



## Änderungen zum 1. April 2024:

1. Aktualisierung des DMP COPD zum 1. April 2024
2. PVS Update DMP COPD zum 2. Quartal 2024 – Dokumentationen 1. Quartal frühzeitig abschließen
3. Hinweise zur Dokumentation: Untersuchungsintervalle / Einreichungsfristen bei der Datenstelle (Seite 4)
4. Vergütungsanpassungen DMP KHK, COPD und Asthma bronchiale ab dem 1. Januar 2024

## 1. DMP COPD zum 1. April 2024 aktualisiert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anforderungen an Disease-Management-Programme für Patientinnen und Patienten mit COPD aktualisiert. Die wissenschaftliche Grundlage für die beschlossenen Änderungen ist insbesondere die Leitlinienrecherche des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Der mit der KV Nordrhein bestehende Vertrag musste daraufhin nun angepasst werden, sodass das aktualisierte DMP ab 1. April 2024 in den Praxen umzusetzen ist. Die wesentlichen Änderungen in der DMP-Anforderungen-Richtlinie möchten wir Ihnen hier darlegen:

### Das ist neu

#### Definition/Diagnostik

Für Versicherte, die auf Basis der bis zum 31. März 2024 geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist eingeschrieben wurden, ist keine erneute Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

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 gekennzeichnet ist. Sie geht einher mit einer chronisch obstruktiven Bronchitis oder einem Lungenemphysem oder beidem.

Zur Abgrenzung von Asthma bronchiale und COPD können folgende typische Merkmale als Orientierung dienen:

Unterscheidungsmerkmale	Asthma bronchiale	COPD
<b>Anamnese / Symptome</b>		
<b>Erkrankungsbeginn</b>	häufig Kindheit und Jugend	im höheren Lebensalter
<b>Tabakrauchen</b>	nicht ursächlich, evtl. Verschlechterung durch Tabakrauch	häufigste Ursache
<b>Hauptbeschwerden: Luftnot, Husten, Auswurf</b>	variierend, ggf. anfallsartig	chronisch, insbesondere Belastungsdyspnoe
<b>Verlauf</b>	variabel, oft episodisch auftretend (z.B. saisonal im Frühjahr)	in der Regel progredient
<b>Allergie</b>	häufig	kein Zusammenhang
<b>Diagnostik</b>		
<b>Atemwegsobstruktion</b>	reversibel oder partiell reversibel	kontinuierlich vorhanden, allenfalls partiell reversibel
<b>Bronchiale Hyperreagibilität</b>	meistens nachweisbar	selten nachweisbar
<b>Eosinophile Zellen im Blut</b>	oft erhöht	meist nicht erhöht
<b>Ansprechen der Therapie</b>		
<b>Glukokortikosteroide</b>	ansprechen in der Regel nachweisbar	in der Dauertherapie meist kein Ansprechen

Orientierungshilfe zur Abgrenzung COPD und Asthma bronchiale



## Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer COPD-typischen Anamnese, der Nachweis einer Reduktion von der FEV1 unter 80 % des Sollwertes und mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich: Statt des für alle Altersgruppen fixierten Grenzwertes nach GOLD von FEV1/VC  $\leq 70$  % beziehungsweise 75 % zur Charakterisierung der Obstruktion können die neueren Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) eingesetzt werden.

Vorteil: verringertes Risiko von altersbedingten Über- und Unterdiagnosen

Dies gilt auch für den Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung, Lungenüberblähung oder Gasaustauschstörung.

Nachweis Obstruktion:

gemäß GLI: FEV1/FVC < als die untere Normwertgrenze (LLN), entspricht dem 5. Perzentil des GLI-Sollwertes. Eine Erhöhung des Zielwertes bis 8,5% (69 mmol/mol) kann tolerabel sein bei:

## Differenzierte Therapieplanung

Stärkere Berücksichtigung einer möglichen Überlappung von Asthma bronchiale und COPD bei:

- Therapieplanung inklusive Medikamentenwahl
- Verlaufsevaluation
- beabsichtigter Dauertherapie: klären, ob zusätzlich Asthma-spezifische Therapie angezeigt ist

## Nicht-medikamentöse Maßnahmen

### ► Tabakentwöhnung

Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und Patienten mit COPD über die besonderen Risiken des aktiven und passiven Tabak-Rauchens sowie des Konsums von E-Zigaretten oder alternativer Tabakprodukte auf. Ausstiegsbereite Raucherinnen und Rauchern mit COPD sollen Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten.

