



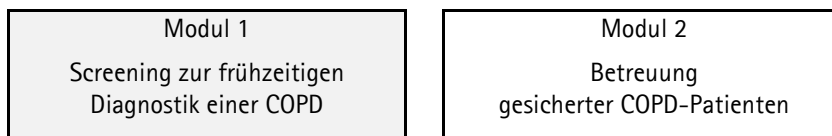
Vertragspartner

Vertrag mit der IKK classic ab 1. Juli 2020 Beitritt der KKH ab 1. Juli 2020

Vertrag mit dem BKK-Landesverband NORDWEST (für teilnehmende BKKen) ab 1. Juli 2020

Ziele

- Einer potentiellen Unterversorgung bei der Diagnostik der COPD entgegenzuwirken.
- Durch eine Krankheitserkennung in einem frühen Stadium können, neben einer therapeutischen Intervention, auch sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen einen Krankheitsprozess beeinflussen.
- Langfristig soll eine Verschlimmerung des Krankheitsbildes, schwerwiegende und abwendbare Krankheitsverläufe bis hin zu einer 24h-Beatmungspflicht sowie stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden und eine Aufrechterhaltung von hoher Lebensqualität, insbesondere hinsichtlich der Mobilität/Selbstständigkeit erlangt werden.
- COPD-Patienten sollen nach Möglichkeit in das strukturierte Behandlungsprogramm überführt werden.
- Strukturierte Diagnostik und Versorgung innerhalb zwei Modulen für unterschiedliche Patientengruppen



Grundlage ist u. a. die S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) vom 24.01.2018.

Teilnehmende Ärzte

- Hausärzte, die nach § 73 Abs. 1 a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.
- Fachärzte
 - für Lungen- und Bronchialheilkunde,
 - für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie oder Pulmologie sowie
 - für Innere Medizin mit dem Nachweis einer mindestens zwölfmonatigen Weiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung.
- Die ärztliche Teilnahme ist ggü. der KV Nordrhein schriftlich zu erklären. Dabei müssen die **apparativen Voraussetzungen zur Durchführung von Spirometrien** in der Betriebsstätte erfüllt sein.

Teilnehmende Patienten | Teilnahmeverfahren

- Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen.
- Weitere Voraussetzungen (Alter, Diagnose etc.) gemäß den folgenden Modulbeschreibungen.
- Der Patient hat seine Teilnahme (Anlage 7) schriftlich zu erklären – die unterzeichnete Erklärung wird binnen zehn Tagen an die KV Nordrhein übermittelt und dort für die Krankenkassen verarbeitet.

Versorgungsinhalte | Beschreibung der Module

Modul 1 (Screening)

- **Ärzte:** das Screening kann von allen vorgeannten Haus- und Fachärzten erbracht werden.
- **Patienten:**
 - ab dem 35. Lebensjahr,
 - mit einer chronischen Bronchitis (bisher ohne gesicherte COPD-ICD-10) und
 - einem Risikomerkmale: Rauchen bzw. Rauchen in der Vergangenheit und/oder berufliche Vorbelastung (z. B. Rauch von Verbrennungen, chem. Dämpfe, Feinstaub).
- **Versorgungsinhalte:**
 - Information, Beratung und Aufklärung des Versicherten sowie Einschreibung in den Vertrag.
 - Ausführliche Anamnese und Durchführung einer Spirometrie, dessen Untersuchungsergebnisse in der vorgesehenen Dokumentation zu erfassen und in der Praxis zu hinterlegen sind. Aus dem Ergebnis ergeben sich zwei Abläufe:
 - A. Spirometrischer FEV1/FVC-Wert oberhalb von 70 %:
 - Ausführliche Information über das Untersuchungsergebnis, das Krankheitsbild COPD und die diesbezüglichen Gefahren sowie mögliche Begleiterkrankungen.
 - Motivation des Patienten zur Einhaltung des Tabakverzichts / Raucherentwöhnung, Sport und Bewegung.
 - Die Wiederholung des COPD-Screenings kann frühestens nach Eintreten eines neuen Krankheitsfalls (Definition EBM) erfolgen. Liegt der spirometrische FEV1/FVC-Wert nach dem dritten COPD-Screening weiterhin oberhalb von 70 %, wird die Teilnahme des Patienten an dem Vertrag von der Krankenkasse automatisch beendet.
 - B. Spirometrischer FEV1/FVC-Wert unterhalb von 70 % und gesicherte COPD
 - Intensives Gespräch mit dem Patienten über die Erkrankung, Erfassung und Berücksichtigung der Therapieanpassung, insbesondere im Hinblick auf COPD-assoziierte Begleiterkrankungen und Beratung zu erforderlichen Lebensstiländerungen.
 - Sofern der Arzt am DMP teilnimmt, hat er darauf hinzuwirken, dass der Patient am DMP COPD teilnimmt.
 - **Weiterbetreuung des COPD-Patienten erfolgt in dem Modul 2.**

