakrauchens sowie des Konsums von E-Zigaretten oder alternativer Tabakprodukte für**
140 **Patientinnen und Patienten mit bei-COPD** auf, verbunden mit den folgenden spezifischen
141 Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben:

- 142 - Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder
143 Konsultation erfragt werden.
- 144 - Raucherinnen und Raucher sollten in einer klaren und persönlichen Form dazu
145 motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- 146 - Es ist festzustellen, ob die Raucherin oder der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen
147 Ausstiegsversuch zu beginnen.
- 148 - Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur
149 Tabakentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse,
150 insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten
151 Tabakentwöhnung und geeignete, ~~vom Patienten selbst zu tragende~~ Medikamente,
152 **auch soweit deren Kosten von Patientinnen und Patienten selbst zu tragen sind.**
- 153 - Jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit COPD soll Zugang zu einem
154 strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten.
- 155 - Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem
156 Ausstiegsdatum.
- 157 - Nicht entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher~~n~~ sollen zum Rauchverzicht
158 motiviert werden.

159 1.5.1.3 Körperliches Training

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

163 Daher soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig auf die Bedeutung
164 von körperlichen Aktivitäten hinweisen und zur Teilnahme an geeigneten
165 Trainingsmaßnahmen motivieren (z. B. im Rahmen ambulanter Rehabilitations- und
166 Funktionssportgruppen, wie z. B. „Lungensportgruppen“). Ein regelmäßiges, mindestens
167 einmal wöchentliches Training soll empfohlen werden. Art und Umfang des körperlichen
168 Trainings sollen sich an der Schwere der Erkrankung und der Verfügbarkeit der Angebote
169 orientieren.

170 1.5.1.4 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

171 Jede Patientin und jeder Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten,
172 zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten. Im
173 Übrigen gelten die in Nummer 4.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien. Bei
174 jeder Vorstellung des Patienten und der Patientin soll im Falle einer noch nicht erfolgten
175 Schulung eine Schulung empfohlen werden.

176 1.5.1.5 Allgemeine Krankengymnastik (**Atemtherapie** ~~Atemphysiotherapie~~)

177 Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt ~~Atemphysiotherapie~~ **Atemtherapie** ist
178 ein ergänzender Teil der nicht-medikamentösen Behandlung der COPD. In geeigneten Fällen
179 (z. B. ~~starke Schleimretention~~ **Husten (mit und ohne Auswurf)**) kann daher die Ärztin oder der
180 Arzt die Verordnung von Krankengymnastik-Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung
181 der Heilmittel-Richtlinie erwägen.

182 1.5.2 Langzeit-Sauerstoff-Therapie

183 Die Prüfung einer Indikation für eine Langzeitsauerstofftherapie (LTOT) durch die qualifizierte
184 Fachärztin oder den qualifizierten Facharzt soll von der Hausärztin oder vom Hausarzt
185 insbesondere dann veranlasst werden, wenn eines oder mehrere der aufgeführten Kriterien
186 erfüllt sind:

- 187 - ~~S~~schwere Atemwegsobstruktion ($FEV_1 \leq$ ~~kleiner~~ 30 % ~~des Sollwertes~~),
- 188 - Zyanose,
- 189 - ~~Polyzythaemie~~ Polyglobulie (Hämatokrit \geq ~~größer oder gleich~~ 55 %),
- 190 - periphere Ödeme,
- 191 - erhöhter Jugularvenendruck.

192 Bei Nachweis einer schweren, chronischen Hypoxämie mit PaO_2 -Werten von \leq ~~kleiner~~
193 ~~gleich~~ 55 mmHg soll geprüft werden, ob eine Langzeit-Sauerstoff-Therapie indiziert ist und in
194 welcher Form diese erfolgen soll. Dies gilt auch bei Patientinnen und Patienten mit einem
195 PaO_2 -Wert von 56 mmHg bis 60 mmHg, wenn ~~zusätzlich eine sekundäre Polyglobulie~~
196 ~~(Hämatokrit größer gleich 55 %) oder gleichzeitig~~ ~~zusätzlich~~ ein Cor pulmonale vorliegt ~~oder~~
197 ~~beide Zusatzkriterien gleichzeitig erfüllt sind.~~

