

Aktualisierung des DMP für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Disease-Management-Programm (DMP) für Patienten mit COPD turnusmäßig anhand aktueller Leitlinien überprüft und auf den neuesten Stand gebracht. Die Aktualisierung des Behandlungsprogramms hat zu einer Reihe von Neuerungen bei den diagnostischen, therapeutischen und qualitätssichernden Maßnahmen geführt. Der Beschluss ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten und wird zum 1. Januar 2018 wirksam. Hier die wichtigsten Änderungen.

Das ist neu

Diagnostische und therapeutische Maßnahmen

➔ **Einschreibung bei Vorliegen zweier Atemwegserkrankungen**

Patienten, die sowohl an einer COPD als auch an Asthma leiden, können nur in eines der beiden DMP eingeschrieben werden. Daher, heißt es konkretisierend in der Richtlinie, soll der behandelnde Arzt bei Vorliegen beider Erkrankungen (Asthma-COPD-Overlap-Syndrom – ACOS) in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf entscheiden, welche der beiden Erkrankungen als vorrangig einzustufen ist (siehe „Sicherung der Diagnose“).

➔ **Sicherung der Diagnose**

Zur Sicherung der Diagnose der COPD und zur Einschreibung in das DMP soll die Messung der Atemwegobstruktion vor und nach einer Bronchodilatation erfolgen.

Voraussetzung für die Einschreibung in das DMP COPD sind das Vorliegen einer COPD-typischen Anamnese sowie der Nachweis einer Reduktion des FEV_1 unter 80 % des Sollwerts. Außerdem muss die Obstruktion bei FEV_1/VC auf weniger als 70 % nach einer Bronchodilatation und/oder eine Atemwiderstandserhöhung, eine Lungenüberblähung oder eine Gasaustauschstörung nachgewiesen sein.

Bei entsprechender Anamnese (Nichtraucher, Allergien, Asthma in der Familie), großer Variabilität der Symptome und der Obstruktion sowie starker partieller Reversibilität der Atemwegobstruktion nach Inhalation eines Bronchodilatators mit Zunahme der FEV_1 um mehr als 400 ml soll der Patient in das DMP Asthma eingeschrieben werden, auch wenn der FEV_1/VC kleiner als 70 % ist. Diese Patienten profitieren in der Regel von inhalativen Kortikosteroiden.

Ab Januar
2018
umzusetzen

Einschreibung
nur in ein DMP

Teilnahme-
voraussetzungen
für das DMP
COPD

DMP-Anforderungen bei COPD

➔ **Tabakentwöhnung**

Rauchende Patienten sollen zukünftig stärker als bisher zum Tabakverzicht motiviert werden. Außerdem sollen sie wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung angeboten bekommen.

Umfangreiche Studien belegen laut der Begründung des G-BA zu seinem Beschluss, dass die Sterblichkeitsrate, das Fortschreiten der COPD und das Risiko von Exazerbationen durch einen Tabakverzicht deutlich verringert werden können. Der behandelnde Arzt soll rauchende Patienten deshalb über die Gefahren des Rauchens aufklären und ihnen dringend einen Rauchverzicht empfehlen. Das Vorgehen orientiert sich an der „5-A-Strategie“: Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange (Erheben, Beraten, Einigen, Unterstützen, Vereinbaren).

Als wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung haben sich nicht-medikamentöse, vor allem verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung bewährt, außerdem geeignete, vom Patienten selbst zu tragende Medikamente. In der neuen Richtlinie wird außerdem explizit festgehalten, dass jeder rauchende Patient die Möglichkeit haben soll, an einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm teilzunehmen.

➔ **Schulungs- und Behandlungsprogramme**

Patienten, die noch nicht an einer für das DMP zugelassenen Schulung teilgenommen haben, soll die Teilnahme an einer solchen Maßnahme bei jeder Vorstellung empfohlen werden.

➔ **Langzeit-Sauerstoff-Therapie**

Ein Teil der Patienten mit COPD benötigt im Verlauf der Erkrankung eine Langzeit-Sauerstoff-Therapie (LOT). Die Kriterien zur Überweisung an die fachärztliche Ebene zur Prüfung der Indikation zur LOT werden in der aktualisierten Richtlinie explizit aufgeführt. Patienten, denen eine LOT verordnet wird, sollen umfassend beraten werden.

➔ **Psychosoziale Betreuung**

Bei der Behandlung der COPD soll auch die psychosoziale Situation der Patienten berücksichtigt werden. In Betracht zu ziehen seien, so die aktualisierte Richtlinie, mangelnde Krankheitsbewältigung und Motivation, geringe soziale Kontakte, mangelnder emotionaler Rückhalt, z. B. in der Familie und im Freundeskreis, sowie Probleme am Arbeitsplatz. Bei Bedarf sollen Bezugs- und/oder Betreuungspersonen des Patienten in die Behandlung einbezogen und der Patient auf die organisierte Selbsthilfe hingewiesen werden.

➔ **Begleiterkrankungen**

Die Richtlinie geht in der neuen Fassung wesentlich ausführlicher auf die Komorbiditäten der COPD ein. Die psychischen Begleiterkrankungen Angstzustände und Depressionen wirken sich negativ auf den Behandlungserfolg aus. Sie sollen entsprechend den jeweils geltenden Leitlinien behandelt werden.