### ► Krankengymnastik/Atemtherapie

- ersetzt im Bereich „allgemeine Krankengymnastik“ den Begriff „Atemphysiotherapie“
- Verordnung auch möglich bei Husten ohne Auswurf

### ► Langzeitsauerstofftherapie (LTOT)

Kriterien bei chronischer Hypoxämie mit PaO<sub>2</sub> 56-60 mmHg wurden spezifiziert:

Prüfung erforderlich, wenn zusätzlich eine sekundäre Polyglobulie (Hämatokrit  $\geq 55$  %) oder ein Cor pulmonale vorliegt oder beide Zusatzkriterien gleichzeitig erfüllt sind. Mindestdauer der LTOT: 15 Stunden pro Tag

### ► Außerklinische nicht-invasive Beatmung

Bei chronischer Hyperkapnie mit PaCO<sub>2</sub>-Werten  $\geq 50$  mmHg soll geprüft werden, ob eine intermittierende nicht-invasive Beatmung notwendig ist.

### ► Operative Verfahren

- Lungenvolumenreduktion bei schwerem Lungenemphysem erst nach Ausschöpfung der medikamentösen und anderer nicht-invasiver Therapieoptionen erwägen
- Lungentransplantation in Einzelfällen bei sehr schwerer COPD als Ultima Ratio möglich

### ► Komorbiditäten

Folgende Komorbiditäten sollen stärker bedacht werden:

- schlafbezogene Atemstörungen – neu ergänzt als häufige Komorbidität
- Lungenkarzinome

optionale  
altersadaptierte  
Sollwerte

Tabakentwöhnung:  
auch E-Zigaretten  
berücksichtigen

LTOT: Empfehlung  
Mindestdauer



## Medikamentöse Therapie

### ► Konkretisiertes Monitoring

- Überwachung und Steuerung grundsätzlich erforderlich anhand der Kontrolle der Symptomatik und der Lungenfunktion, auch Anzahl und Schwere der Exazerbationen
- bei Reduktion der Symptome sollte versucht werden, Medikation zu reduzieren beziehungsweise einzelne Wirkstoffgruppen auszulassen

### ► Intensivierung/Deeskalation

Bei Zunahme der Symptomatik und/oder der Zahl und Schwere der Exazerbationen:

- medikamentöse Therapie intensivieren
- nach Stabilisierung Deeskalation prüfen

### ► Nicht empfohlene Wirkstoffe

Theophyllin soll nicht mehr gegeben werden (geringe Wirkung und geringe therapeutische Breite). Dies gilt für die Bedarfs- und Dauertherapie sowie bei Infektionen und Exazerbationen.

### ► Dauertherapie

Die Empfehlungen wurden spezifiziert:

- lang wirksames Anticholinergikum oder lang wirksames Beta-2-Sympathomimetikum
- bei unzureichender Wirkung einer Monotherapie, Kombination von lang wirksamem Anticholinergikum und lang wirksamem Beta-2-Sympathomimetikum

Zusätzlich in begründeten Fällen:

- ICS bei gehäuft ( $\geq 2$ -mal pro Jahr) auftretenden Exazerbationen oder einer krankenhauspflichtigen Exazerbation trotz Bronchodilatatortherapie oder bei gleichzeitig vorliegenden Charakteristika eines Asthmas bronchiale
- Roflumilast bei schwerer COPD, ausgeprägten Bronchitis-Zeichen (Husten, Auswurf) und häufigen Exazerbationen ( $\geq 2$ -mal pro Jahr)

### ► Art der Inhalationstherapie ergänzt

Bei schlechter Lungenfunktion mit starker Einschränkung der inspiratorischen Flussgeschwindigkeit prioritär Dosieraerosole statt Pulverinhalatoren.

