



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V

zur Änderung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme
für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegser-
krankungen, Teil II: COPD

Berlin, 29.04.2009

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer ist mit Schreiben vom 01.04.2009 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aufgefordert worden, eine Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu Änderung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen (Teil II: COPD) abzugeben.

Die Empfehlungen werden erstmals aktualisiert. Dabei hat sich der zuständige Unterausschuss "Sektorenübergreifende Versorgung" auf die Aktualisierung der inhaltlichen Vorgaben zur Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors beschränkt. Darüber hinaus sind redaktionelle Anpassungen vorgenommen worden.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass der G-BA sich in seinen Empfehlungen zur Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen am aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz (s. § 137f Abs. 2 Nr. 1 SGB V) orientiert.

Zu einzelnen Punkten des Beschlussentwurfs möchten wir noch folgende Hinweise geben:

- Zu Punkt 1.5.1.2 „Tabakentwöhnung“:

Hier werden in mehreren Spiegelstrichen spezifische Beratungsstrategien aufgezählt, die der Arzt im Rahmen seiner Aufklärung des Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens bei COPD und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben, berücksichtigen soll. Zu einem der Spiegelstrichinhalte herrscht im Unterausschuss Dissonanz, so dass 3 Varianten zur endgültigen Beschlussfassung diskutiert werden (die wesentlichen Unterschiede sind hier in Fettschrift hervorgehoben):

Variante 1:

„Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung (nicht-medikamentöse Maßnahmen und ggf. geeignete unterstützende medikamentöse Maßnahmen) **angeboten** werden.“

Variante 2:

„Ausstiegsbereite Raucherinnen und Raucher sollen über wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung (nicht-medikamentöse Maßnahmen und geeignete unterstützende medikamentöse Maßnahmen) **beraten** werden, **wobei Medikamente zur Raucherentwöhnung gem. § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind.**“

Variante 3:

„Änderungsbereite Raucherinnen und Raucher sollen über wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung (nicht-medikamentöse Maßnahmen und ggf. geeignete unterstützende medikamentöse Maßnahmen) **beraten** werden.“

In der derzeit noch gültigen Fassung findet sich die folgende, zu ersetzende Formulierung:

„Für ausstiegsbereite Raucherinnen und Raucher sollte professionelle Beratungshilfe (z. B. verhaltenstherapeutisch) zur Verfügung gestellt werden.“

Die Bundesärztekammer plädiert für die Variante 1. Für rauchende Patienten mit COPD kann eine erfolgreiche Tabakentwöhnung als entscheidende therapeutische Wende betrachtet werden. Zur Erreichung dieses Ziels ist die ärztliche Beratung und Motivierung zum Rauchstopp bei mittelschwer bis stark tabakabhängigen Patienten durch passagere medikamentöse Maßnahmen zu ergänzen (siehe hierzu insbesondere auch die in der Begründung unter Quelle Nr. 12 aufgeführte „Leitlinie Tabakentwöhnung“ der DG-Sucht und der DGPPN). Der in Variante 2 platzierte Hinweis auf § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V, wonach Medikamente zur Raucherentwöhnung von der Versorgung ausgeschlossen sind, wird der Situation der Patienten mit COPD nicht gerecht, da § 34 auf eine Erhöhung der Lebensqualität abstellt. Einer solchen Zuordnung hatte der 107. Deutsche Ärztetag bereits 2004 widersprochen (1). Die Therapie schwerkranker COPD-Patienten kann, allein angesichts der möglichen Rückfallfolgen, nicht als Life-style-Frage eingestuft werden. Unter Ziffer 1.5.1.2 Satz 2 (neu) heißt es hierzu jetzt ausdrücklich: „Tabakkarenz ist die wichtigste Maßnahme, um die Mortalität der COPD und die Exazerbationsrate zu senken sowie die Progression zu verlangsamen.“ Auch im Entwurf der Begründung zu Ziffer 1.5.1.2 der Anforderungen wird die Bedeutung der Tabakkarenz deutlich hervorgehoben, dabei wird auch auf die mit Studien unterlegte Rolle medikamentöser Maßnahmen eingegangen: „Die höchsten Erfolgsraten werden mittels Kombination von strukturierten psychosozialen Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation mit medikamentösen Maßnahmen erreicht“.

