

KVK-  
Feld

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

## Behandlungsplan

Asthma

COPD

Erstellt am

Datum (TTMMJJJJ)

## Praxis

Wir haben am  Ihre Situation gemeinsam ausführlich besprochen.  
Datum (TTMMJJJJ)

## Als Diagnose wurde festgestellt:

**Asthma bronchiale (J45.-)**

Asthma bronchiale – vorwiegend allergisch (J45.0-)

Als gut kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (J45.00)

Als teilweise kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (J45.01)

Als unkontrolliert und nicht schwer bezeichnet (J45.02)

Als gut kontrolliert und schwer bezeichnet (J45.03)

Als teilweise kontrolliert und schwer bezeichnet (J45.04)

Als unkontrolliert und schwer bezeichnet (J45.05)

Ohne Angabe zu Kontrollstatus und Schweregrad (J45.09)

**Status asthmaticus (J46)**

Asthma bronchiale – nichtallergisch (J45.1-)

Als gut kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (J45.10)

Als teilweise kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (J45.11)

Als unkontrolliert und nicht schwer bezeichnet (J45.12)

Als gut kontrolliert und schwer bezeichnet (J45.13)

Als teilweise kontrolliert und schwer bezeichnet (J45.14)

Als unkontrolliert und schwer bezeichnet (J45.15)

Ohne Angabe zu Kontrollstatus und Schweregrad (J45.19)

- Asthma bronchiale – Mischformen (J45.8-)
- Als gut kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (J45.80)
- Als teilweise kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (J45.81)
- Als unkontrolliert und nicht schwer bezeichnet (J45.82)
- Als gut kontrolliert und schwer bezeichnet (J45.83)
- Als teilweise kontrolliert und schwer bezeichnet (J45.84)
- Als unkontrolliert und schwer bezeichnet (J45.85)
- Ohne Angabe zu Kontrollstatus und Schweregrad (J45.89)

- Asthma bronchiale – nicht näher bezeichnet (J45.9-)
- Als gut kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (J45.90)
- Als teilweise kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (J45.91)
- Als unkontrolliert und nicht schwer bezeichnet (J45.92)
- Als gut kontrolliert und schwer bezeichnet (J45.93)
- Als teilweise kontrolliert und schwer bezeichnet (J45.94)
- Als unkontrolliert und schwer bezeichnet (J45.95)
- Ohne Angabe zu Kontrollstatus und Schweregrad (J45.99)

- Emphysem (J43.-)**
- McLeod-Syndrom (J43.0)
- Panlobuläres Emphysem (J43.1)
- Zentrilobuläres Emphysem (J43.2)
- sonstiges Emphysem (J43.8)
- Emphysem, nicht näher bezeichnet (J43.9)

**Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (J44.-)**

mit akuter Infektion der unteren Atemwege (J44.0-)

FEV1 < 35 % des Sollwertes (J44.00)

FEV1 >= 35 % und <50 % des Sollwertes (J44.01)

FEV1 >= 50 % und <70 % des Sollwertes (J44.02)

FEV1 >= 70 % des Sollwertes (J44.03)

FEV1 nicht näher bezeichnet (J44.09)

mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet (J44.1-)

FEV1 < 35 % des Sollwertes (J44.10)

FEV1 >= 35 % und <50 % des Sollwertes (J44.11)

FEV1 >= 50 % und <70 % des Sollwertes (J44.12)

FEV1 >= 70 % des Sollwertes (J44.13)

FEV1 nicht näher bezeichnet (J44.19)

Sonstige, näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit (J44.8-)

FEV1 < 35 % des Sollwertes (J44.80)

FEV1 >= 35 % und <50 % des Sollwertes (J44.81)

FEV1 >= 50 % und <70 % des Sollwertes (J44.82)

FEV1 >= 70 % des Sollwertes (J44.83)

FEV1 nicht näher bezeichnet (J44.89)

Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet (J44.9-)

FEV1 < 35 % des Sollwertes (J44.90)

FEV1 >= 35 % und <50 % des Sollwertes (J44.91)

FEV1 >= 50 % und <70 % des Sollwertes (J44.92)

FEV1 >= 70 % des Sollwertes (J44.93)

FEV1 nicht näher bezeichnet (J44.99)

Als medikamentöser Behandlungsplan wurde vereinbart:

**Verlaufsindikatoren:**

ACT (Asthmakontrolltest)

\_\_\_\_\_ Wert

CAT (COPD-Assessment-Test)

\_\_\_\_\_ Wert

NO-Test

\_\_\_\_\_ (wenn durchgeführt)  
Wert

aktueller FEV1-Wert:

\_\_\_\_\_ Liter

weitere Befunde:

siehe Anlage

**Empfehlungen/Hinweise an den Patienten:**

Da es sich bei dieser Erkrankung um ein komplexes Krankheitsbild handelt, das zwar gut behandelt werden kann, dessen Behandlung aber einen längeren Zeitraum in Anspruch nimmt, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie die Therapie exakt so befolgen, wie sie mit Ihnen besprochen wurde. Bitte ändern Sie daran nichts, es sei denn in Absprache mit Ihrem Hausarzt oder uns. Nehmen Sie bitte auch den nächsten Kontrolltermin unbedingt wahr, nutzen Sie die Möglichkeit einer Patientenschulung und anderer Maßnahmen, wie sie von unserer Praxis, Ihrem Hausarzt oder ggf. Ihrer Krankenkasse angeboten werden. Wenn sich Ihr Zustand rasch verschlechtert bzw. die mit Ihnen ggf. vereinbarten Alarmgrenzen für den Asthma/COPD-Kontrollplan überschritten werden, wenden Sie sich als „Notfall“ umgehend an Ihren Hausarzt oder ggf. an uns.

**Weitere Maßnahmen bis zur nächsten Kontrolle:**

Kontrolle im Quartal:

	I	II	III	IV
<input type="checkbox"/> Einstellung des Nikotinabusus; ggf. mit medikamentöser Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Weiterführung der vereinbarten Basistherapie auch bei Befundbesserung im vereinbarten Rahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schrittweise Reduktion der Basistherapie bei Ende der saisonalen Belastungsphase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einleitung einer Hyposensibilisierung gegen Pollen ab Herbst (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Begrenzung der Allergenbelastung durch geeignete Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Laufende Kontrolle des Status durch Führen eines Peak-Flow-Protokolls; umgehende Wiedervorstellung, wenn Alarmgrenze unterschritten wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4-wöchentliche Kontrollen des Krankheits-Status durch Ausfüllen des Asthma- Kontroll-Tests/COPD-Assessment-Tests; umgehende Wiedervorstellung, wenn Alarmgrenze überschritten wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Patientenschulung zum nächstmöglichen Termin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eine Nachschulung sollte mit dem nächsten Kontrolltermin verbunden werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Überprüfung und Ergänzung des Impfstatus (Grippe, Pneumokokken) im Herbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ergänzende Atemtherapie/Krankengymnastik in den nächsten Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Teilnahme an Lungensport/Asthmasport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Durchführung eines stationären Heilverfahrens mit dem Ziel einer umfassenden Neuorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kontaktaufnahme mit Arbeitgeber bzw. BG/AA zur Verbesserung der Arbeitsplatzsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Umsetzung der Maßnahmen in den nächsten _____ Monaten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bemerkungen:**

**Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!**

---

Arztstempel/Unterschrift

Eine Kopie dieses Formulars wird an Ihren Hausarzt weitergeleitet.