Somatische Begleiterkrankungen sind in erster Linie die kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und die Osteoporose. Risikofaktoren für das Auftreten einer Osteoporose sind neben Alter und Geschlecht Untergewicht, Immobilität, die syste-

Die 5-A-Strategie zur Kurzberatung von Rauchern

Wirksame Hilfen

Überweisung zum Facharzt

Starke psychische Belastungen

Risikofaktoren für eine Osteoporose

DMP-Anforderungen bei COPD

mische Entzündung bei schwerer COPD und die medikamentöse Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden, auch in geringer Dosierung. Der behandelnde Arzt soll u. a.

- einmal jährlich das individuelle Osteoporose-Risiko jedes COPD-Patienten bewerten.
- dem Patienten zur Vorbeugung einer Osteoporose körperliche Aktivität, die ausreichende Zufuhr von Kalzium und Vitamin D sowie den Verzicht auf das Rauchen empfehlen.
- bei Patienten mit Osteoporose, soweit möglich, auf die wiederholte Verordnung von systemischen Glukokortikosteroiden verzichten.

➔ Maßnahmen bei Multimedikation

Die Umsetzung von Empfehlungen zur Behandlung chronischer Erkrankungen führt bei mehrfachkranken Patienten häufig zur Multimedikation. Sie kann zu Arzneimittelwechselwirkungen führen und Nebenwirkungen verursachen. Wie bei der Aktualisierung anderer DMP in der Vergangenheit, wurden darum auch bei der Überarbeitung der Anforderungen an das DMP COPD Maßnahmen zum strukturierten Medikamentenmanagement aufgenommen.

Sie sehen vor, dass bei Patienten, die dauerhaft fünf und mehr Medikamente einnehmen, mindestens einmal im Jahr sämtliche Medikamente (einschließlich der Selbstmedikation) strukturiert erfasst werden. Mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen sollen berücksichtigt werden, um frühzeitig Änderungen der Therapie oder Anpassungen der Dosis vornehmen zu können. Dazu soll ggf. die Indikation für die einzelnen Verordnungen durch Rücksprache mit anderen an der Behandlung beteiligten Ärzten überprüft werden. Außerdem kann der Arzt in Betracht ziehen, auf eine Verordnung ganz zu verzichten, sofern er mit dem Patienten über die Konsequenzen der Maßnahme und eine entsprechende Priorisierung der Therapieziele gesprochen hat.

➔ Medikamentöse Maßnahmen

Die Liste der vorrangig zu verwendenden Wirkstoffgruppen zur Dauertherapie wurde ergänzt: Neu aufgenommen wurde eine Kombination von lang wirksamem Anticholinergikum und lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika. In begründeten Einzelfällen sollen – jeweils nur unter eng begrenzten Voraussetzungen – inhalative Glukokortikosteroide sowie Roflumilast und Theophyllin verordnet werden.

➔ Überweisung zum qualifizierten Facharzt

Bei bestimmten Anlässen bzw. Indikationen sollen COPD-Patienten zum jeweils qualifizierten Facharzt überwiesen werden. Das gilt z. B. zur Prüfung der Indikation einer längerfristigen Therapie mit oralen Glukokortikosteroiden. Die Liste der Anlässe wurde im Zuge der Aktualisierung des Programms konkretisiert bzw. erweitert. Der Facharzt ist gehalten, bei einer Stabilisierung des Zustandes von kontinuierlich betreuten Patienten zu prüfen, ob der Patient durch den Hausarzt weiterbehandelt werden kann.

Strukturiertes
Medikamenten-
management

Anlässe der
Überweisung

DMP-Anforderungen bei COPD

Qualitätsziele

Für wichtige Maßnahmen, deren Umsetzung die Behandlungsergebnisse stark beeinflussen, werden in den DMP Qualitätsziele formuliert. Bei der Aktualisierung des DMP COPD wurden mehrere solcher Ziele neu aufgenommen. Sie betreffen

- die Vermeidung von Exazerbationen
- die Senkung der Anzahl der rauchenden COPD-Patienten
- die jährliche Einschätzung des Osteoporose-Risikos
- die Verordnung von systemischen Glukokortikosteroiden als Dauermedikation
- die Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training
- die einmal jährliche Ermittlung des FEV₁-Wertes

Dokumentation

Einige der neu vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen wurden in die Dokumentation der Behandlung aufgenommen. Das gilt z. B. für die klinische Einschätzung des Osteoporose-Risikos. Die Dokumentation wurde entsprechend geändert. Denken Sie deshalb daran, rechtzeitig Ihre Praxissoftware zu aktualisieren.

Weitere Fragen?

Der G-BA-Beschluss im Internet:

→ www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2466/

Die Begründung zu den Änderungen:

→ www.g-ba.de/downloads/40-268-3903/2016-07-21_DMP-A-RL_Anlage-11-u-12-DMP-Doku-COPD_TrG.pdf

Das AOK-Gesundheitspartnerportal bietet weitere Informationen zum DMP sowie Themen rund um Arzt und Praxis:

→ www.aok-gesundheitspartner.de

Neue
Qualitätsziele

 Software
aktualisieren

Weiterführende
Informationen



Impressum:

Herausgeber und verantwortlich für den Text: AOK-Bundesverband, Berlin
Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin; Grafik: Ulrich Scholz Design, Düsseldorf
Stand: Juni 2017

