

Versorgungsmodul COPD: Chronische obstruktive Lungenerkrankung

Gemäß der „S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem“ (Fassung vom 24.01.2018) der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. und der Deutschen Atemwegliga e. V., unter Beteiligung der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie“ unter Mitwirkung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung charakterisiert durch eine persistierende und üblicherweise progrediente Atemwegsobstruktion.

Eine Entzündung im Bereich der kleinen Atemwege (obstruktive Bronchiolitis) führt zur Verengung der Atemwege, vermehrter Schleimproduktion und Zerstörung des Lungengewebes unter Ausbildung eines Emphysems. Viele Patienten mit COPD haben auch Symptome einer chronischen Bronchitis.

Die Prävalenz ist bei Rauchern und Ex-Rauchern wesentlich höher als bei Nichtrauchern und bei über 36-Jährigen höher als bei unter 36-Jährigen.

1. „Screeningprogramm“

1.1 Teilnahmevoraussetzung „Screeningprogramm“

Es besteht keine bekannte gesicherte COPD-Diagnose nach ICD-10-GM; die Diagnose gilt als bekannt, wenn sie bereits im laufenden oder in den drei vorhergehenden Quartalen mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung mindestens einmal verschlüsselt wurden. Der Versicherte ist an einer chronischen Bronchitis erkrankt und mindestens 36 Jahre alt.

Zusätzlich ist eines der folgenden Aufgreifkriterien erfüllt:

- Rauchen bzw. Rauchen in der Vergangenheit,
- Berufliche Vorbelastung (z. B. Rauch von Verbrennungen, chemische Dämpfe, Gase, Feinstaub).

1.2 Umsetzungsinhalte „Screeningprogramm“

- 1) Sind die Aufgreifkriterien erfüllt, erhebt der Hausarzt die Anamnese und führt eine Spirometrie unter Anwendung von Anlage 7 durch. Sofern umsetzbar, sollten basierend auf der Nationalen Versorgungsleitlinie COPD 2021 (vgl. Kapitel 2.4.2 Spirometrie) im Rahmen der Diagnosestellung die GLI-Referenzwerte herangezogen werden. Das dazugehörige Rechentool der Global Lung Function Initiative nebst weiteren Erläuterungen findet sich unter: <http://gli-calculator.ersnet.org/index.html>
- 2) Vorliegen einer COPD diagnostisch aktuell nicht feststellbar:
Der Hausarzt informiert den Patienten ausführlich über das Untersuchungsergebnis und über das Krankheitsbild COPD. Der Hausarzt weist den Patienten auf die diesbezüglichen Gefahren sowie mögliche Begleiterkrankungen hin. Des Weiteren

motiviert der Hausarzt den Patienten zu Einhaltung des Tabakverzichts bzw. zur Raucherentwöhnung sowie zur Ausübung von Sport und Bewegung.

Eine Wiederholung des COPD-Screenings kann frühestens nach Ablauf von 36 Kalendermonaten erfolgen.

3) Diagnostisch festgestelltes Vorliegen einer COPD:

Der Hausarzt stellt die COPD wie folgt gesichert fest:

- a) J44.0- Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege
- b) J44.1- Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher >
- c) J44.8- Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit
- d) J44.9- Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet

Die folgenden fünften Stellen sind gemäß ICD-10-GM bei J44 zu benutzen, um den Grad der Obstruktion anzugeben:

- a) 0: FEV1 < 35 % des Sollwertes
- b) 1: FEV1 \geq 35 % und < 50 % des Sollwertes
- c) 2: FEV1 \geq 50 % und < 70 % des Sollwertes
- d) 3: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes

4) Krankheitsorientiertes Patientengespräch:

- a) Der Hausarzt führt mit dem Patienten, bei dem im Screening eine COPD diagnostiziert wurde, ein besonders ausführliches Gespräch. Im Dialog wird die Erkrankung erläutert und der Patient aufgeklärt, mit dem Ziel, die individuelle Situation des Patienten detailliert zu erfassen und um diese perspektivisch bei einer ggf. erforderlichen Therapieanpassung zu berücksichtigen. Der teilnehmende Versicherte soll durch den Hausarzt ermutigt und befähigt werden, fortan ein (ggf. elektronisches) Krankheitstagebuch zu führen. Auf diese Weise soll die Compliance gesteigert und die weitere Behandlung durch Berücksichtigung der Eintragungen optimiert werden. Dabei soll zudem ein Augenmerk auf COPD-assoziierte Begleiterkrankungen gelegt werden, z. B.:

- Herzinsuffizienz,
- KHK,
- Atherosklerose,
- Schlafapnoe,
- Adipositas,
- Affektive Störungen,
- Osteoporose.

- b) Der Hausarzt bespricht mit dem Patienten die erforderlichen Lebensstiländerungen und setzt in diesem Kontext mit dem Patienten auch Schwerpunkte. Der Hausarzt weist den Patienten daraufhin, welche Präventionsmaßnahmen für ihn medizinisch sinnvoll sind.