Modul 2 (Betreuung von gesicherten COPD-Patienten)

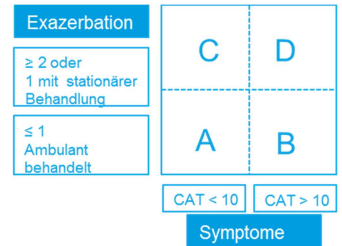
- **Ärzte:** vorgeannte Haus- und Fachärzte in dem jeweils berechtigten Versorgungssektor
- **Patienten:** ohne Altersbeschränkung mit gesicherter COPD (J44.00G – J44.93G), die
 - im Rahmen des Modul 1 bereits eingeschrieben sind und nach festgestellter COPD im Modul 2 weiterbetreut werden (Neueinschreibung nicht erforderlich)
 - oder bei denen **bereits im Vorfeld eine gesicherte COPD vorlag** und nun aufgrund eines aktuellen Ereignisses im Rahmen des Modul 2 betreut und **neu eingeschrieben** werden. Hierzu zählen auch DMP-Patienten.
- **Versorgungsinhalte:**
 - Für den Hausarzt:**
 - Hausärztliche Betreuung max. in zwei Quartalen im Kalenderjahr (möglichst orientiert am DMP-Intervall)
 - Überprüfung des Krankheitsverlaufs mit Hilfe des Assessment-Fragebogens nach CAT und anschließender Schweregradstratifizierung
 - Führung eines krankheitsorientierenden intensiven Patientengesprächs
 - Motivation für Präventionsmaßnahmen und für die Teilnahme am DMP COPD
 - (regelmäßige) **Überweisungen an den Facharzt nach den folgenden drei Versorgungsfeldern** vornehmen. Auf der Überweisung ist neben dem Überweisungsgrund der Vermerk „Vertrag COPD (Name der Krankenkasse)“ anzugeben



Für den Facharzt (Versorgungsinhalte)

Versorgungsfeld 1 (bei erhöhtem Exazerbationsrisiko und zur Förderung der Adhärenz)

- Der Hausarzt überweist den teilnehmenden Patienten mit Schweregrad C/D (gemäß CAT) einmal im Krankheitsfall an einen teilnehmenden Facharzt.
- Der **Facharzt** berät und prüft u. a. die Arzneimitteltherapie(n) und erörtert mit dem Patienten ausführlich die aktuelle Krankheitssituation. Des Weiteren erhält der Patient eine umfassende Device-Schulung (ggf. auch durch die pneumologische Fachassistenz).



Versorgungsfeld 2 (bei akuter Exazerbation oder Exazerbation nach stationärem Aufenthalt)

- Haus- und Facharzt vereinbaren – vorrangig telefonisch – innerhalb von zwei Werktagen einen Termin zur Bewertung der klinischen Situation und Medikation.
- Der Facharzt**
 - stellt sicher, dass diese Patienten innerhalb von zwei Werktagen nach Kontaktaufnahme durch den Hausarzt einen Termin erhalten. Das unmittelbare Aufsuchen des Facharztes durch den Versicherten ohne Überweisung ist nicht ausgeschlossen,
 - führt eine Therapieintensivierung mit Bronchodilatoren durch und prüft, ob ggf. eine kurzfristige Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden erforderlich ist,
 - berücksichtigt bei häufiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden das Risiko einer steroidinduzierten Osteoporose. Systemische Glukokortikosteroidtherapien innerhalb der letzten 24 Monate werden dabei in der Wirkung additiv betrachtet. Sofern es Hinweise auf eine bakterielle Ursache gibt, erwägt der Facharzt frühzeitig die Durchführung einer Antibiotikabehandlung,
 - informiert den überweisenden Arzt kurzfristig über das Ergebnis der Behandlung.
 - Bei Einleitung einer Therapieintensivierung mit Bronchodilatoren ist diese innerhalb der nächsten 4 Wochen zu überprüfen („Follow-up“).**

Versorgungsfeld 3 (Langzeitsauerstofftherapie – LOT)

