

Anlage 3: Versorgungsangebote

In den Anlagen 3.1 – 3.x werden die einzelnen Module zur Früherkennung und Verlaufskontrolle nach Indikationen als jeweils in sich abgeschlossene Versorgungsprogramme dargestellt.

Die Teilnahmeerklärung der Versicherten umfasst alle Module, deren Einschlusskriterien durch die Versicherten erfüllt sind und für die der teilnehmende Hausarzt die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt.

Eine Teilnahme der Versicherten an mehreren Modulen ist auch gleichzeitig möglich.

Bei Bedarf kann diese Anlage durch Beschluss des Vertragsausschusses ergänzt bzw. um weitere Indikationen ausgeweitet werden, ohne dass eine Änderung des Hauptvertrages erforderlich ist.

Grundsätzlich soll bei den Versicherten das Shared Decision Making (SDM – Anlage 5) zur Anwendung kommen. Der Arzt berücksichtigt bei seiner Therapieentscheidung das Lebensumfeld und Vorlieben oder Abneigungen gegenüber vorgestellter Therapieoptionen, um eine größtmögliche Compliance und Therapieadhärenz zu erzielen.

Sollten für an diesem Vertrag teilnehmende Versicherte Online-Angebote oder Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) in Frage kommen, berät der Arzt den Patienten und sucht mit ihm gemeinsam geeignete Anwendungen aus.

Anlage 3.1: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle einer Demenz

I. Präambel

Demenzkrankungen (nachfolgend als Demenz bezeichnet) gehören zu den häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter und gehen mit erheblichen Belastungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen einher. Schätzungsweise leiden in Deutschland über 1,6 Millionen Menschen an einer Demenz.¹ Ab dem 75. Lebensjahr liegt die Prävalenz der Demenz bereits über 8 %.² Die geschätzte Anzahl der Menschen über 65 Jahren mit Demenz in Schleswig-Holstein liegt bei 65.000.³

Erkrankte verlieren im Verlauf der Demenz ihre Merkfähigkeit, Gedächtnisleistungen und die während des Lebens erlernten Fertigkeiten und Fähigkeiten, sodass sie zuletzt nicht mehr zur eigenständigen Lebensführung fähig sind. Dies führt zu einer erheblichen Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

In Deutschland erfolgt die Behandlung von Demenzerkrankten zu über 90 % durch ihren Hausarzt.⁴ Insbesondere die langjährige Kenntnis der Patienten und ihres Umfeldes erlaubt es dem Hausarzt, eine gute Einschätzung etwaiger kognitiver Verschlechterungen vorzunehmen.

Dennoch führen der schleichende Erkrankungsbeginn, die fälschliche Zuordnung der Demenzsymptome zu Begleiterkrankungen oder dem Patientenalter, das selten eigenständige Ansprechen beginnender kognitiver Einschränkungen durch die Patienten, sowie Unsicherheit hinsichtlich der Demenzdiagnostik von Seiten des Hausarztes dazu, dass Demenzerkrankungen in der hausärztlichen Regelversorgung häufig unterversorgt oder unerkannt bleiben. Ziel dieses Versorgungsprogramms ist es daher, die notwendigen Bedingungen für die Frühwahrnehmung und die Nachsorge hinsichtlich einer Demenz in der hausärztlichen Versorgung zu gewährleisten und gleichzeitig die dafür notwendige hausärztliche diagnostische und therapeutische Kompetenz durch die Nutzung von Weiterbildungsmöglichkeiten zu sichern.

Dies bietet den Patienten zahlreiche Vorteile. So lindert ein offener und verständnisvoller Umgang mit den demenzbedingten Symptomen sowie deren Auswirkungen auf den Alltag den Leidensdruck der Patienten. Auch der Erkrankungsverlauf der Demenz kann durch frühzeitige medikamentöse und nichtmedikamentöse Interventionen günstig beeinflusst werden. Demenzkranke mit chronischen Begleiterkrankungen sind durch die Demenz und deren Auswirkungen auf Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnisleistung besonders gefährdet. Durch die intensiviertere hausärztliche Betreuung soll den negativen demenzbedingten Auswirkungen auf bestehende chronische Erkrankungen entgegengewirkt werden. Sofern es möglich ist, sollen gemeinsam Therapieschritte im Sinne des Shared Decision Making mit den Patienten und/oder deren Angehörigen festgelegt werden.

¹ Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (06.2020): Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Online verfügbar unter https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf. Zuletzt aufgerufen am 15.06.2022.

² ebd.

³ ebd.

⁴ Robert Koch-Institut (11.2005): Altersdemenz. Heft 28 aus der Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“. Online verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9663. Zuletzt aufgerufen am 16.06.2022.

Anlage 3.1: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle einer Demenz

II. Früherkennung

a) Teilnahmevoraussetzungen

Eine freiwillige Teilnahme ist für Versicherte ab 75 Jahren möglich, bei welchen keine Demenz bekannt* ist und bei denen mindestens eine der folgenden Diagnosen vorliegt:

- KHK I25.-
- Diabetes Mellitus E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.-
- Niereninsuffizienz N18.- / N19
- Herzinsuffizienz I50.-, I11.0-, I13.0-, I13.2-
- COPD J44.-
- Parkinson G20.-, G21.-
- Leichte kognitive Störung F06.7
- Senilität R54
- Verwirrheitszustand R41.0
- Organische psychische Störung ohne nähere Angabe F06.9
- Depressive Episode nicht näher bezeichnet F32.9
- Hypothyreose E03.-
- Exsikkose E86
- Zerebrale Atherosklerose I67.2
- Folgen eines Hirninfarkts I69.3
- Folgen eines Schlaganfalls I69.4

Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Demenz (F00.-, F01.-, F02.-* oder F03).