### ► Exazerbationen/Atemwegsinfekte

Theophyllin soll nicht mehr gegeben werden (geringe Wirkung und therapeutische Breite)

**Infekte:**

- als Indikatoren für eine bakterielle Ursache ergänzt: erhöhter CRP-Wert und Leukozytose
- bei der Erwägung einer Antibiotikabehandlung wurde das Wort „frühzeitig“ gestrichen

### ► Exazerbationsprophylaxe

Von Antibiotika wird wegen des Risikos der Resistenzentwicklung und der Nebenwirkungen abgeraten.

### ► Schwere Exazerbation

Kommt es zu einer akuten Hypoxämie, sollte diese durch die Gabe von O<sub>2</sub> bis zu einer Zielsättigung von 88-92 % gebessert werden.

## Qualitätsziele

### ► Neue Ziele

- **leitliniengerechter Einsatz an ICS:** niedriger Anteil mit einer Dauertherapie
- hoher Anteil **geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer**, die bei DMP-Einschreibung noch keine Schulung besucht hatten

Medikamentöse Therapie stärker überwachen und steuern

kein Theophyllin mehr

Keine Antibiotika zur Prophylaxe

Zugang zu Patientenschulungen ermöglichen



## Dokumentation

Aus Gründen der Datensparsamkeit wurde der Dokumentationsparameter Nr. 11 „COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst“ gestrichen. **Die zum 1. April 2024 aktualisierte Ausfüllanleitung für die Dokumentation steht auf der Homepage zur KVNO zum Download zur Verfügung.**

Quelle: [DMP-Anforderungen-Richtlinie G-BA](#)

Dokumentation  
und  
Ausfüllanleitung  
angepasst

## 2. Änderung der Dokumentation COPD: PVS-Update zum 2. Quartal 2024

Die Dokumentationssoftware für das DMP COPD wird zum 1. April 2024 an die neuen Dokumentationsfelder angepasst. Das bedeutet für Praxen:

- Konsultationen von Patientinnen und Patienten, die ab dem 2. Quartal 2024 erfolgen, müssen mit der aktualisierten Software dokumentiert werden.
- Für Patientinnen und Patienten aus dem 1. Quartal muss die derzeit aktuelle bzw. alte Software verwendet werden.

**Um mögliche Probleme bei der parallelen Nutzung von zwei Software-Versionen zu vermeiden, empfiehlt die KV Nordrhein, alle Dokumentationen vom 1. Quartal 2024 bis Ende März abzuschließen und zu versenden.**

Dokumentation  
Q1\_2024  
bis 31.03.2024  
abschließen und  
versenden!

## 3. Hinweise zur Dokumentation

### Dokumentationsdaten bestimmen Ihre Zielerreichung:

Nach den bundesweiten DMP-Qualitätsberichten werden für Nordrhein weiterhin Fälle verzeichnet, deren Dokumentationsdaten die Zielwerte nicht erreichen, beispielsweise zu folgenden Qualitätszielen:

- ✗ mindestens jährliche Ermittlung und Dokumentation des FEV-1 Wertes = x Prozent des Sollwertes
- ✗ mindestens jährliche Überprüfung der Inhalationstechnik
- ✗ Empfehlung körperlichen Trainings
- ✗ Empfehlung bei Raucherinnen und Rauchern zum Tabakverzicht

geforderte  
Untersuchungen  
in der  
Dokumentation  
erfassen

### DMP-Übermittlungsfristen unbedingt beachten, um Verfristungen und Honorarverlust zu vermeiden!

Nach den DMP-Verträgen sind Teilnahmeerklärungen und Dokumentationen grundsätzlich innerhalb von 10 Tagen nach Befundstellung an die DMP-Datenstelle zu übermitteln und müssen zum Ende des jeweiligen Quartals vollständig vorliegen. Leider kommt es widerkehrend zu verspäteten oder fehlerhaften Übertragungen an die nordrheinische DMP-Datenstelle SPS. Da in diesen Fällen ein Honorarverlust sowie die Ausschreibung von Patientinnen und Patienten mit dem verbundenen Mehraufwand zur Wiedereinschreibung droht, weisen wir auf die dringende Einhaltung der folgenden Fristen und Hinweise hin:

Schützen Sie Ihr  
Honorar durch  
frühzeitigen  
Versand

**Die Datenstelle übersendet monatlich einen Kontoauszug über die dort plausibel eingegangenen Dokumentationen für Ihren Abgleich. Grundlage ist der bis zum Ende des Monats dort eingegangene Datenbestand.** Von der Datenstelle mitgeteilte Korrekturerfordernisse müssen unverzüglich nach Erhalt erfolgen. Nicht abgeschlossene Verfahren verfallen mit Ablauf des 52. Tag nach Quartalsende.

Kontakt:

DMP – Datenstelle Nordrhein SPS  
Postfach 10 04 23, 96056 Bamberg  
Arzthotline: 0951 3093973



## 4. Vergütungen DMP COPD und Asthma zum 1. Januar 2024 angepasst:

Zum 1. Januar 2024 konnten die auch Vergütungen der DMP Asthma und COPD um Erhöhungen und neue Leistungen angepasst werden. Unter anderem erhalten koordinierende Ärztinnen und Ärzte für die kontinuierliche Betreuung und Haltearbeit in den DMP Asthma/COPD sowie KHK künftig einen Qualitätssicherungszuschlag in Höhe von 17,50 Euro. Die KV Nordrhein setzt diesen am Ende eines Jahres automatisch hinzu, wenn

- vier aufeinanderfolgende Dokumentationen bei quartalsweiser Dokumentation erbracht wurden  
oder
- zwei aufeinanderfolgende Dokumentationen bei halbjährlicher Dokumentation, das heißt in jedem Halbjahr eine.

Entscheidend für die Überprüfung ist das von Ihnen in der Dokumentation angegebene Dokumentationsintervall (siehe Grafik rechts).

Außerdem wurde die neue Beratungsleistung Tabakentwöhnung von Raucherinnen und Rauchern ins DMP Asthma/COPD aufgenommen. Um diese Beratungsleistungen abrechnen zu können, müssen Haus- und Fachärztinnen und –ärzte, die am DMP Asthma/COPD teilnehmen, einen Fortbildungsnachweis zum Thema Tabakentwöhnung oder motivierende Gesprächsführung bei der KV Nordrhein einreichen, zum Beispiel:

- Curriculum: „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer
- Curriculum: „Change-Talk zur Tabakentwöhnung“
- Teilnahme an gleichwertigen Fortbildungen über Beratungsmethoden und Motivation zur Tabakentwöhnung (ABC- oder 5A-Methode)

Die Fortbildungsnachweise können Sie online über das digitale Antragsmanagement im KVNO-Portal zum Erhalt einer Abrechnungsgenehmigung einreichen (DMP Asthma bronchiale COPD). Bezüglich der gleichwertigen Fortbildungen zur ABC- oder 5A- Methode ist die KV Nordrhein zurzeit in der Abstimmung mit dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), um weitere zeitnahe Fortbildungsangebote zu ermöglichen.

Übersicht der Vergütungen und Symbolnummern (SNR) für die DMP Asthma und COPD:

Leistungsbeschreibung	Honorar in €	SNR DMP Asthma	SNR DMP COPD
<b>Koordinierender Arzt /Koordinierende Ärztin</b>			
Einschreibung: Beratung, Erstellung und Versand der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und Erstdokumentation	25,00	90221	90224
Folgedokumentation: Erstellung und Versand der Folgedokumentation max. 1x BHF	10,00	90222	90225
Qualitätssicherungs-/Haltezuschlag, einmal je DMP-Teilnehmendem im Krankheitsfall [wird von KV zugesetzt]	17,50	90222Q	90225Q
<b>Haus- und Fachärztinnen/-ärzte mit einer Genehmigung zur Motivation Tabakentwöhnung</b>			
Motivationsgespräch Tabakentwöhnung, einmalig je DMP-Teilnehmendem bei Erfassung in der Quartalsdokumentation	15,00	90250A	90250C
<b>Leistungen der qualifizierten Fachärztin/des qualifizierten Facharztes gemäß § 4 des DMP-Vertrages</b>			
Betreuungspauschale für die qualifizierte fachärztliche Mitbehandlung auf Überweisung, max. 2x im Kalenderjahr, jedoch nicht im selben Quartal	22,00	90229	90226

