



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL):

Änderung der Anlage 2, der Anlage 11 (DMP COPD) und der Anlage 12 (COPD-Dokumentation)

Berlin, 09.06.2022

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 12.05.2022 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) aufgefordert.

Der G-BA hat die Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen. Die Anforderungen sollen dabei nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors normiert werden. Die wissenschaftliche Grundlage für die mit dem vorliegenden Beschlussentwurf beabsichtigte Aktualisierung ist insbesondere die „Leitliniensynopse für das DMP COPD“ des IQWiG vom 7. April 2020.

### **Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:**

Die Bundesärztekammer begrüßt die regelmäßige Anpassung der DMPs an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien. Zu dem vorliegenden Aktualisierungsentwurf haben wir folgende Anmerkungen:

#### **1) Zu Abschnitt 1.2.2 „Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik“, Zeile 87ff.:**

Der Richtlinienentwurf sieht derzeit den fixen Wert der FEV1/FVC < 70% als obligates Kriterium für die Diagnose vor; GLI-Referenzwerte sollen alternativ herangezogen werden.

Es sei darauf hingewiesen, dass die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) COPD des ÄZQ ([www.leitlinien.de/themen/copd/2-auflage](http://www.leitlinien.de/themen/copd/2-auflage)) diese Gewichtung genau andersherum beschreibt: Zur Diagnose sollen bevorzugt die GLI-Referenzwerte herangezogen werden, für eine Übergangszeit kann auch noch der feste Wert der FEV1/FVC < 70% genutzt werden. (NVL-Empfehlungen 2-4 und 2-5). Hintergrund für diese Empfehlungen ist die inzwischen recht deutliche Evidenz, dass durch die Nutzung der „fixed ratio“ <70% bei etwa 20% der älteren Menschen eine Überdiagnose erfolgt und bei etwa 20% der Menschen unter 55 Jahren eine COPD unterdiagnostiziert wird. Dabei ist anzuerkennen, dass die aktuell vorliegenden Versorgungsstrukturen eine bevorzugte Heranziehung der GLI-Referenzwerte nicht uneingeschränkt flächendeckend zulassen. Zumindest mittelfristig sollte jedoch auch für das DMP COPD angestrebt werden, die Prioritätensetzung bei den Eingangskriterien anzupassen.

#### **2) Zu Abschnitt 1.5.1.2 „Tabakentwöhnung“, Zeile 151:**

Vorschlag: Hinter „E-Zigarette“ noch ergänzen „... und anderen nikotinhaltigen Produkten wie Tabakerhitzer oder rauchlose Tabakprodukte“.

#### **3) Zu Abschnitt 1.5.1.5 „Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)“, Zeile 188:**

Vorgesehen ist - unter Bezugnahme auf andere Richtlinien - der Ersatz des bisher verwendeten Begriffs „Atemphysiotherapie“ durch „Atemtherapie“. Es sei darauf hingewiesen, dass beide Begriffe nicht deckungsgleich sind. Die NVL COPD führt hierzu aus, dass der allgemeine Begriff Atemtherapie von der Atemphysiotherapie abzugrenzen ist. Unter

Atemtherapie werden etwa auch Maßnahmen zur Verbesserung der Stimmfunktion oder psychotherapeutische Verfahren subsumiert. Maßnahmen wie die Verbesserung der Stimmfunktion sind allerdings im Kontext von COPD nicht untersucht und werden mit den entsprechenden Empfehlungen der NVL explizit auch nicht gemeint. Darauf sollte ggf. auch im DMP-Text erläuternd hingewiesen werden, sofern der Begriff „Atemtherapie“ tatsächlich beibehalten werden soll.

#### **4) Zu Abschnitt 1.5.8 „Medikamentöse Maßnahmen“, Zeile 339ff.:**

Unter „Bedarfstherapie“ wird auch die Kombination von SABA und SAMA als Therapieoption aufgeführt. In der NVL COPD gibt es eine solche Empfehlung nicht. Eine solche Intensivierung der Bedarfstherapie wird dort kritisch gesehen, weil die Gefahr droht, dass eine mit Dauertherapie besser kontrollierbare COPD nicht erkannt wird. Die BÄK schlägt deshalb vor, die Zeilen 339 und 340 („1.3. Kombination von kurz wirksamem Beta-2-Sympathomimetikum und Anticholinergikum“) zu streichen.

#### **5) Zu Abschnitt 1.6.2 „Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung“, Zeile 436ff.:**

Bei den Kriterien zu Überweisung/Weiterleitung/Mitbehandlung und/oder zur erweiterten Diagnostik von Patientinnen und Patienten ist bei dieser Gelegenheit anzumerken, dass eine langfristige orale Glukokortikosteroidtherapie nur in seltenen Ausnahmefällen als angemessen betrachtet werden sollte. Daher regt die BÄK an, den 2. Spiegelstrich des Abschnitts („zur Prüfung der Indikation einer längerfristigen oralen Glukokortikosteroidtherapie“, Zeile 437) im Sinne einer Posteriorisierung in der Aufzählung weiter nach unten zu verschieben und umzuformulieren in „Patientinnen und Patienten, die eine systemische Corticosteroid-Therapie erhalten“.

In Anlehnung an weitere entsprechende aktuelle Empfehlung der NVL COPD wird außerdem vorgeschlagen, die Aufnahme folgender weiterer Kriterien bzw. Anlässe zu prüfen:

- Sicherung der Diagnose COPD, insbesondere zur differentialdiagnostischen Abgrenzung zum Asthma bronchiale
- vor Initiierung einer Triple-Therapie (LAMA/LABA/ICS) und/oder einer Therapie mit Roflumilast als Add on“ (aufgrund der möglichen Komplexität dieser Therapieoptionen hierfür Überweisung an Pneumologin/Pneumologen)
- Patientinnen und Patienten, die weiterhin rauchen – zumindest einmal im Krankheitsfall
- Wunsch der Patientin/des Patienten

#### **6) Zu Anlage 12 „Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Dokumentation“, Zeile 538ff.:**

In der Tabelle in Position 4 sollte auch hier die Kombination von SABA/SAMA gestrichen werden (vgl. die Hinwiese zu Abschnitt 1.5.8 „Medikamentöse Maßnahmen“, Zeile 339ff)

**7) Zu Anlage 12 „Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Dokumentation“, Zeile 539, Fußnote 1:**

Die in der ersten Fußnote aufgeführte Definition der Exazerbation erscheint problematisch, weil sie auch die langsam progrediente Erkrankung mit abbildet. In der NVL COPD wird die Exazerbation definiert als „eine akute, über mindestens 2 Tage anhaltende Verschlechterung der respiratorischen Symptome mit der Notwendigkeit einer Intensivierung der COPD-Therapie“. Empfehlung 2-11 erläutert, dass zur Erfassung der Exazerbationssymptome der MEP-Fragebogen genutzt werden kann (siehe NVL Tabelle 11).