b) Leistungsbeschreibung

- (1) Um eine hohe Diagnosesicherheit zu gewährleisten, nutzt der behandelnde Hausarzt zur Weiterbildung hinsichtlich der Demenzerkrankung und ihrer Diagnostik die Informationsangebote der führenden Selbsthilfeorganisationen (z.B. Deutsche Alzheimer Gesellschaft o.Ä.) sowie durch Fachgesellschaften angebotene Weiterbildungsveranstaltungen. § 3 Abs. 3 Buchstabe a des Rahmenvertrages bleibt hiervon unberührt.
- (2) Die Früherkennung der Demenz erfolgt nach den Vorgaben der S3-Leitlinie „Demenzen“ in der aktuellsten Fassung. Der Arzt erörtert bei der Anamnese besonders vorsichtig und einfühlsam das mögliche Vorliegen einer Demenz.
- (3) Bei Verdacht auf eine Demenz im Rahmen der Anamnese soll zur Objektivierung der kognitiven Leistungsfähigkeit ein valider, von der Leitlinie empfohlener Fragebogen bzw. Tests zur Anwendung kommen (z.B. MMST, DemTect, TFDD, MoCA).
- (4) Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.
- (5) Bei negativem Befund ist eine erneute Früherkennung frühestens nach einem Jahr möglich.

Anlage 3.1: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle einer Demenz

III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten

a) Teilnahmevoraussetzungen

- Versicherte, bei denen im Rahmen der Früherkennung eine Demenz (F00.-*, F01.-, F02.-*, F03) diagnostiziert wurde.

b) Leistungsbeschreibung

- (1) Der Arzt soll einen positiven Einfluss auf bestehende Risikofaktoren zur Verschlechterung der Demenz nehmen. Körperliche Aktivität soll als protektiver Faktor für den Erkrankungsverlauf thematisiert und aktivitätsfördernde Maßnahmen nahegelegt werden. Eine ausgewogene und gesunde Ernährung wie z.B. eine mediterrane Diät soll dem Versicherten erläutert und aufgrund ihrer positiven Wirkung empfohlen werden. Ein gegebenenfalls bestehender Nikotinabusus soll aufgrund des negativen Einflusses auf die Erkrankungsprogression thematisiert und von einem weiteren Konsum abgeraten werden.
- (2) Es ist sinnvoll Angehörige oder vertraute Personen in die Therapieentscheidung frühzeitig einzubeziehen, wenn der Versicherte zuvor den Hausarzt gegenüber dem Angehörigen oder der vertrauten Person schriftlich von seiner Schweigepflicht entbunden hat.
- (3) Dieser frühzeitige Einbezug von Angehörigen oder vertrauten Personen soll regelmäßig mit dem Versicherten kommuniziert werden. Hierzu soll ein ausführliches Gespräch durch den Arzt geführt werden.
- (4) Um ein besseres Erkrankungsverständnis und eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden und sich eine ausreichende Zeit für die Beratung nehmen:
 - Es werden verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen aufgezeigt. Dabei achtet der Arzt darauf, dass die verschiedenen Optionen vollständig gezeigt, laienverständlich und nachvollziehbar vermittelt werden.
 - Dadurch soll ausreichendes Wissen über die Krankheit erlangt werden, so dass die präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt erfolgen kann.

IV. Verlaufskontrolle

- (1) Der Hausarzt übernimmt die leitliniengetreue Therapie der Demenzerkrankungen. Hierbei soll eine ganzheitliche Sicht auf die Erkrankungssituation des Versicherten unter Einbeziehung der begleitenden Erkrankungen und deren wechselseitige Beeinflussung genommen werden. Da die Demenzerkrankung eine Vernachlässigung der Medikation und Therapie der Begleiterkrankungen bedingt und die Versicherten daher Gefahr laufen eine Krankheitsprogression zu erleiden, sollen Maßnahmen zur Verbesserung der Adhärenz zu den Medikamenten insbesondere in Hinblick auf die Begleitkrankheiten eingeleitet werden. Ggf. fördert der Arzt das Einholen von Hilfsmaßnahmen (z.B. durch Pflegedienste etc.). Durch diese intensivierete Verlaufskontrolle soll eine Begleiterkrankungsprogredienz frühzeitig erkannt werden.
- (2) Eine regelmäßige Verlaufskontrolle der Demenz mit validen, von der Leitlinie empfohlenen Fragebögen bzw. Tests (z.B. MMST, DemTect, TFDD, MoCA) ist angeraten, damit auf eine Verschlechterung der Demenz rechtzeitig reagiert werden kann.

Anlage 3.1: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle einer Demenz

- (3) Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität kann durch den Einsatz von Fragebögen ermöglicht werden. Eine Anwendung finden dabei -nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey 12 (SF-12) o.ä..
- (4) Der Arzt soll frühzeitig im Erkrankungsverlauf die Notwendigkeit fremder Hilfe thematisieren, um dem Versicherten, solange er dies noch kann, eine bewusste Entscheidung hinsichtlich mit der Erkrankung einhergehenden Fragestellungen (z.B. gesetzliche Betreuer, Patientenverfügungen o.Ä.) in späteren Erkrankungsphasen zu ermöglichen. Der Arzt soll den Versicherten über lokale und aktuell verfügbare Anlaufstellen und Unterstützungsmöglichkeiten für Demenzerkrankte informieren (Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen regionaler Alzheimer Gesellschaften o.Ä.).
- (5) Die Verlaufskontrolle folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten.

V. Digitale-/Online-Angebote

Der Arzt weist auf mögliche digitale Anwendungen oder unterstützende Kommunikationsforen für Betroffene und Angehörige (z.B. das von Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend angebotene Forum „Wegweiser Demenz“) hin.