**Behandlungsplanung**

Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen

Tabakverzicht  Ernährungsberatung

Körperliches Training

---

**Dokumentationsintervall**

Quartalsweise  Jedes zweite Quartal



Patientenschulungen DMP Asthma	Honorar in € je UE	SNR DMP Asthma
<b>Kinder im Alter von 1 bis 4 Jahren</b>		
<b>ASEV</b> - Asthaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Kinder im Alter von 1-4 Jahren und Eltern, 13 UE á 45 Min. zzgl. Qualitätspauschale von 19,50 € bei 13. UE	23,50	90238
Nachschulung (6 Monate nach Erstschulung) max. 2 UE	23,50	90239
<b>Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 18 Jahren</b>		
<b>AGAS</b> - Qualitätsmanagement in der Asthaschulung von Kindern und Jugendlichen von 5- 18 Jahren max. 30 UE á 45 Min. zzgl. Qualitätspauschale von 19,50 € bei 30. UE	23,50	90230
Nachschulung AGAS innerhalb von 6-24 Monaten nach Erstschulung, max. 4 UE	23,50	90231
<b>Instruktion</b> bei Neuerkrankungen oder Umstellung Medikation (Kinder u. Jugendliche), UE= 20 Min. max. 2 UE im Kalenderjahr	10,00	90232
Verbrauchsmaterialien zu den Schulungen ASEV und AGAS	10,00	90233
<b>Erwachsene ab 18 Jahren</b>		
<b>AFAS</b> - Ambulante Fürther Asthaschulung (für Erwachsene) in Gruppen bis 8 Teilnehmende, max. 6 UE á 60 Min.	26,00	90234
Nachschulung AFAS, max. 2 UE im Kalenderjahr (frühestens 1 Kalenderjahr nach Erstschulung)	26,00	90234N
Wiederholungsschulung AFAS, max. 6 UE (frühestens 3 Kalenderjahre nach Erstschulung)	26,00	90234W
<b>Instruktion</b> bei Neuerkrankung oder Umstellung Medikation UE= 20 Min. max. 1 UE im Kalenderjahr, jedoch nicht neben SNR 90234 im selben Quartal	10,00	90236
Verbrauchsmaterialien zur Schulung	10,00	90237

Patientenschulungen DMP COPD	Honorar in € je UE	SNR DMP COPD
<b>AFBE</b> - Ambulante Fürther Schulung für COPD-Patientinnen und Patienten, in Gruppen bis 8 Teilnehmende, max. 6 UE á 60 Min.	26,00	90240
Nachschulung AFBE , max. 2 UE im Kalenderjahr (frühestens 1 Kalenderjahr nach Erstschulung)	26,00	90240N
Wiederholungsschulung AFBE, max. 6 UE (frühestens 3 Kalenderjahre nach Erstschulung)	26,00	90240W
<b>Instruktion</b> bei Neuerkrankung oder Umstellung Medikation, UE= 20 Min. max. 1 UE im Kalenderjahr, jedoch nicht neben SNR 90240 im selben Quartal	10,00	90242
Verbrauchsmaterialien zur Schulung	10,00	90243

Erläuterungen: UE = Unterrichtseinheiten, BHF = Behandlungsfall.

Die Abrechnungsgenehmigung für Patientenschulungen muss von teilnehmenden Haus- und Fachärztinnen und -ärzten vorab bei der KV Nordrhein unter Vorlage der Schulungsqualifizierung beantragt werden.

Alle Informationen zu den DMP-Verträgen, inklusive Ausfüllanleitungen für die Dokumentationen und detaillierter Vergütungsübersichten finden Sie auch auf unserer Homepage unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) ► [praxis](#) ► [recht&vertraege](#) ► [vertraege](#) ► [dmp](#)