

Supplementary material



COPD UDM | DQ

Arztfragebogen

Einsatz von diagnostischen Maßnahmen bei Patienten mit COPD.
Eine nicht-interventionelle Studie in pneumologischen Schwerpunktpraxen
zur Auswirkung auf Behandlungsentscheidungen.

Institution

Art der Institution: Krankenhaus
 Niedergelassene Praxis

Anzahl der betreuten COPD-Patienten: _____

Erfahrung in der Atemwegsmedizin: < 1 Jahr
 1 Jahr - < 10 Jahre
 ≥ 10 Jahre

Pathogenese der Erkrankung

Was sind Ihrer Meinung nach relevante Faktoren, die zur Entstehung einer COPD beitragen?

Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen

- Genetische und intrinsische Faktoren (Lungenentwicklung)
- Frühere Komorbiditäten (Infektionen, Asthma)
- Lebensstil, z.B. Rauchen
- Umweltfaktoren, z.B. Verschmutzung
- Krankheiten mit entzündlichen Faktoren
- Krankheiten allergischer Herkunft / mit allergischen Komponenten
- Sonstige – Bitte spezifizieren:

Supplementary material



COPD UDM | DQ

Einsatz und Relevanz von diagnostischen Maßnahmen

Bitte bewerten Sie die in der untenstehenden Tabelle gelisteten diagnostischen Maßnahmen hinsichtlich der folgenden Fragestellungen - Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen

- A. Welche diagnostischen Tests verwenden Sie üblicherweise, nachdem Sie den Patienten anamnestisch und körperlich untersucht haben?
 B. Bitte geben Sie den Zeitpunkt / die Häufigkeit der diagnostischen Tests an
 C. Bitte beurteilen Sie die Relevanz der diagnostischen Tests in der täglichen Praxis
 D. Bitte beurteilen Sie den Nutzen der diagnostischen Tests für die Patienten

	A. Nutzen Sie diese Maßnahme üblicherweise?	B. Zeitpunkt / Häufigkeit der Durchführung						C. Relevant in der täglichen Praxis?	D. Nutzen für die Patienten	
		Zur Diagnosestellung	Zu jeder Visite	Abhängig vom klinischen Erscheinungsbild	Im Falle von Exazerbationen	Ungefähr alle 3 Monate oder öfter	Regelmäßig, aber seltener als alle 3 Monate			
Thorax-Computertomographie (CT)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
Röntgen des Thorax	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
Ganzkörperplethysmographie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
Spirometrie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
Dermatologisches / Allergie-Screening	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
Alpha-1-Antitrypsin-Mangel Screening	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
IgE – Gesamt	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
IgE – Spezifische Allergene	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
Eosinophile im Blut	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
Eosinophile im Sputum	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
Blutbild mit Gesamtleukozyten	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
Blutbild mit Differentialblutbild	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
COPD Assessment Test (CAT)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
Dyspnoe Assessment (mMRC)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
Sonstige 1	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
Sonstige 2	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch
Sonstige 3	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> Niedrig	<input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Hoch

Supplementary material



COPD UDM | DQ

Motive für den Einsatz diagnostischer Maßnahmen

Bitte geben Sie die Motive für den Einsatz der folgenden diagnostischen Maßnahmen an:

Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen

	Motive für den Einsatz diagnostischer Maßnahmen								
	Nützlich für die Diagnostik (COPD)	Nützlich für die Verlaufskontrolle (COPD)	Nützlich für die Diagnostik (Begleitkrankheiten)	Nützlich für die Verlaufskontrolle (Begleitkrankheiten)	Nützlich für die kurzfristige Kontrolle der Therapie	Nützlich für die langfristige Kontrolle der Therapie	Nützlich für die Anpassung der Therapie	Empfehlungen von Leitlinien oder Kollegen	Sonstiges
Thorax-Computertomographie (CT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Röntgen des Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ganzkörperplethysmographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spirometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dermatologisches / Allergie-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alpha-1-Antitrypsin-Mangel Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IgE – Gesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IgE – Spezifische Allergene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eosinophile im Blut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eosinophile im Sputum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutbild mit Gesamtleukozyten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutbild mit Differentialblutbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COPD Assessment Test (CAT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dyspnoe Assessment (mMRC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige 1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige 2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige 3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Supplementary material



COPD UDM | DQ

Hindernisse für den Einsatz diagnostischer Maßnahmen

Bitte geben Sie die Hindernisse für den Einsatz der folgenden diagnostischen Maßnahmen an:

Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen

	Hindernisse für den Einsatz diagnostischer Maßnahmen					
	Hohe Kosten / keine Rückerstattung (PKV / GKV)	Nicht von der Nützlichkeit des Tests überzeugt	Schwierige Logistik	Geringe Akzeptanz bei den Patienten	Nicht von Leitlinien empfohlen	Sonstiges
Thorax-Computertomographie (CT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Röntgen des Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ganzkörperplethysmographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spirometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dermatologisches / Allergie-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alpha-1-Antitrypsin-Mangel Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IgE – Gesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IgE – Spezifische Allergene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eosinophile im Blut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eosinophile im Sputum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutbild mit Gesamtleukozyten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutbild mit Differentialblutbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COPD Assessment Test (CAT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dyspnoe Assessment (mMRC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige 1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige 2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige 3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Supplementary material



COPD UDM | DQ

Biomarker bei der COPD

Betrachten Sie eine oder mehrere der folgenden diagnostischen Maßnahmen (bei der initialen Diagnose und/oder Verlaufskontrollen) als relevante Biomarker bei der COPD?

Bitte alle zutreffenden ankreuzen

- High-sensitive CRP
- Eosinophile im Blut
- Eosinophile im Sputum
- IgE – Gesamt
- Sonstige (bitte angeben): _____

Welche Weiterbildungsmaßnahmen halten Sie für notwendig, um das Wissen über die Eigenschaften von Biomarkern für COPD-Patienten zu verbreiten?

Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen

- Präsentation von Studienergebnisse zu den Eigenschaften von Biomarkern bei Symposien und / oder in Qualitätszirkeln
Falls für Sie zutreffend – in welchem Rahmen?
 - International
 - National
 - Regional/Lokal
- Angebote für Ärzte zur Teilnahme an Studien, die die Eigenschaften von Biomarkern untersuchen
- Verteilung von Daten zu den Eigenschaften von Biomarkern an die privaten und gesetzlichen Krankenversicherer
- Verteilung von Daten zu den Eigenschaften von Biomarkern an Patientenverbände
- Verteilung von Daten zu den Eigenschaften von Biomarkern an die Patienten
 - als Broschüre
 - über das Internet
 - über das Fernsehen
 - in Printmedien
- Sonstige (bitte angeben): _____

 Ort/Datum

 Unterschrift