Anlage 3.2: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle einer symptomatischen Arthrose des Hüft- und Kniegelenks

I. Präambel

Gelenkbeschwerden und -schmerzen gehören weltweit zu den häufigsten Einschränkungen, die Menschen bei der Ausübung ihrer Alltagsaktivitäten Schwierigkeiten bereiten und ihre Lebensqualität verringern können. Die häufigste Ursache für Gelenkschmerzen sind muskulo-skelettale Erkrankungen wie Arthrose oder rheumatoide Arthritis. Arthrose gilt weltweit als die häufigste Gelenkerkrankung des erwachsenen Menschen. Bei den Menschen ab 65 Jahren sind knapp die Hälfte der Frauen (48,1 %) und knapp ein Drittel der Männer (31,2 %) betroffen.⁵

Aufgrund der alternden Bevölkerungsstruktur in Deutschland ist in den kommenden Jahren von einer weiterhin steigenden Arthrose-Prävalenz auszugehen. Besonders häufig sind die Hüft- und Kniegelenke von einer Arthrose betroffen, was zu einer starken Funktionseinschränkung alltäglicher, beruflicher und freizeitsportlicher Aktivitäten führt. Bei fortschreitender Erkrankung kommt es unter Umständen zu Einbußen des sozialen Lebens, der Lebensqualität sowie zu einer Gefährdung der unabhängigen Lebensführung. Die Endstrecke der Arthrose ist eine vollständige Gelenkdestruktion, welche nur durch einen operativen Gelenkersatz zielführend behandelt werden kann. Neben dem altersbedingtem Gelenkverschleiß begünstigen vor allem Übergewicht und eine Beinachsenfehlstellung durch eine mechanische Über- und Fehlbelastung der Gelenke, sowie Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes und Hyperurikämie, die Entstehung einer Arthrose.

Eine Arthrose wird häufig nicht frühzeitig diagnostiziert und auch Patienten mit bereits diagnostizierter Arthrose werden oft nicht konsequent behandelt. Dies hat sowohl einen beschleunigten Progress der Erkrankung als auch einen hohen schmerzbedingten Leidensdruck der unterversorgten Patienten zur Folge.

Dieses Versorgungsprogramm bietet in der hausärztlichen Versorgung die Möglichkeit, Risikopatienten auf eine zugrundeliegende, bisher nicht erkannte Arthrose zu untersuchen, um eine adäquate und ärztlich eng betreute Verlaufskontrolle gewährleisten zu können. Im Zentrum steht dabei die ausführliche Beratung, Betreuung und Motivation des Patienten hinsichtlich der Therapie der Arthrose. Das übergeordnete Ziel ist es dabei, den Patienten über seine Erkrankung, Symptome und Therapien aufzuklären und gleichzeitig durch eine ausreichende Dokumentation dem behandelnden Arzt das Nachvollziehen des Therapieverlaufs zu ermöglichen. Ein optimales Arzneimittelmanagement sollte darüber hinaus gefördert werden. Dies unterstützt, durch eine Erleichterung der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Sinne des Shared Decision Making, die Therapieadhärenz und somit die Prognose der Erkrankung. Hierdurch kann die Lebensqualität der Patienten verbessert und der Zeitpunkt einer etwaigen Operation herausgezögert werden.

II. Früherkennung

a) Teilnahmevoraussetzungen

- Teilnehmen können Versicherte ab 45 Jahren, bei denen noch keine Arthrose des Hüft- oder Kniegelenks (M16.-, M17.-) bekannt* ist und bei denen mindestens eine der folgenden Diagnosen und auf Arthrose verdächtige Schmerzen bzw. Funktionsbeeinträchtigung vorliegen:

⁵ Fuchs J., Kuhnert R., Scheidt-Nave C. (2017): 12-Monats-Prävalenz von Arthrose in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3): 55–60. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-054. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_03_2017_Praevalenz_Arthrose.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt aufgerufen am 16.06.2022.

Anlage 3.2: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle einer symptomatischen Arthrose des Hüft- und Kniegelenks

- Gelenkschmerzen im Hüft- oder Kniegelenk (M25.50, M25.55, M25.56, M25.59)
- Stoffwechselstörungen wie Hyperurikämie (E79.0), Gicht (M10.-) oder Diabetes Mellitus (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-)
- Adipositas (E66.-)
- Varus- oder Valgusfehlstellung des Hüft- bzw. Kniegelenks (M21.15, M21.05, M21.16, M21.06)

*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Hüft- oder Kniegelenksarthrose (M16.-, M17.-).

b) Leistungsbeschreibung

- (1) Zunächst erfolgt eine leitliniengetreue Anamnese auf das Vorliegen einer Arthrose, inklusive Schmerz- und Medikationsanamnese unter Einsatz eines validen, von der Leitlinie empfohlenen Fragebogens (z.B. KOOS-Score, Harris Hip Score, o.Ä.). Der gewählte Fragebogen dient dabei als Leitfaden für das Anamnesegespräch und erlaubt eine intensive Auseinandersetzung mit den Beschwerden des Versicherten und somit eine höhere Diagnosesicherheit.
- (2) Der Arzt führt eine allgemeine und spezielle klinische Untersuchung der Gelenke durch. Bei sich erhärtendem Verdacht auf eine Arthrose erfolgt, falls nötig, eine radiologische Diagnosesicherung.
- (3) Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.
- (4) Bei negativem Befund ist eine erneute Früherkennung frühestens nach einem Jahr möglich.

III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten

a) Teilnahmevoraussetzungen

- Versicherte, bei denen im Rahmen der Früherkennung Schmerzen bzw. eine Funktionsbeeinträchtigung durch Arthrose des Hüft- und/oder Kniegelenks (M16.-, M17.-) vorliegen.

b) Leistungsbeschreibung

- (1) Der Arzt versucht einen positiven Einfluss auf bestehende Risikofaktoren der Arthrose zu nehmen. So soll bei vorliegender Adipositas eine Gewichtsreduktion konkret angesprochen und nachdrücklich empfohlen werden. Ein Mangel an

Anlage 3.2: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle einer symptomatischen Arthrose des Hüft- und Kniegelenks

körperlicher Aktivität soll ebenfalls thematisiert und die im Folgenden dargelegten, aktivitätsfördernden Maßnahmen nahegelegt werden. Bestehende Stoffwechselerkrankungen wie beispielsweise Diabetes Mellitus sollen, um den Erkrankungsverlauf günstig zu beeinflussen, bestmöglich und leitliniengetreu therapiert werden.