- c) Sofern der Hausarzt am strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) COPD teilnimmt, hat er darauf hinzuwirken, dass der COPD-Patient an diesem teilnimmt, um eine optimale medizinische Weiterbetreuung sicherzustellen.
- d) Anschließend erfolgt die weitere Behandlung im Rahmen dieses Versorgungsmoduls über das Weiterbetreuungsprogramm.

2. „Weiterbetreuungsprogramm“

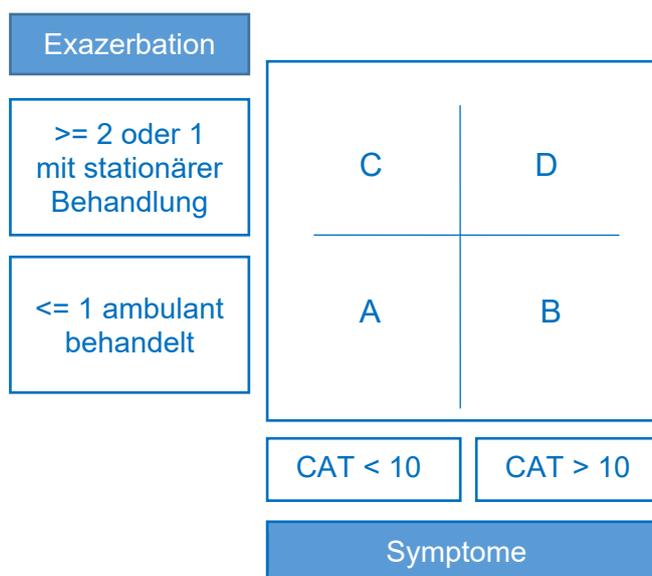
2.1 Teilnahmevoraussetzung „Weiterbetreuungsprogramm“

Die Behandlung über das Weiterbetreuungsprogramm erfolgt für Patienten, bei denen nach Durchführung des Screeningprogrammes eine gesicherte COPD-Diagnose nach ICD-10-GM festgestellt wurde.

2.2 Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

Die Weiterbetreuung wird in Abhängigkeit von der medizinischen Notwendigkeit maximal zweimal je Kalenderjahr in jeweils unterschiedlichen Quartalen durchgeführt. Im selben Kalenderjahr kann die Weiterbetreuung nur einmal neben dem positiven COPD-Screening (nicht im selben Quartal) abgerechnet werden. Das Weiterbetreuungsprogramm ist begrenzt auf zwei Kalenderjahre nach positivem COPD-Screening.

- 1) Der Hausarzt erhebt und überprüft den Krankheitsverlauf mit Hilfe des CAT-Fragebogens gemäß Anlage 8.
- 2) Der Hausarzt nimmt eine Schweregradstratifizierung vor. Die Schweregradstratifizierung basiert auf der in der aktuellen Leitlinie angegebenen Schweregradstratifizierung unter Berücksichtigung der Anzahl stationärer bzw. ambulanter Behandlungen wegen einer Exazerbation und der subjektiven Patienteneinschätzung:



3) Krankheitsorientiertes, intensives Patientengespräch

- a) Der Hausarzt führt mit dem Patienten ein besonders ausführliches Gespräch. Der Hausarzt erörtert mit dem Patienten den aktuellen Schweregrad der COPD-Erkrankung, dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung. Der Hausarzt bezieht den Patienten in den weiteren Behandlungsprozess ein, um eine hohe Compliance des Patienten zu erreichen.
 - b) Der Hausarzt bespricht mit dem Patienten die erforderlichen Lebensstiländerungen und setzt in diesem Kontext mit dem Patienten auch Schwerpunkte. Er weist den Patienten darauf hin, welche Präventionsmaßnahmen für ihn medizinisch sinnvoll sind.
 - c) Sofern der Hausarzt am strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) COPD teilnimmt, hat er darauf hinzuwirken, dass der COPD-Patient an diesem teilnimmt.
 - d) Der Hausarzt berät und prüft umfassend die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der aktuellen Arzneimitteltherapie(n). Dabei werden evtl. Selbstmedikationen des Patienten berücksichtigt.
 - e) Auf COPD-assoziierte Begleiterkrankungen soll ein Augenmerk gelegt werden, z. B.:
 - Herzinsuffizienz,
 - KHK,
 - Atherosklerose,
 - Schlafapnoe,
 - Adipositas,
 - Affektive Störungen,
 - Osteoporose.
 - f) Es erfolgt eine Überprüfung des Impfstatus (insbesondere Influenza, Pneumokokken).
- 4) Bei medizinischer Notwendigkeit überweist der Hausarzt für eine erweiterte Diagnostik an einen Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie oder Pulmologie bzw. an einen Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde. Die Behandlung durch den Facharzt erfolgt im Rahmen der Regelversorgung.