198 Bei Verordnung der LTOT und im Verlauf dieser Behandlung soll eine umfassende
199 Patientenberatung erfolgen. ~~Sofern eine Indikationsstellung für eine LTOT erfolgt, ist diese für~~
200 ~~mindestens 15 Stunden pro Tag durchzuführen.~~

201 1.5.3 ~~Häusliche~~ Außerklinische nicht-invasive Beatmung

202 Bei Vorliegen einer chronischen Hyperkapnie mit $PaCO_2$ -Werten von ~~größer oder~~
203 ~~gleich~~ > 520 mmHg ~~sollte~~ ~~soll~~ die Notwendigkeit einer intermittierenden nicht-invasiven
204 Beatmung geprüft werden. Bei Verordnung ~~der häuslichen Beatmung~~ und im Verlauf dieser
205 Behandlung soll eine umfassende Patientenberatung erfolgen.

206 1.5.4 Rehabilitation

207 Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist ~~eine interdisziplinäre und~~
208 ~~multimodale Maßnahme ein Prozess, bei dem~~ ~~der~~ Patientinnen und Patienten mit COPD ~~mit~~
209 ~~Hilfe eines multidisziplinären Teams~~ darin unterstützt werden, ~~die ihre~~ individuell
210 bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen ~~und oder~~ aufrechtzuerhalten,
211 ~~eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder zu vermindern~~
212 ~~sowie oder~~ die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, ~~um somit ihre und~~
213 selbstbestimmte und gleichberechtigte ~~Teilhabe~~ am Leben in der Gesellschaft ~~teilzuhaben zu~~
214 ~~fördern.~~ Eine ~~Rehabilitationsleistung~~ ~~Leistung zur medizinischen Rehabilitation verfolgt das~~
215 ~~Ziel, die soll Benachteiligungen durch die eine COPD resultierenden Beeinträchtigungen der~~
216 ~~Aktivitäten und Teilhabe / oder ihre~~ Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden, zu
217 ~~vermindern~~ ~~helfen~~ oder ihnen entgegenzuwirken.

218 Die Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden
219 Versorgung von Patientinnen und Patienten mit COPD sein.

220 Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung ist gemäß Nummer 1.6.4 individuell ~~und~~
221 ~~frühzeitig zu prüfen beurteilen.~~

222 1.5.5 Operative Verfahren

223 ~~Lungenfunktionsverbessernde Verfahren sind in geeigneten Fällen (insbesondere bei~~
224 ~~Patientinnen und Patienten mit großen Bullae bzw. schwerem oberfeldbetontem Emphysem)~~
225 ~~zu erwägen.~~

226 Nach Ausschöpfung der medikamentösen und anderer nicht-invasiver Therapiemöglichkeiten
227 ist ein Eingriff zur Lungenvolumenreduktion bei schwerem Lungenemphysem zu erwägen.

228 In Einzelfällen kann bei Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer COPD als Ultima Ratio
229 eine Lungentransplantation in Betracht gezogen werden. Es sind die in Nummer 1.6.2
230 aufgeführten Überweisungskriterien zu berücksichtigen.

231 **1.5.6 Psychosoziale Betreuung und Komorbiditäten**

232 1.5.6.1 Psychosoziale Betreuung

233 Im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit COPD ist ihre psychosoziale
234 Situation einzubeziehen. Mangelnde Krankheitsbewältigung oder Motivation, geringe soziale
235 Kontakte sowie geringer emotionaler Rückhalt z. B. in der Familie und im Freundeskreis bis hin
236 zu Problemen am Arbeitsplatz sind zu berücksichtigen. Bei Bedarf werden Bezugs- und/oder
237 Betreuungspersonen in die Behandlung einbezogen. Es soll ein Hinweis auf die Möglichkeiten
238 der organisierten Selbsthilfe gegeben werden.

239 Eine psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation der Patientin oder des Patienten
240 (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen.