- (2) Um ein besseres Krankheitsverständnis und eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden und sich dabei eine ausreichende Zeit für die Beratung nehmen:
 - Es werden verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen aufgezeigt. Dabei achtet der Arzt darauf, dass die verschiedenen Optionen vollständig gezeigt, laienverständlich und nachvollziehbar vermittelt werden.
 - Dadurch soll ausreichendes Wissen über die Krankheit erlangt werden, sodass die präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt erfolgen kann.

IV. Verlaufskontrolle

- (1) Um die Lebensqualität der Versicherten zu verbessern sowie eine schmerzbedingte Übungs-/ Aktivitätseinschränkung zu verringern, soll eine leitliniengerechte analgetische Medikation zur symptomatischen Therapie durch den Hausarzt begleitet werden. Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Eine Anwendung finden dabei -nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen (z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey 12 (SF-12) o.ä.).
- (2) Um die Ziele der Arthrosetherapie zu erreichen und ein optimales Arzneimittelmanagement zu erzielen, erstellt der Arzt einen individuellen Therapieplan, welche die medikamentöse Schmerztherapie gemäß WHO-Stufenschema berücksichtigt.
- (3) Eine regelmäßige Erfassung des Krankheitsverlaufs sowie regelmäßige Überprüfung und Anpassung des Therapieplanes bzw. Erstellung eines neuen Therapieplanes sollte Bestandteil der Verlaufskontrolle sein.
- (4) Der Versicherte erlangt durch diese Maßnahmen idealerweise gleichzeitig ein besseres Verständnis seiner Erkrankung und kann seine Symptome entsprechend besser einordnen, womit eine gemeinsame Therapieentscheidungsfindung im Sinne des Shared Decision Making erleichtert wird.
- (5) Zudem sollen notwendige physiotherapeutische Therapien sowie, falls nötig, eine fachärztliche Mitbehandlung initiiert und koordiniert werden.
- (6) Die Verlaufskontrolle folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten.

Anlage 3.3: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle der Begleiterkrankung Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz

I. Präambel

In Deutschland leiden 1-2 % der Menschen an einer Herzinsuffizienz, bei den über 60-Jährigen sind es über 10 %. Aufgrund der demographischen Entwicklung sowie verbesserten Überlebenschancen bei kardialen Erkrankungen, ist die Inzidenz der Herzinsuffizienz aktuell weiterhin steigend. Die chronisch progredient verlaufende Herzinsuffizienz weist eine ungünstige Prognose sowie die Notwendigkeit häufiger Krankenhauseinweisungen auf, sodass die Patienten in ihrer Lebenserwartung und -qualität stark eingeschränkt sind. Rund 50 % aller Herzinsuffizienzpatienten leiden an mehreren Komorbiditäten⁶, welche den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen, die Mortalität steigern und die Lebensqualität der Patienten weiter reduzieren können. Zu der häufigsten Komorbidität von Herzinsuffizienz zählt mit 30 bis 50 % der Eisenmangel⁷, der trotz der hohen Prävalenz nicht oder zu spät erkannt wird. Der Eisenmangel kann die Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität durch Symptomverschlechterung negativ beeinflussen. Er begünstigt den Krankheitsverlauf negativ und lässt die Hospitalisierungsrate für betroffene Herzinsuffizienz-Patienten ansteigen. Ein unbehandelter Eisenmangel kann auch in eine Eisenmangelanämie übergehen.

Ziel dieses Versorgungsprogramms ist es, Herzinsuffizienz-Patienten in der hausärztlichen Versorgung auf einen bisher noch nicht erkannten begleitenden Eisenmangel zu untersuchen und im Falle einer Befundung eine adäquate Verlaufskontrolle der eingeleiteten Behandlung sicher zu stellen, um eine bessere Lebensqualität, eine gesteigerte Leistungsfähigkeit und eine Verbesserung der Symptome sowie eine Verlangsamung der Progredienz der Herzinsuffizienz zu erreichen.

II. Früherkennung

a) Teilnahmevoraussetzungen

- Teilnehmen können Versicherte, bei denen eine Herzinsuffizienz bekannt* ist und keine Diagnose eines Eisenmangels (E61.1) in den letzten 6 Monaten vorliegt.

*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Herzinsuffizienz (I.50.-, I13.0-, I13.2-, I11.0-).

b) Leistungsbeschreibung

- (1) Zur Diagnostik eines Eisenmangels erfolgt bei jedem Versicherten entsprechend der ESC-Leitlinie die Bestimmung des Ferritinwertes und der Transferrin-Sättigung. Ein Eisenmangel liegt bei einem Ferritinwert unter 100 µg/l beziehungsweise bei einem Ferritinwert zwischen 100 µg/l und 299 µg/l bei einer gleichzeitigen Transferrin-Sättigung unter 20 Prozent vor. Zum Ausschluss oder Bestätigung einer Anämie erfolgt zudem die Bestimmung des Hämoglobinwertes.
- (2) Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.

⁶ Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2019): Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 3. Auflage. Version 3. DOI: 10.6101/AZQ/000482. Online verfügbar unter: www.leitlinien.de/herzinsuffizienz. Zuletzt aufgerufen am 16.06.2022.

⁷ ebd.

Anlage 3.3: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle der Begleiterkrankung Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz

- (3) Bei negativem Befund ist eine erneute Früherkennung frühestens nach einem Jahr möglich.

III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten

Herzinsuffizienz-Versicherte haben bei bestehendem Eisenmangel ein erhöhtes Risiko für einen ungünstigen Verlauf der Erkrankung und benötigen daher eine besondere Aufmerksamkeit, um die beschleunigte Progredienz der Herzinsuffizienz zu verhindern bzw. zu verlangsamen.

a) Teilnahmevoraussetzungen

- Versicherte mit gesicherter Herzinsuffizienz (I50.-) bei denen im Rahmen des Vorsorgeprogramms ein Eisenmangel (E61.1) diagnostiziert wurde.