- Der Hausarzt hat den Patienten bei einem Verdacht auf Indikation für eine LOT oder zur halbjährlichen Überprüfung einer bestehenden LOT an den Facharzt zu überweisen.
- Der Facharzt**
 - überprüft und dokumentiert die initiale bzw. bestehende Notwendigkeit einer LOT unter Berücksichtigung der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.,
 - führt jeweils mindestens zwei Blutgasanalysen (BGA) nach den folgenden Optionen durch:
 - je eine BGA in Ruhe ohne Sauerstoff (wenn der Sauerstoff erniedrigt ist) und eine BGA mit Sauerstoff (ggf. mit unterschiedlichem Flow)
 - oder jeweils eine BGA unter Belastung ohne und mit Sauerstoffgabe (ggf. mit Demandvorrichtung)
 - oder jeweils eine BGA in Ruhe und unter Belastung ohne Sauerstoff bei bisheriger Sauerstofftherapie,
 - informiert den Patienten umfassend, ob initial oder weiterhin eine LOT erforderlich ist bzw. ob die bestehende Therapie/das verordnete Hilfsmittel angepasst werden muss,
 - berücksichtigt bei erforderlicher LOT die unterschiedlichen Systeme unter patientenindividuellen Gesichtspunkten,
 - motiviert den Patienten zur täglichen Sauerstoffapplikation über mindestens 16 Stunden. Bei Kontrolluntersuchungen prüft der Facharzt die Nutzungsdauer des Gerätes und wirkt eindringlich auf mögliche Korrekturen eines bestehenden Fehlverhaltens hin,
 - informiert den überweisenden Arzt kurzfristig über das Ergebnis der Behandlung.



Abrechnung und Vergütung

Alle vereinbarten Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und somit **extrabudgetär vergütet**. Eine gleichzeitige Teilnahme und Abrechnung neben den DMP-Verträgen ist möglich.

Modul 1: Screening (zur Abklärung einer möglichen COPD)

Symbolnummer	Leistungsinhalt	Vergütung	berechtigte Ärzte
91510	COPD Screening: Ergebnis ohne gesicherte COPD-Erkrankung max. 1x im Krankheitsfall, nicht neben der SNR 91511, max. 2 Wiederholungen	10,00 €	Haus- und Facharzt
91511	COPD Screening: Ergebnis mit gesicherter COPD-Erkrankung einmalig berechnungsfähig, danach Weiterbetreuung über Modul 2	17,50 €	Haus- und Facharzt

Modul 2: für gesicherte COPD-Patienten

Symbolnummer	Leistungsinhalt	Vergütung	berechtigte Ärzte
91520	Hausärztliche Betreuung max. 2 Quartale im Kalenderjahr, im gleichen Quartal nicht neben der SNR 91511	20,00 €	Hausarzt

Überweisungssteuerung an den Facharzt

91522	Überweisung Versorgungsfeld 1 (max. 1x im Krankheitsfall)	5,00 €	Hausarzt
91523	Überweisung Versorgungsfeld 2 (inkl. vorheriger Kontaktaufnahme)	10,00 €	Hausarzt
91525	Überweisung Versorgungsfeld 3 (max. 2x im Krankheitsfall)	5,00 €	Hausarzt

Fachärztliche Betreuung

91532	Fachärztliche Betreuung Versorgungsfeld 1 (max. 1x im Krankheitsfall)	20,00 €	Facharzt
91533	Fachärztliche Betreuung Versorgungsfeld 2 1. Betreuung inkl. Therapieintensivierung	20,00 €	Facharzt
91534	2. Überprüfung („Follow up“ 1.-4. Woche nach SNR 91533)	20,00 €	
91534	Fachärztliche Betreuung Versorgungsfeld 3 (max. 2x im Krankheitsfall)	30,00 €	Facharzt

Die SNRn 91522, 91523 und 91525 für die Überweisungssteuerung sind vom Hausarzt im gleichen Quartal neben der SNR 91520 berechnungsfähig. Der hier genannte Krankheitsfall entspricht der Definition des EBM = abgerechnetes Quartal zzgl. der drei folgenden Quartale.

Formulare und weitere Informationen

Sie möchten mehr über den Vertrag wissen? **Teilnahmeerklärungen, Dokumentationsbögen, Übersicht der teilnehmen BKKen sowie weitere Informationen erhalten Sie unter www.kvno.de ▶ Praxis ▶ Verträge ▶ COPD**

Fragen zur ärztlichen Teilnahme können Sie an die dort genannten Mitarbeiter der Qualitätssicherung richten. Für weitere Fragen rund um den Vertrag hilft Ihnen unser Serviceteam gerne weiter.

Serviceteam Standort Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Serviceteam Standort Köln

Telefon 0221 7763 6666

E-Mail service.koeln@kvno.de

Behandlungspfad