Diese Aussage lässt sich auch stützen mit einer jüngst erschienenen, in der Begründung des G-BA noch nicht zitierten Übersichtsarbeit von Moore et al. 2009 (2), in der 7 RCTs ausgewertet worden sind. Ziel dieser Arbeit war die Untersuchung von Wirksamkeit und Sicherheit der Nikotin-Ersatz-Therapie zur Raucherentwöhnung. Die Nikotin-Ersatz-Therapie hat sich danach als wirkungsvolle Maßnahme zugunsten einer längeren Abstinenz vom Tabakkonsum zumindest bei solchen Rauchern erwiesen, die zu einem abrupten Rauchverzicht nicht willens oder nicht in der Lage sind. Die Untersuchung weist allerdings auch auf die Bedeutung einer parallelen verhaltenstherapeutischen Begleitung hin. So sei unklar, wie groß der Effekt der Nikotin-Ersatz-Therapie ohne eine solche Begleitung wäre.

Die Bundesärztekammer sieht daher in der medikamentösen Raucherentwöhnung ein beträchtliches Nutzenpotential, betont an dieser Stelle aber auch, dass der Wert nicht-medikamentöser Maßnahmen hierüber nicht in den Hintergrund treten darf. Sie hat zudem für Ärzte eine Qualifikation „Ärztliche Tabakentwöhnung“ im Umfang von 20 Stunden aufgebaut, die über Landesärztekammern angeboten wird (3). Ärzte werden hierüber für die Diagnostik der Tabakabhängigkeit, die Patientenansprache und –motivierung sowie für eine ggf. erforderliche medikamentöse Begleitung qualifiziert.

- Zu Punkt 1.5.7 „Medikamentöse Maßnahmen“

Redaktioneller Hinweis zum ersten Absatz:

„Zur medikamentösen Therapie ist **sind** mit der Patientin oder dem Patienten ein individueller Therapieplan zu erstellen und ~~sind~~ Maßnahmen zum Selbstmanagement zu erarbeiten (siehe auch strukturierte Schulungsprogramme (Ziffer 4)).“

- Weiterer redaktioneller Hinweis zum Unterpunkt 2.3.2

„... inhalative Glukokortikosteroide (bei ~~und~~ schwerer und sehr schwerer COPD, insbesondere dann, wenn ...).“

- Zu Punkt 1.5.7 - Frage der Verortung der Nennung von Wirkstoffen:

Die Bundesärztekammer hält prinzipiell beide aufgeführte Varianten für möglich, es sollte aber möglichst eine einheitliche Lösung für alle strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V gewählt werden. In der Aktualisierung des DMPs Diabetes mellitus Typ 2 vom 15.05.2008 wurde die Nennung von Wirkstoffen in den Anforderungen weitgehend eliminiert und in die Begründung verlagert. Dort heißt es in der Begründung erläuternd zu den Abschnitten „Antihypertensive Therapie“ und „Statintherapie“:

„Die Aufzählung der Wirkstoffe ist nicht abschließend und wird aus pragmatischen Gründen nicht mehr in den Empfehlungen genannt.“

Gleiches gilt für die letzte Aktualisierung des DMPs „Koronare Herzkrankheit“ vom 19.06.2008, siehe dort die gleichlautenden Hinweise in der Begründung zum Kapitel „Medikamentöse Therapie“.

Zugunsten der Kontinuität innerhalb der Anforderungen der DMPs wäre daher die Anwendung der „Variante 1“ (nur Wirkstoffgruppen) konsequent.

Berlin, 29.04.2009



i. A. Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Referent Dezernat 3

Literatur:

1. 107. Deutscher Ärztetag: EntschlieÙung zur medikamentösen Entwöhnung Tabakabhängiger (Drucksache VI-11). Bremen 2004 (www.bundesaerztekammer.de)
2. Moore D. et al: Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. BMJ 2009;338;b1024
3. Bundesärztekammer: Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“, Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung. Berlin 2008 (www.bundesaerztekammer.de)