b) Leistungsbeschreibung

- (1) Die Grundlage der Verlaufskontrolle stellt ein intensives Behandlungsgespräch dar. Hierbei werden insbesondere die körperliche Belastbarkeit, Symptome der Herzinsuffizienz und die aktuellen Alltagseinschränkungen evaluiert, welche sich durch einen bestehenden Eisenmangel verschlechtern können. Gleichzeitig wird evaluiert, ob eine vorliegende Symptomverschlechterung auf eine Verschlechterung der kardialen Funktion zurückzuführen ist.
- (2) Es erfolgt eine ärztliche Ernährungsberatung hinsichtlich einer Umstellung auf eine eisenhaltigere Ernährung einschließlich einer Auflistung besonders eisenhaltiger Lebensmittel.
- (3) Dem Versicherten wird die Möglichkeit einer oralen Eisensupplementation gemäß der S1 Eisenmangelanämie-Leitlinie in der aktuellsten Fassung erläutert, dabei wird von ärztlicher Seite intensiv auf das Nebenwirkungsprofil eingegangen.
- (4) Versicherte mit gesicherter Herzinsuffizienz NYHA-Stadium III (I50.04, I50.13), bei denen im Rahmen des Vorsorgeprogramms ein Eisenmangel festgestellt wurde und die aufgrund der Symptomatik in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind, erhalten die Möglichkeit einer intravenösen Eisensubstitution gemäß der S1 Eisenmangelanämie-Leitlinie in der aktuellsten Fassung. Hierbei sind aufgrund der Möglichkeit eines anaphylaktischen Schocks besondere Vorsichtsmaßnahmen zu treffen.
- (5) Es erfolgt eine Evaluation der Therapien etwaig weiterhin zugrundeliegender Grunderkrankungen (beispielsweise hinsichtlich einer NSAR-Therapie), welche einen Eisenmangel weiterhin begünstigen können. Gegebenenfalls kann mit dem Versicherten eine gemeinsame Entscheidungsfindung hinsichtlich der Gabe von Blutungsprophylaktischen Medikamenten (z.B. PPI bei gastroduodenaler Ulkuskrankheit) erwogen werden.

Anlage 3.3: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle der Begleiterkrankung Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz

- (6) Alle einzunehmenden Medikamente (für die Herzinsuffizienz, den Eisenmangel und etwaige weitere Erkrankungen) werden besprochen und ein Therapieplan wird nach dem Shared Decision Making Prinzip erstellt.
- (7) Shared Decision Making und laiengerechte Sprache:
 - Der Arzt führt ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch. Um eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll das Konzept des Shared Decision Making angewendet werden:
 - Der Arzt zeigt dem Versicherten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei werden dem Patienten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Versicherten nachvollziehbar vermittelt.
 - Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Versicherte ein ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.

IV. Verlaufskontrolle

- (1) Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Eine Anwendung finden dabei -nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey 12 (SF-12) o.ä.
- (2) Es erfolgt zudem eine erneute Evaluation des Schweregrades der Herzinsuffizienz nach NYHA.
- (3) Die Verlaufskontrolle folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten.

Anlage 3.4: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle der respiratorischen Insuffizienz bei COPD

I. Präambel

Weltweit ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) bezüglich Morbidität und Mortalität eine der häufigsten Erkrankungen. In Deutschland betrifft diese Erkrankung ca. 10 % der Erwachsenen über 40 Jahren.⁸ In Schleswig-Holstein beträgt die 12-Monats-Prävalenz 5,7 % bei Frauen und 5,3 % bei Männern.⁹ Dabei kommt es zu nicht voll reversiblen obstruktiven Ventilationsstörungen. Bislang ist diese Erkrankung nicht heilbar. Rauchen ist bezüglich des Auftretens und des Verlaufs der COPD der bedeutendste Risikofaktor.

Therapieziele sind v. a. den Krankheitsverlauf zu verlangsamen, beeinflussbare Risikofaktoren und Folgeschäden zu minimieren, Exazerbationen zu vermeiden und die Lebensqualität der Betroffenen soweit möglich wiederherzustellen bzw. zu bewahren.

Bei einem schweren Verlauf bzw. einem schweren Krankheitsstadium der COPD nach GOLD-Einteilung kommt es häufig zu einer respiratorischen Insuffizienz mit subjektiv als sehr belastend empfundener Atemnot. Aufgrund des verminderten Sauerstoffgehaltes im Blut kann es des Weiteren zu kognitiven Defiziten, Benommenheit, und Herzfunktionsstörungen (durch Störung des Säure-Basen-Haushaltes) kommen.

Eine möglichst frühzeitige Diagnosestellung einer respiratorischen Insuffizienz gefolgt von der Einleitung geeigneter therapeutischer Maßnahmen, flankiert von Lebensstiländerungen kann helfen, den Krankheitsprogress zu verlangsamen, potentiell lebensbedrohliche Exazerbationen zu vermeiden und die Lebensqualität der Patienten zu bewahren. Durch eine entsprechend eingeleitete Therapie kann sich das Langzeitüberleben der Betroffenen deutlich verbessern.

Dieses Versorgungsprogramm bietet die Möglichkeit, Risikopatienten mit bestehender COPD und bislang unentdeckter respiratorischer Insuffizienz zu identifizieren, die von einer möglichst frühzeitigen gezielten Therapie und intensivierten Nachsorge profitieren können.

Neben der möglichst gut angepassten und frühzeitigen Diagnostik und Therapie, ist ein weiteres Ziel dieses Versorgungsprogrammes durch Verwendung von laiengerechter Sprache im ärztlichen Beratungs- und Aufklärungsgespräch sowie bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung, Gesundheitskompetenz, Compliance und Therapieadhärenz des Betroffenen zu stärken. Auch wird im Sinne eines umfassenden Behandlungskonzeptes ein Fokus auf Lebensqualität und falls erforderlich, Maßnahmen zur Lebensstiländerung gelegt.

II. Früherkennung

a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen können Versicherte, bei denen noch keine respiratorische Insuffizienz bekannt* ist und bei denen mindestens eine der folgenden ICD-Diagnosen vorliegt:

- gesicherte COPD Diagnose Grad III oder IV (J44.00, J44.01, J44.10, J44.11, J44.80, J44.81, J44.90 oder J44.91)

*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer respiratorischen Insuffizienz (J96.1-).