241 1.5.6.2 Psychische Komorbiditäten

242 Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen
243 Faktoren ist das Vorliegen von psychischen Komorbiditäten (z. B. Angststörungen,
244 Depressionen) zu beachten. Durch die Ärztin oder den Arzt ist zu prüfen, inwieweit
245 Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen oder psychiatrischen
246 Behandlungsmaßnahmen profitieren können. Bei psychischen Krankheiten sollte die
247 Behandlung derselben durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

248 Die pneumologische Rehabilitation kann auch zur Behandlung psychischer Komorbiditäten
249 genutzt werden, ferner kann körperliches Training zu einer Besserung depressiver Zustände
250 beitragen.

251 1.5.6.3 Somatische Komorbiditäten

252 Häufigste und bedeutsamste Komorbidität der COPD sind kardiovaskuläre Erkrankungen.
253 Daher kommt einer frühzeitigen Diagnostik und Therapie dieser Komorbidität große
254 Bedeutung zu.

255 Osteoporose ist eine relevante, häufig unterdiagnostizierte Komorbidität der COPD, die die
256 Prognose der **Patientinnen und** Patienten belastet.

257 Risikofaktoren für das Auftreten einer Osteoporose bei **Patientinnen und** Patienten mit COPD
258 sind neben Alter, Geschlecht, Untergewicht, Immobilität auch die systemische Entzündung bei
259 schwerer COPD (FEV₁ unter 50 % des Sollwertes) und die medikamentöse Therapie (z. B.
260 systemische Glukokortikosteroide, auch in geringen Tagesdosen). Die individuelle
261 Risikokonstellation bezüglich des Auftretens einer Osteoporose sollte einmal jährlich bei allen
262 Patientinnen und Patienten klinisch abgeschätzt werden.

263 Generelle Empfehlungen zur Vorbeugung einer Osteoporose sind insbesondere körperliche
264 Aktivität, ausreichende Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr sowie Verzicht auf Rauchen.

265 Die Durchführung einer Osteodensitometrie mittels zentraler DXA zum Zweck der
266 Optimierung der Therapieentscheidung ist zu prüfen, wenn aufgrund konkreter
267 anamnestischer und klinischer Befunde eine medikamentöse Therapie der Osteoporose
268 beabsichtigt ist.

269 Die Behandlung der Osteoporose erfolgt bei Patientinnen und Patienten mit COPD in gleicher
270 Weise wie bei Patientinnen und Patienten ohne COPD. Die Behandlung der COPD-

271 Exazerbationen bei Patientinnen und Patienten mit Osteoporose soll, soweit möglich, unter
272 Vermeidung einer wiederholten Therapie mit systemischen Glukokortikosteroiden erfolgen.

273 Der bei COPD-Patientinnen und COPD-Patienten als Komorbidität auftretende Diabetes
274 mellitus sollte rechtzeitig diagnostiziert und behandelt werden. Dazu gehören insbesondere
275 Blutzuckerkontrollen im Rahmen schwerer Exazerbationen.

276 Aufgrund der Häufigkeit eines gemeinsamen Auftretens von COPD und schlafbezogenen
277 Atemstörungen sollten diese als Komorbidität bedacht werden.

278 Angesichts der gehäuften Assoziation von Lungenkarzinom und COPD ist auch das
279 Lungenkarzinom als relevante Komorbidität zu berücksichtigen.

280 1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

281 Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, bei denen die dauerhafte Verordnung von fünf
282 oder mehr Arzneimitteln auf Grund von Multimorbidität oder der Komplexität sowie der
283 Schwere der Erkrankung die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln
284 erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln
285 gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements von
286 besonderer Bedeutung vorzusehen:

287 Die Ärztin oder der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich sämtliche von der
288 Patientin oder dem vom Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich
289 der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und
290 Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig
291 vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch
292 eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren
293 an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den
294 koordinierenden Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine
295 Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder
296 dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der
297 individuellen Situation erwogen werden.

298 Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch
299 im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach
300 § 31a SGB V informiert.

~~301 In der Patientinnen- oder Patientenakte soll ein aktueller Medikationsplan vorhanden sein.
302 Dieser soll der Patientin oder dem Patienten oder einer Betreuungsperson in einer für diese
303 verständlichen Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden.~~

304 Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab
305 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der
306 glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel
307 (eGFR) überwacht werden. Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die
308 Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall
309 der Nierenfunktion anzupassen.

310 1.5.8 Medikamentöse Maßnahmen

311 Zur medikamentösen Therapie sind mit der Patientin oder dem Patienten ein individueller
312 Therapieplan zu erstellen und Maßnahmen zum Selbstmanagement zu erarbeiten (siehe auch
313 strukturierte Schulungsprogramme [Nummer 4]).

314 Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Präferenzen der
315 Patientinnen und Patienten Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und
316 Sicherheit im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele in prospektiven,
317 randomisierten, kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. Dabei sollen vorrangig

318 diejenigen Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen oder Kombinationen bevorzugt werden, die
319 diesbezüglich den größten Nutzen erbringen.

320 Da das Ansprechen auf Medikamente individuell und im Zeitverlauf unterschiedlich sein kann,
321 ist eine Überwachung und Steuerung der medikamentösen Therapie ~~gegebenenfalls ein~~
322 ~~Auslassversuch~~ unter Kontrolle der Symptomatik, Anzahl und Schwere der Exazerbationen
323 und der Lungenfunktion ~~erforderlich zu erwägen~~. Dies beinhaltet auch, dass bei Reduktion der
324 Symptome auch eine Reduktion der Medikation bzw. ein Auslassversuch einzelner
325 Wirkstoffgruppen versucht werden sollte.

326 Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder
327 Wirkstoffe als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder
328 der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe
329 Wirksamkeitsbelege bezüglich der in Nummer 1.3 genannten Therapieziele vorliegen.

330 Ziel der medikamentösen Therapie ist es insbesondere, die Symptomatik (vor allem Husten,
331 Schleimretention und Luftnot) zu verbessern und Exazerbationen zeitnah zu behandeln sowie
332 deren Rate zu reduzieren. Bei einer Zunahme der Symptomatik und/oder der Zahl und
333 Schwere der Exazerbationen ist eine Intensivierung der medikamentösen Therapie
334 erforderlich, nach Stabilisierung der Patientin bzw. des Patienten ist eine Deeskalation zu
335 prüfen.

336 In der medikamentösen Behandlung der COPD werden Bedarfstherapeutika (Medikamente,
337 die z. B. bei Atemnot eingenommen werden) und Dauertherapeutika (Medikamente, die als
338 Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) unterschieden.

339 Vorrangig sollten folgende Wirkstoffgruppen verwendet werden:

340 1. Bedarfstherapie:

341 1.1. kurz wirksames Beta-2-Sympathomimetikum,

342 1.2. kurz wirksames Anticholinergikum,

343 1.3. Kombination von kurz wirksamem Beta-2-Sympathomimetikum und
344 Anticholinergikum.

345 1.4. In begründeten Fällen:

346 ~~1.4.1. Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung),~~

347 ~~1.4.2.~~ bei Schleimretention können erwogen werden:

348 ~~1.4.2.1.~~ - Inhalation von Salzlösungen,

349 ~~1.4.2.2.~~ - mukoaktive Substanzen.

350 2. Dauertherapie:

351 2.1. lang wirksames Anticholinergikum, **oder**

352 2.2. lang wirksames Beta-2-Sympathomimetikum,

353 2.3. **bei unzureichender Wirkung einer Monotherapie,** Kombination von lang
354 wirksamem Anticholinergikum und lang wirksamem Beta-2-
355 Sympathomimetikum.