⁸ Deutsche Lungenstiftung e. V. (06.2019): Chronisch obstruktive Bronchitis (COPD). Online verfügbar unter <https://www.lungenstiftung.de/publikationen/faltblaetter-informationen-krankheiten-lunge/chronisch-obstruktive-bronchitis-copd/download>. Zuletzt aufgerufen am 16.06.2022.

⁹ ebd.

Anlage 3.4: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle der respiratorischen Insuffizienz bei COPD

b) Leistungsbeschreibung

- (1) Der Arzt führt die Früherkennung und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz gemäß der „S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)“ der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. und der Deutschen Atemwegliga e.V. in der aktuellen Fassung durch.
- (2) Dabei wird besonderes Augenmerk auf die Expositionsanamnese sowie Risikofaktoren gelegt und in einem Gesamtzusammenhang mit dem Lebensstil sowie der Lebenssituation des Versicherten gebracht.
- (3) Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.
- (4) Bei negativem Befund ist eine erneute Früherkennung frühestens nach einem Jahr möglich.

III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten

a) Teilnahmevoraussetzungen

- Versicherte, bei denen im Rahmen der Früherkennung eine gesicherte Diagnose einer respiratorischen Insuffizienz (J96.1-) diagnostiziert wurde.

b) Leistungsbeschreibung

- (1) Der Arzt erörtert mit dem Versicherten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung.
- (2) Der Arzt motiviert den Versicherten intensiv zu(r) erforderlichen Lebensstiländerung(en), insbesondere Nikotinabstinenz und Therapietreue, vereinbart gemeinsam mit dem Versicherten Ziele.
- (3) Der Arzt berät und prüft umfassend die in Frage kommenden Therapieoptionen. Dabei verschafft er sich ein umfassendes Bild über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen der therapeutischen Optionen, indem er durch gezieltes Erfragen spezifischer Nebenwirkungen die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Verordnung(en) prüft. Bei seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte sowie evtl. Selbstmedikationen des Versicherten.
- (4) Um die Betroffenen hinsichtlich einer Verschlechterung der COPD und möglicher Not-situationen zusätzlich zu sensibilisieren, bietet der Vertrag mit dem anhängigen COPD-Maßnahmenplan (Anhang 1) eine Möglichkeit die Therapieoptionen strukturiert zu besprechen und umzusetzen.

Anlage 3.4: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle der respiratorischen Insuffizienz bei COPD

IV. Verlaufskontrolle

- (1) Der Arzt führt mit den Versicherten, bei denen durch die Früherkennung eine gesicherte respiratorische Insuffizienz diagnostiziert wurde, eine besonders ausführliche Verlaufskontrolle durch. Diese hat das Ziel die individuelle Situation des Versicherten zu erfahren und bei einer ggf. erforderlichen Anpassung der Therapie ausreichend zu berücksichtigen.
- (2) Die Verlaufskontrolle findet insbesondere zu folgenden Aspekten statt:
 - Überprüfung der Compliance und der Einhaltung der vereinbarten Therapieziele.
 - Um eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden.
- (5) Eine Objektivierung und Beobachtung der Lebensqualität im Rahmen der Verlaufskontrolle kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Eine Anwendung finden dabei – nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey S12 (SF-12) o.ä.
- (6) Um das Selbstmanagement der Versicherten zu verbessern und eine Verlaufsdokumentation der Symptomatik zu erhalten, werden die Versicherten zur Selbstbeobachtung und Nutzung von Assessments beraten und ermutigt:
 - COPD-Assessment-Test (CAT) zur Dokumentation der Symptome der COPD (s. www.CATestonline.de)
 - modified Medical Research Council (mMRC-) Dyspnoeskala zur Erfassung und Beurteilung der Atemnot im Zeitraum zwischen den ärztlichen Untersuchungsterminen
- (7) Die Verlaufskontrolle folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten.

Anhang 1: Mein COPD-Maßnahmenplan

Anlage 3.5: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

I. Präambel

Die periphere arterielle Verschlusskrankung (nachfolgend als pAVK bezeichnet) ist eine der häufigsten Gefäßerkrankungen in Klinik und Praxis.

Die Prävalenz der pAVK ist altersabhängig und steigt mit höherem Lebensalter an. Zahlreiche epidemiologische Studien zeigen eine Gesamtprävalenz der pAVK von 3-10 %.¹⁰ Ab einem Alter von 70 Jahren steigt die Prävalenz auf 15-20 % an.¹¹

In etwa 95 % der chronischen pAVK-Fälle ist eine Atherosklerose ursächlich, welche alle arteriellen Gefäßregionen des Körpers betreffen kann und deren wichtigste Risikofaktoren Rauchen, Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie sind.

Verschiedene regionale und überregionale Kampagnen zur pAVK, durchgeführt durch die zuständigen Fachgesellschaften, zeigen ein mangelndes Wissen und Informationsdefizite sowie fehlende Aufmerksamkeit für das Problem der pAVK. Darüber hinaus wird die Diagnose häufig erst gestellt, wenn es zu Beschwerden bzw. zu einer Claudicatio intermittens gekommen ist.

pAVK ist eine fortschreitende Erkrankung, welche ernsthafte Komplikationen insbesondere in späteren Stadien wie Nekrosen, schlecht heilende Wunden sowie Amputationen herbeiführen kann. Darüber hinaus ist eine manifeste pAVK mit einem erhöhten Risiko für einen Myokardinfarkt und einen Schlaganfall verbunden.

Das Versorgungsprogramm zielt darauf ab, die pAVK frühzeitig zu erkennen und eine adäquate ärztliche Versorgung bzw. eine optimale leitlinienentsprechende Behandlung zu gewährleisten. Mittels Shared Decision Making werden die Therapieschritte gemeinsam festgelegt.