356 **Zusätzlich in begründeten Fällen:**

357 2.4. ICS bei gehäuft (größer gleich 2-mal pro Jahr) auftretenden Exazerbationen oder
358 einer krankhauspflichtigen Exazerbation trotz Bronchodilatatortherapie oder
359 bei gleichzeitig vorliegenden Charakteristika eines Asthma bronchiale

360 2.5. Roflumilast in der Subgruppe von Patientinnen und Patienten mit schwerer
361 COPD, ausgeprägten Bronchitis- Zeichen (Husten, Auswurf) und häufigen
362 Exazerbationen (größer gleich 2-mal pro Jahr)

363 ~~2.6. In begründeten Einzelfällen:~~

364 ~~2.6.1. inhalative Glukokortikosteroide (bei schwerer und sehr schwerer COPD~~
365 ~~und zwar nur, wenn mindestens 2 Exazerbationen innerhalb von~~
366 ~~12 Monaten auftreten oder Zeichen eines Asthma bronchiale bestehen),~~

367 ~~2.6.2. Roflumilast für Patienten mit schwerer und sehr schwerer COPD mit~~
368 ~~Symptomen wie Auswurf und Husten,~~

369 ~~2.6.3. Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung) nur,~~
370 ~~wenn die Wirkung von lang wirksamen Bronchodilatoren und inhalativen~~
371 ~~Glukokortikosteroiden unzureichend ist.~~

372 Bei gehäuft auftretenden Exazerbationen können mukoaktive Substanzen erwogen werden.
373 Ein routinemäßiger Einsatz kann nicht empfohlen werden.

374 In der Inhalationstherapie ist insbesondere die im Bronchialsystem deponierte
375 Medikamentenmenge wirksam. Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der
376 Atemwege, dem Atemmuster, der Partikelgröße und dem Applikationssystem. Es sollten
377 daher das Applikationssystem und die Schulung individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten
378 (insbesondere Alter und Koordination) angepasst werden. [Bei schlechter Lungenfunktion mit](#)
379 [starker Einschränkung der inspiratorischen Flussgeschwindigkeit sind Dosier-Aerosole den](#)
380 [Pulverinhalatoren vorzuziehen.](#)

381 Darüber hinaus ist es sinnvoll, in der Dauertherapie bei Verwendung mehrerer inhalativer
382 Medikamente für alle Präparate den gleichen Typ von Applikationssystem einzusetzen. Bei
383 Patientinnen und Patienten, bei denen ein Wechsel des Applikationssystems absehbar
384 Probleme bereiten wird, kann bei der Verordnung die Substitution durch Setzen des Aut-idem-
385 Kreuzes ausgeschlossen werden. Nach einer initialen Einweisung in die Applikationstechnik
386 soll diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden.

387 1.5.8.1 Schutzimpfungen

388 ~~Schutzimpfungen gegen Influenza und Pneumokokken sollen allen Patientinnen und Patienten~~
389 ~~mit COPD empfohlen werden.~~

390 [Patientinnen und Patienten mit COPD sollen Schutzimpfungen nach Maßgabe der](#)
391 [Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses \(SI-RL\) in der jeweils](#)
392 [geltenden Fassung empfohlen werden.](#)

393 1.5.8.2 Exazerbationen/Atemwegsinfekte

394 Die Exazerbation einer COPD ist durch eine akute und anhaltende Zustandsverschlimmerung
395 charakterisiert, die über die für die Patientin oder den Patienten normale [Variabilität seiner](#)
396 [Symptomatik](#) ~~Variation seiner Erkrankung~~ hinausgeht und eine Intensivierung der Therapie
397 erfordert.

398 Bei akuten Exazerbationen ist primär eine Intensivierung der Therapie mit Bronchodilatoren
399 sowie gegebenenfalls eine kurzfristige (in der Regel fünftägige bis maximal 14-tägige) Gabe
400 von systemischen Glukokortikosteroiden, erforderlich.

401 Der Einsatz von Theophyllin wird auch für die Behandlung der Exazerbationen wegen seiner
402 geringen Wirkung und seiner geringen therapeutischen Breite nicht mehr empfohlen.

403 Bei häufiger Gabe systemischer Glukokortikosteroide soll das Risiko einer steroidinduzierten
404 Osteoporose bedacht werden. ~~Systemische Glukokortikosteroidtherapien innerhalb der~~
405 ~~letzten 24 Monate sind dabei in der Wirkung additiv zu betrachten (vgl. Nummer 1.5.6.3~~
406 ~~somatische Komorbiditäten).~~

407 Infekte führen häufig zu akuten Exazerbationen. Bei Hinweisen auf eine bakterielle Ursache
408 (z. B. grün-gelbes Sputum, **erhöhter CRP-Wert, Leukozytose**) sollte ~~frühzeitig~~ die Durchführung
409 einer Antibiotikabehandlung erwogen werden.

410 **Bezüglich einer Exazerbationsprophylaxe mit Antibiotika wird wegen des Risikos der**
411 **Resistenzentwicklung und der Nebenwirkungen abgeraten.**

412 **Kommt es bei einer schweren Exazerbation zu einer akuten Hypoxämie, sollte die Hypoxämie**
413 **der Patientin oder des Patienten durch die Gabe von O₂ bis zu einer Zielsättigung von 88-92 %**
414 **gebessert werden.**

415 **1.6 Kooperation der Versorgungssektoren**

416 Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit COPD erfordert die Zusammenarbeit aller
417 Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über
418 die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

419 **1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt**

420 Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im
421 Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die
422 Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.

423 In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit COPD eine zugelassene oder
424 ermächtigte qualifizierte Fachärztin bzw. einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten
425 Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen
426 oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen
427 Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der
428 weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt
429 insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von
430 dieser Ärztin oder diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder
431 diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß
432 Nummer 1.6.2 sind von der gewählten Ärztin oder dem gewählten Arzt oder der gewählten
433 Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der
434 Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

435 **1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur** 436 **jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils** 437 **qualifizierten Einrichtung**

438 Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen
439 eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und/oder zur erweiterten Diagnostik von
440 Patientinnen und Patienten zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten
441 Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:

- 442 - bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter Behandlung,
- 443 - zur Prüfung der Indikation einer längerfristigen oralen Glukokortikosteroidtherapie,
- 444 - bei vorausgegangener Notfallbehandlung,
- 445 - bei Begleiterkrankungen (z. B. schweres Asthma bronchiale, symptomatische
446 Herzinsuffizienz, zusätzliche chronische Lungenerkrankungen),

- 447 - bei Verdacht auf respiratorische ~~oder ventilatorische~~ Insuffizienz,
- 448 - zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer Langzeitsauerstofftherapie ~~(LOT)~~,
- 449 - zur Prüfung der dauerhaften Fortführung einer Langzeitsauerstofftherapie, auch nach
- 450 stationärer Einleitung einer akuten Sauerstofftherapie nach Exazerbation,
- 451 - zur Prüfung der Indikation zur Einleitung bzw. Fortführung einer intermittierenden
- 452 häuslichen Beatmung},
- 453 - zur Prüfung der Indikation zu volumenreduzierenden Maßnahmen bzw.
- 454 Lungentransplantation,
- 455 - zur Einleitung rehabilitativer Maßnahmen,
- 456 - zur Durchführung einer strukturierten Schulungsmaßnahme,
- 457 - bei Verdacht auf eine berufsbedingte COPD.

458 Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der Fachärztin oder des
 459 Facharztes oder der Einrichtung befinden, hat diese bzw. dieser bei einer Stabilisierung des
 460 Zustandes zu prüfen, ob die weitere Behandlung durch die Hausärztin oder den Hausarzt
 461 möglich ist.

462 Im Übrigen entscheidet die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nach
 463 pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

464 **1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus**

465 Indikationen zur stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und
 466 Patienten unter folgenden Bedingungen:

- 467 - Verdacht auf lebensbedrohliche Exazerbation,
- 468 - schwere, trotz initialer Behandlung persistierende oder progrediente
- 469 Verschlechterung,
- 470 - Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,
- 471 - Einstellung auf intermittierende häusliche Beatmung

472 Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung insbesondere bei auffälliger Verschlechterung
 473 oder Neuauftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen (z. B. bei schwerer
 474 Herzinsuffizienz, pathologischer Fraktur) zu erwägen.

475 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
 476 Einweisung.

477 **1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung**

478 Die Veranlassung einer ~~Rehabilitationsleistung~~ **Leistung zur medizinischen Rehabilitation** ist
 479 individuell zu prüfen. Dabei sind ~~die~~ **der Schweregrad** der COPD, gegebenenfalls bedeutende
 480 Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die psychosoziale Belastung zu beachten.

481

482 **2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)**

483 Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser
 484 Richtlinie geregelt.

485 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

Lfd. Nr.:	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	<p>Vermeidung notfallmäßiger Behandlungen</p> <p>Niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlungen</p>	<p>Anteil der Patientinnen und Patienten mit stationärer notfallmäßiger Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der stationären notfallmäßigen Behandlungen</p> <p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit COPD mit Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der ungeplanten, auch notfallmäßigen (ambulant und stationär) ärztlichen Behandlungen</p>
2	<p>Vermeidung Niedriger Anteil von Exazerbationen</p>	<p>Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern Patientinnen und Patienten mit einer oder mehr Exazerbationen bei Betrachtung innerhalb der letzten 6 Monate, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer COPD Patientinnen und COPD Patienten</p>
3	<p>Nur bei Raucherinnen und Rauchern: Hoher Anteil an rauchenden COPD-Patientinnen und COPD-Patienten Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Empfehlung zum Tabakverzicht erhalten haben</p>	<p>Nur bei Raucherinnen und Rauchern: Anteil der rauchenden COPD-Patientinnen und COPD-Patienten Teilnehmerinnen und Teilnehmer COPD Patientinnen und COPD Patienten, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum Tabakverzicht gegeben wurde, bezogen auf die eingeschriebenen rauchenden COPD-Patientinnen und COPD-Patienten</p>
4	<p>Nur bei Raucherinnen und Rauchern mit einer Empfehlung zum Tabakentwöhnungsprogramm: Niedriger Hoher Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die nach einer Empfehlung zur Teilnahme an</p>	<p>Nur bei Raucherinnen und Rauchern mit einer Empfehlung zum Tabakentwöhnungsprogramm: Anteil der an aktuell rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die innerhalb von 12 Monaten im Anschluss an eine trotz einer Empfehlung zur Teilnahme an einem</p>

	einem Tabakentwöhnungsprogramm noch nicht an einem solchen Programm teilgenommen haben.	Tabakentwöhnungsprogramm nie im Rahmen des DMP an einem solchen Programm teilgenommen haben, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
5	Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	a) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer b) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer n , bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer n , die bei Einschreibung geraucht haben
6	Hoher Anteil von COPD-Patientinnen und COPD-Patienten Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wurde	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer COPD-Patientinnen und COPD-Patienten , bei denen die Inhalationstechnik innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal überprüft wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen COPD-Patientinnen und COPD-Patienten
7	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Leitliniengerechter nicht indiziertem Einsatz an inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS): Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Dauertherapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS)	Niedriger Anteil an aktuellen Nur Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit FEV₁ ≥ 50% ohne Komorbidität Asthma, bronchiale und die mit ICS behandelt werden, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit höchstens einer Exazerbation innerhalb der letzten 12 Monate: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ICS
8	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einmal jährlich erfolgter klinischer Einschätzung des Osteoporose-Risikos	Anteil der aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer dokumentierten Osteoporose-Risiko-einschätzung in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
9	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern Patientinnen und Patienten , die systemische Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer Patientinnen und Patienten , die in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer Patientinnen und Patienten

10	Hoher Anteil von an Teilnehmerinnen und Teilnehmern COPD-Patientinnen und COPD-Patienten , die eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training erhalten	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer COPD-Patientinnen und COPD-Patienten , bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf die eingeschriebenen COPD-Patientinnen und COPD-Patienten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
11	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jährlich mindestens einmal ermitteltem FEV ₁ -Wert	Anteil an aktuellen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einem dokumentierten FEV ₁ -Wert in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
12	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern die bei DMP-Einschreibung noch nicht geschult sind: Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmern	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP-Einschreibung noch nicht geschult sind: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die an einer empfohlenen Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben.

486

487 **3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f**
488 **Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)**

489 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose der COPD
490 gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3
491 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung
492 mitwirken kann.

493 **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

494 Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser
495 Richtlinie geregelt.

496 **3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

497 ~~Für die Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer COPD-~~
498 ~~typischen Anamnese, Nachweis einer Reduktion von FEV₁ unter 80 % des Sollwertes und~~
499 ~~mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich. **Versicherte mit COPD können in das**~~
500 ~~strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn sie die in Nummer 1.2.2~~
501 ~~genannten Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe erfüllen.~~ Für die Einschreibung
502 berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als zwölf Monate sein.

- 503 ~~— Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC < 70 % nach Bronchodilatation,~~
- 504 ~~— Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder~~
505 ~~einer Gasaustauschstörung bei Patientinnen und Patienten mit FEV₁/VC ≥ 70 % und~~
506 ~~einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die~~
507 ~~Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat.~~

508 Versicherte unter 18 Jahren können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm COPD
509 eingeschrieben werden. Eine gleichzeitige Einschreibung in ein DMP Asthma bronchiale und
510 DMP COPD ist nicht möglich. Besteht neben der COPD ein Asthma bronchiale, sollte in

511 Abhängigkeit des Krankheitsverlaufs die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt
512 abwägen, welche der beiden Diagnosen als vorrangig einzustufen ist. Demnach ist auch die
513 Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

514 Für Versicherte, die auf Basis der bis zum ~~31. Dezember 2016~~ **31. März 2023** geltenden
515 Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V
516 eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik
517 erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

518 **4 Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2** 519 **Nummer 4 SGB V)**

520 Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der
521 strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten
522 Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten
523 Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die
524 Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

525 **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

526 Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie
527 geregelt.

528 **4.2 Schulungen der Versicherten**

529 Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

530 **5 Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f** 531 **Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)**

532 Für die Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 1 DMP-A-RL sind mindestens folgende
533 medizinische Parameter auszuwerten:

- 534 a) Tod
- 535 b) Einsekundenkapazität (FEV1-Wert)
- 536 c) Exazerbationen
- 537 d) ~~Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD~~ **Ungeplante, auch notfallmäßige**
538 **(ambulant und stationär) ärztliche Behandlung wegen COPD**
- 539 e) Raucherquote allgemein
- 540 f) Raucherquote im Kollektiv
- 541 g) Medikation
- 542 h) Schulungen
- 543 i) Tabakverzicht (Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogrammen)
- 544

545 **Anlage 12 Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) - Dokumentation**

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Dokumentation		
Laufende Nummer	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Aktueller FEV ₁ -Wert (alle sechs bis zwölf Monate)	X Prozent des Soll-Wertes / Nicht durchgeführt
1a	Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt	Ja / Nein
Relevante Ereignisse		
2	Häufigkeit von Exazerbationen ¹⁾ seit der letzten Dokumentation ²⁾	Anzahl
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
Medikamente		
4	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Lang wirksame Anticholinergika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
8	Sonstige diagnosespezifische Medikation	Nein / Theophyllin / Inhalative Glukokortikosteroide / Systemische Glukokortikosteroide / Andere
Schulung		
9	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein

9a	Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen ³⁾	Ja / Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	(weggefallen) COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	(weggefallen) Ja/Nein
12	Empfehlung zum Tabakverzicht ausgesprochen ⁴⁾	Ja / Nein
13	Empfehlung zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogramm ausgesprochen ⁴⁾	Ja / Nein
14	An einem Tabakentwöhnungsprogramm seit der letzten Empfehlung teilgenommen ^{4), 5)}	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich
15	Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen	Ja / Nein

- 546 ¹⁾ Hinweis für die Ausfüllanleitung: „Exazerbation“ (z. B. „akute Verschlechterung der Symptomatik, die eine
547 Veränderung der Medikation erfordert“ **Als Exazerbation zählt jede Verschlechterung der Symptomatik, die**
548 **eine Veränderung der Medikation im Sinne einer Intensivierung der Therapie erforderlich macht“** in der
549 Ausfüllanleitung definieren.
- 550 ²⁾ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden
551 Dokumentationen zu machen.
- 552 ³⁾ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.
- 553 ⁴⁾ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Nur bei aktiven Rauchern zu erheben.
- 554 ⁵⁾ ~~(weggefallen)~~ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden
555 Dokumentationen zu machen.
- 556