II. Früherkennung

a) Teilnahmevoraussetzungen

Versicherte, bei denen folgende Voraussetzungen erfüllt sind und bei denen noch keine pAVK* bekannt ist:

- Gesicherte Diagnose einer peripheren arteriellen Gefäßkrankheit n.n.b. (I73.9 Periphere Gefäßkrankheit, n.n.bez.) oder gesicherte Diagnose einer Atherosklerose (I70.0, I70.1, I70.8 oder I70.9), die zum Zeitpunkt der Früherkennung mindestens 50 Jahre alt sind.
- oder Versicherte mit einer gesicherten Diagnose einer KHK (I25.0, I25.1-, I25.3, I25.4, I25.6, I25.8 oder I25.9), eines Diabetes Mellitus (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-) und/oder einer Hypertonie (I10.-), die zum Zeitpunkt der Früherkennung mindestens 50 Jahre alt sind.
- männliche Raucher ab 60 Jahren.

*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer pAVK (I70.2-).

¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (30.09.2015): S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheiten. Online verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/065-003l_S3_PAVK_periphere_arterielle_Verschlusskrankheit_2020-05.pdf. Zuletzt aufgerufen am 16.06.2022.

¹¹ ebd.

Anlage 3.5: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

b) Leistungsinhalte

- (1) Der Arzt führt die Früherkennung einer pAVK gemäß der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit“ der Deutschen Gesellschaft für Angiologie/Gesellschaft für Gefäßmedizin in der jeweils geltenden Fassung durch.
- (2) Dabei soll der Versicherte den im Anhang 1 beigefügten Fragebogen ausfüllen, dieser soll dann durch den Arzt ausgewertet werden.
- (3) Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.
- (4) Bei negativem Befund ist eine erneute Früherkennung frühestens nach einem Jahr möglich.

III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten

a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen dürfen Versicherte mit folgenden Voraussetzungen:

- Diagnose einer stadienspezifischen pAVK im Rahmen der Früherkennung (I70.20, I70.21, I70.22, I70.23, I70.24, I70.25 oder I70.26).

b) Leistungsinhalte

- (1) Der Arzt führt mit Versicherten, bei denen in der Früherkennung eine stadienspezifische pAVK diagnostiziert wurde, ein besonders ausführliches Gespräch. Um eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden. Dies hat das Ziel, die individuelle Situation des Versicherten zu erfahren und bei einer ggf. erforderlichen Anpassung der Therapie ausreichend zu berücksichtigen.
Das Gespräch findet insbesondere zu folgenden Aspekten statt:

- Der Arzt zeigt dem Versicherten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf und achtet darauf, dass er dem Versicherten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Versicherten nachvollziehbar vermittelt.
- Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Versicherte ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.

Anlage 3.5: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

- Der Arzt erörtert mit dem Versicherten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung.
 - Der Arzt motiviert den Versicherten intensiv zu(r) erforderlichen Lebensstiländerung(en) und klärt über präventive Maßnahmen auf.
 - Um eine Verschlechterung der Erkrankung zu verhindern, animiert er den Versicherten ein regelmäßiges Gehtraining durchzuführen.
- (2) Der Arzt berät und prüft umfassend die Arzneimitteltherapie. Dabei verschafft er sich ein umfassendes Bild über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimittel, indem er durch gezieltes Erfragen spezifischer Nebenwirkungen die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Verordnung(en) prüft. Bei seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte sowie evtl. Selbstmedikationen des Versicherten. Zur Umsetzung stellt der Vertrag einen Medikamentenplan zur Verfügung (pAVK-Fragebogen und Medikamentenplan, Anhang 1 zu dieser Anlage).

IV. Verlaufskontrolle

- (1) Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Eine Anwendung finden dabei - nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey 12 (SF-12) o.ä..
- (2) Der Arzt leitet notwendige Maßnahmen nach der S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie/Gesellschaft für Gefäßmedizin ein und koordiniert die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen ggf. durch Überweisung.
- (3) Die Verlaufskontrolle folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten.

Anhang 1: pAVK-Fragebogen und Medikamentenplan

Anlage 3.6: Versorgungsprogramm zur Früherkennung und spezifischen Behandlung von COPD bei vorbestehendem Asthma bronchiale

I. Präambel

Etwa 5 % der Erwachsenen in Deutschland leiden unter Asthma bronchiale (nachfolgend als Asthma bezeichnet).¹² Bei einer angemessenen Therapie ist die Lebenserwartung eines Asthmatikers vergleichbar mit der einer gesunden Person.

Oft werden die Behandlungsanweisungen des behandelnden Arztes von den Patienten jedoch nicht befolgt, da der Schweregrad der Erkrankung unterschätzt wird. Unter fehlender oder unzureichender Therapie kommt es durch eine Einschränkung der Lungenfunktion zu einer Verschlechterung der Prognose, denn durch eine unzureichende antiinflammatorische Therapie kommt es im Krankheitsverlauf zu einer Abnahme der Reversibilität bis hin zu einer Fixierung der Atemwegsobstruktion.

Bis zu 60 % der betroffenen Patienten könnten gleichzeitig unter einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung leiden (nachfolgend als COPD bezeichnet), welche hinsichtlich der Morbidität und Mortalität eine der häufigsten Erkrankungen darstellt. Das gleichzeitige Vorliegen

beider Erkrankungen erhöht die Symptomlast der betroffenen Patienten und führt zu vermehrten Exazerbationen und Hospitalisierungen sowie einer erhöhten Mortalität.

Aufgrund der Ähnlichkeit der Symptome kann das gleichzeitige Vorliegen beider Erkrankungen leicht übersehen werden. Da die Atemwegsverengung, welche bei diesen Patienten vorliegt, durch die Asthmamedikamente allein nicht vollständig umkehrbar ist, muss die Medikation bei gleichzeitigem Vorliegen beider Erkrankungen angepasst werden. Eine korrekte Diagnose einer begleitenden COPD bei Asthmatikern ist somit unerlässlich, um eine angemessene medizinische Betreuung zu gewährleisten, akute Episoden im Krankheitsverlauf zu minimieren und die Prognose zu verbessern. Ziel dieses Versorgungsprogramms ist es, erwachsenen Asthmatikern in der hausärztlichen Versorgung eine gesonderte Aufmerksamkeit zukommen zu lassen, um eine begleitende COPD rechtzeitig zu erkennen. Aufgrund des erhöhten Risikos für einen unvorteilhaften Erkrankungsverlauf aufgrund des Vorliegens beider Erkrankungen, erhalten die Patienten mit gleichzeitiger COPD eine intensivierete Verlaufskontrolle.

II. Früherkennung

a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen können Versicherte ab 40 Jahren, bei denen folgende Voraussetzungen erfüllt sind und bei denen noch keine behandelte COPD bekannt ist*:

- Diagnose von Asthma bronchiale (J45.-)

*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer COPD (J44.-).

¹² Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): (09.2020): Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma – Langfassung, 4. Auflage. Version 1. DOI: 10.6101/AZQ/000469. Online verfügbar unter www.asthma.versorgungsleitlinien.de. Zuletzt aufgerufen am 16.06.2022.

Anlage 3.6: Versorgungsprogramm zur Früherkennung und spezifischen Behandlung von COPD bei vorbestehendem Asthma bronchiale

b) Leistungsinhalte

Der Arzt führt eine umfassende Diagnostik und Evaluierung einer möglicherweise vorhandenen COPD, genauer Asthma COPD Overlap, durch. Dabei geht er nach den Empfehlungen der aktuellen Version der „S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Versicherten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)“ vor und orientiert sich an den folgenden Schritten:

- (1) Um die Vortestwahrscheinlichkeit vor einer Lungenfunktionsüberprüfung deutlich zu erhöhen, führt der Arzt eine ausführliche Anamnese sowie eine gezielte körperliche Untersuchung durch. Dabei stellt er Fragen insbesondere zu:
 - a. Raucherstatus
 - b. Atemnot unter Belastung
 - c. Husten / Auswurf (nicht nur während eines Asthmaanfalls oder Infekts)
- (2) Besteht nach diesen ersten beiden Schritten weiterhin ein konkreter Verdacht auf COPD, soll die Durchführung einer Lungenfunktionsdiagnostik inkl. Schweregradbestimmung zur späteren Therapieentscheidung erfolgen.
- (3) Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.
- (4) Bei negativem Befund ist eine erneute Früherkennung frühestens nach einem Jahr möglich.

III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und

Exploration der Therapiemöglichkeiten

a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen dürfen Versicherte mit folgenden Voraussetzungen:

- Diagnose einer COPD (J44.-) im Rahmen der Früherkennung des Versorgungsprogramms.

b) Leistungsinhalte

- (1) Der Arzt soll ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch führen. Um eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden. Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Versicherte ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.

Anlage 3.6: Versorgungsprogramm zur Früherkennung und spezifischen Behandlung von COPD bei vorbestehendem Asthma bronchiale

- (2) Der Arzt zeigt dem Versicherten im Erstgespräch gezielte Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf, insbesondere medikamentöse Optionen und psychosoziale Interventionen (körperliche und soziale Aktivität, etc.). Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Versicherten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und nachvollziehbar vermittelt.
- (3) Aufgrund des hohen Infektions-Risikos für Versicherte mit COPD und deren Korrelation mit Krankenhausaufenthalten und Mortalität soll der Arzt im Erstgespräch zudem über relevante Impfungen aufklären und diese im Falle des Einverständnisses des Versicherten durchführen (z.B. Influenza, Pneumokokken). Die Kontrolltermine können hier für etwaige Auffrischungen genutzt werden.
- (4) Im Fall von Nikotinabusus liegt die oberste Priorität in der Raucherentwöhnung, um den Vorteil der Früherkennung für eine Prognoseverbesserung zu nutzen. Auf diesem Aspekt soll bereits im Erstgespräch ein Fokus liegen und bei Bedarf eine entsprechende Unterstützung im Rahmen der Regelversorgung angeboten werden.
- (5) Um eine fokussierte Therapieentscheidung treffen zu können, erörtert der Arzt gemeinsam mit dem Versicherten die Zuteilung in die vier Schweregrad-Gruppen der COPD. Gemäß der aktuellen Leitlinie hat dies entlang des vorgeschlagenen Schemas nach den patientenzentrierten Endpunkten Symptomatik und Exazerbationsrisiko zu erfolgen. Unter anderem aus diesen beiden Kriterien ergibt sich die Therapieempfehlung (Basistherapie und Bedarfsmedikation).
- (6) Der Arzt evaluiert umfassend mögliche Arzneimitteltherapie. Dabei sollte die Therapie auf die Lebensqualität und Symptomatik des Versicherten ausgerichtet werden. Ziel sollte stets eine adäquate und individuell angepasste Medikation sein, die dazu geeignet ist, das Leiden des Versicherten dauerhaft zu reduzieren.

IV. Verlaufskontrolle

- (1) In allen weiteren Kontrollterminen wird der Medikationsplan regelmäßig reevaluiert und der Arzt verschafft sich ein umfassendes Bild über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimitteltherapie, indem er durch gezieltes Erfragen spezifischer Nebenwirkungen die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Verordnung(en) prüft. Bei seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte sowie Selbstmedikationen des Versicherten. Ziel ist ein verständlicher und koordinierter Medikationsplan für den Versicherten.
- (2) Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Eine Anwendung finden dabei – nach Präferenz des Arztes – durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey S12 (SF-12) o.ä..
- (3) Der Arzt erörtert mit dem Versicherten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung, motiviert diesen intensiv zur weiteren Behandlung und klärt über präventive Maßnahmen auf.

Anlage 3.6: Versorgungsprogramm zur Früherkennung und spezifischen Behandlung von COPD bei vorbestehendem Asthma bronchiale

- (4) Der Arzt leitet notwendige Maßnahmen nach den aktuellen Leitlinien zur Therapie und Nachsorge der COPD ein und koordiniert die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen bei Bedarf durch Überweisung.
- (5) Es erfolgt eine strukturierte Patientenführung seitens des Arztes mit regelmäßigen Wiedereinbestellungen und engmaschiger Evaluation und Reevaluation.
- (6) Das Einbeziehen fachärztlicher Expertise erfolgt nach Ermessen des Hausarztes.
- (7) Die Verlaufskontrolle folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten.