

Stellungnahmen
zur Aktualisierung der Anforderungen an
strukturierte Behandlungsprogramme
für Patientinnen und Patienten mit
chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen

Teil II: COPD

**Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen
gemäß § 91 Abs. 5 und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V
zur Aktualisierung von Anlage 11
der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

I. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Abs. 5 und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V wurde der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und den auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen, die die Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie die Interessen sonstiger Leistungserbringer vertreten, Gelegenheit gegeben, zum Aktualisierungsbedarf der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen Teil II: COPD Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch die Empfehlungen berührt sind.

Da die stellungnahmeberechtigten Organisation gemäß § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V nicht eindeutig benannt sind, hatte der Gemeinsame Bundesausschuss alle potentiell stellungnahmeberechtigten Organisationen in öffentlicher Bekanntmachung (Bundesanzeiger Nr. 107, S. 4296, vom 09.06.2006 sowie Veröffentlichung im Internet) aufgefordert, sich beim Gemeinsamen Bundesausschuss zu melden, sofern sie ihre Belange durch die Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen (DMP) berührt sehen und sich am Stellungnahmeverfahren beteiligen möchten. Der Kreis der allgemein zu DMP stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde auf Grundlage von § 32 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der bis 31.03.2009 geltenden Fassung (a. F.; seit 01.04.2009 geregelt im 1. Kapitel § 9 Verfahrensordnung) nach Prüfung der eingegangenen Meldungen ermittelt und mit Beschluss vom 10. Mai sowie 18. Oktober 2007 öffentlich bekanntgegeben (Bundesanzeiger Nr. 103, S. 5716, vom 06.06.2007 und Nr. 219, S. 8107, vom 23.11.2007 sowie Veröffentlichung im Internet). Darüber hinaus wurden auf Grundlage von § 31 Abs. 2 der Verfahrensordnung (a. F.; ab 01. 04.2009: 1. Kapitel § 8 Abs. 2) weitere Organisationen indikationsspezifisch zu chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen im Einzelfall um eine Stellungnahme gebeten. Die relevanten medizinischen Fachgesellschaften wurden über die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) einbezogen.

Das Stellungnahmeverfahren wurde am 1. April 2009 eingeleitet, die Frist für die Einreichung von Stellungnahmen endete am 29. April 2009.

II. Stellungnahmen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden Stellungnahmen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV),
- Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB),
- Bundesärztekammer,
- Bundespsychotherapeutenkammer,
- DEGEMED Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.

Der Inhalt der Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion in der zuständigen Arbeitsgruppe und im Unterausschuss Sektorenübergreifende Versorgung gewürdigt (siehe Anhang).

Ergänzend wurden Stellungnahmen weiterer Organisationen außerhalb des regulären Stellungnahmeverfahrens zur Verfügung gestellt, die in die Entscheidungen einbezogen wurden, soweit sie vor Abschluss des Beratungsverfahrens vorlagen.

Von folgenden Organisationen lagen Stellungnahmen vor, die außerhalb des gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahrens berücksichtigt wurden:

- Firma Pfizer Deutschland GmbH, Stellungnahme vom 2. Februar 2009,
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. DGP, Stellungnahme vom 29. Mai 2009

III. Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen

Siehe Anhang.

Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V und § 137f Absatz 2 Satz 5 SGB V zur Aktualisierung der Empfehlungen für das DMP Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen, Teil II: COPD.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
1	Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV) 21.04.2009	<p>1.1 Zu Ziffer 1.5.1.4: Jede Patientin und jeder Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten. In diese Programme sollten Physiotherapeuten zur Schulung von atemerleichternden Ausgangsstellungen, Verhaltensstrategien bei Atemnot, etc. eingebunden werden. Im Übrigen gelten die unter Ziffer 4.2 genannten Zugangs- und Qualitäts-sicherungskriterien.</p> <p>1.2 Zu Ziffer 1.5.1.5: Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemtherapie ist ein ergänzender Teil der nicht-medikamentösen Behandlung der COPD. In geeigneten Fällen (z. B. starke Schleimretention) kann daher die Ärztin oder der Arzt Krankengymnastik-Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinien verordnen.</p>	Keine Angabe	Nein	Inhalte sind in den strukturierten Schulungsprogrammen berücksichtigt. Daher besteht kein Bedarf für zusätzliche Atemphysiotherapie.
			Keine Angabe	Nein	Die derzeitige Formulierung „...In geeigneten Fällen (z. B. starke Schleimretention) kann daher die Ärztin oder der Arzt die Verordnung von Krankengymnastik-Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinien erwägen.“ schließt bereits die Möglichkeit einer Verordnung von Krankengymnastik-Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinien ein.
2	Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB) 27.04.2009	<p>2.1 Zu Ziffer 1.5.1.2: Neue Studien bestätigen, dass zum einen das Rauchen der Hauptverursacher der COPD ist. Eine Tabakentwöhnung ist nur dann wirksam, wenn medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie zusammen</p>	Keine Quellenangabe	offen	Die Problematik des Konfliktes zwischen Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien einerseits und dem Ausschluss der Verordnungsfähigkeit von Medikamenten zur Unterstützung der Tabakentwöhnung

Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V und § 137f Absatz 2 Satz 5 SGB V zur Aktualisierung der Empfehlungen für das DMP Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen, Teil II: COPD.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
	DAAB	<p>angewandt werden.</p> <p>Die Medikamente für die Tabakentwöhnung sind nach § 34 SGB V als Lifestyle-Medikamente von der Erstattung ausgeschlossen. Dieser § 34 enthält Medikamente, die nur der Verbesserung/Steigerung der Lebensqualität dienen, wie z. B. Haarwuchsmittel, Viagra und Tabakentwöhnungsmedikamente. Bei COPD sind die Tabakentwöhnungsmedikamente ausschließlich die notwendige medikamentöse Behandlung, die zusammen mit der nicht-medikamentösen Therapie das Leben signifikant verlängert. Die Qualifizierung als nur Lebensqualität steigernd trifft danach in diesem Fall nicht zu. Aus Sicht einer Patientenorganisation ist es daher sinnvoll, hier evtl. mit Kopplung an das DMP oder anders eine Herausnahme dieser Medikamente bzw. eine Sonderregelung für diese Medikamente bei der Tabakentwöhnung bei der chron. Erkrankung COPD zu gestatten.</p>			<p>nach § 34 SGB V andererseits, wurden ausführlich beraten und finden sich in den drei Varianten wieder. Die Position des DAAB ist bereits in die Beratung zur Überarbeitung des strukturierten Behandlungsprogramms eingeflossen und findet sich in Variante 1 wieder.</p>
3	<p>Bundesärztekammer (BÄK) 29.04.2009</p>	<p>3.1 Zu Ziffer 1.5.1.2: Es 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 Dissenz, so dass 3 Varianten zur endgültigen Beschlussfassung diskutiert werden.</p>		offen	<p>Die Problematik des Konfliktes zwischen Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien einerseits und dem Ausschluss der Verordnungsfähigkeit von Medikamenten zur Unterstützung der Tabakentwöhnung nach § 34 SGB V andererseits, wurden ausführlich beraten und finden sich in den drei Varianten wieder. Die Inhalte der Stellungnahme der BÄK finden sich in Variante 1 wieder.</p>

Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V und § 137f Absatz 2 Satz 5 SGB V zur Aktualisierung der Empfehlungen für das DMP Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen, Teil II: COPD.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
	BÄK	<p>Die BÄK plädiert für die Variante 1. Für rauchende Patienten mit COPD kann eine erfolgreiche Tabakentwöhnung als entscheidende therapeutische Wende betrachtet werden.</p> <p>Zur Erreichung dieses Ziels ist die ärztliche Beratung und Motivierung zum Rauchstopp bei mittelschwer bis stark tabakabhängigen Patienten durch passendere medikamentöse Maßnahmen zu ergänzen. Die BÄK verweist hierzu insbesondere auf die in der Begründung unter Quelle Nr. 12 aufgeführte LL Tabakentwöhnung der DG-Sucht und der DGPPN.</p> <p>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. 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 Erfolgs-</p>	<p>- 107. Deutscher Ärztetag: <i>Entschließung zur medikamentösen Entwöhnung Tabakabhängiger (Drucksache VI-11). Bremen 2004</i></p>		

Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V und § 137f Absatz 2 Satz 5 SGB V zur Aktualisierung der Empfehlungen für das DMP Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen, Teil II: COPD.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
	BÄK	<p>raten werden mittels Kombination von strukturierten psychosozialen Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation mit medikamentösen Maßnahmen erreicht“</p> <p>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, in der 7 RCTs ausgewertet worden sind. Ziel dieser Arbeit war die Untersuchung von Wirksamkeit und Sicherheit der Nikotin-Ersatz-Therapie (NET) zur Raucherentwöhnung. Die NET 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 NET ohne eine solche Begleitung wäre.</p> <p>Die BÄK sieht daher in der medikamentösen Raucherentwöhnung ein beträchtliches Nutzenpotenzial, 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. Ärzte werden hierüber für die Diagnostik der Tabakabhängigkeit, die Patientenansprache und -motivierung sowie für eine ggf. erforderliche medikamentöse Begleitung qualifiziert.</p>	<p>- Moore D. et al: <i>Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. BMJ 2009;338;b1024</i></p> <p>- Bundesärztekammer. <i>Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“, Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung. Berlin 2008</i></p>		

Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V und § 137f Absatz 2 Satz 5 SGB V zur Aktualisierung der Empfehlungen für das DMP Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen, Teil II: COPD.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
	BÄK	<p>3.2 Zu Ziffer 1.5.7: 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)).</p> <p>3.3 Zu Ziffer 1.5.7: Redaktioneller Hinweis zum Unterpunkt 2.3.2 ...inhalative Glukokortikosteroide (bei und schwerer und sehr schwerer COPD, insbesondere dann, wenn...)</p> <p>3.4 Zu Ziffer 1.5.7 – Frage der Verortung der Nennung von Wirkstoffen: Die Bundesärztekammer (BÄK) hält prinzipiell beide aufgeführten Varianten für möglich, es sollte aber möglichst eine einheitliche Lösung für alle strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V gewählt werden. In der Aktualisierung des DMP 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</p>		<p>Ja</p> <p>Ja</p> <p>offen</p>	<p>Redaktioneller Hinweis: Die Formulierung wurde angepasst.</p> <p>Redaktioneller Hinweis: Die Formulierung wurde angepasst.</p> <p>Die von der BÄK favorisierte Nennung der Wirkstoffgruppen im Empfehlungstext sowie die Nennung von Wirkstoffen im Begründungstext findet sich in Variante 1 wieder.</p>

Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V und § 137f Absatz 2 Satz 5 SGB V zur Aktualisierung der Empfehlungen für das DMP Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen, Teil II: COPD.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
	BÄK	<p>DMP Koronare Herzkrankheit vom 19.06.2008, siehe dort die gleichlautenden Hinweise in der Begründung zum Kapitel „Medikamentöse Therapie“.</p> <p>Zugunsten der Kontinuität innerhalb der Anforderungen der DMPs wäre die Anwendung der „Variante 1“ (nur Wirkstoffgruppen) konsequent.</p>			
4	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) 29.04.2009</p>	<p>4.1 Zu Ziffer 1.5.1.2: Die vorliegenden Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Aktualisierung des DMP „Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen“ weisen entgegen den Empfehlungen des Abschlussberichts des IQWiG „Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma/COPD“ in Hinblick auf die nicht-medikamentösen und medikamentösen Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung bei nikotinabhängigen Raucherinnen und Rauchern mit COPD keine wesentliche Weiterentwicklung auf.</p> <p>Die im Abschnitt 1.5.1.2 vorgeschlagenen Varianten 1 bis 3 stellen im Vergleich zur ursprünglichen Fassung in Bezug auf die Konkretisierung der Behandlungsmaßnahmen zur Raucherentwöhnung einen Rückschritt dar. Während in der derzeit gültigen Fassung der Anlage 11 mit dem Hinweis auf „professionelle Beratungshilfe (z. B. verhaltenstherapeutisch)“ noch deutlich wird, dass den änderungsbereiten nikotinabhängigen Patientinnen und Patienten mit COPD psychologisch-psychotherapeutische Behandlungsmaß-</p>	<p>- IQWiG, Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma/COPD; Version 1.0 [Online]. 25.08.2008</p>	s. u.	s. u.

Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V und § 137f Absatz 2 Satz 5 SGB V zur Aktualisierung der Empfehlungen für das DMP Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen, Teil II: COPD.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
	BPtK	<p>nahmen angeboten werden sollen, wird in dem aktuellen Entwurf lediglich der Begriff der „wirksamen Hilfen zur Raucherentwöhnung“ verwendet, unter den allgemein nicht-medikamentöse Maßnahmen und ggf. geeignete unterstützende medikamentöse Maßnahmen gefasst werden. Diese Formulierung erscheint aus Sicht der BPtK zu unpräzise, als dass sie sicherstellen könnte, dass die relevanten evidenzbasierten psychologisch-psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen, wie sie in einer Reihe von Leitlinien (z. B. Vogelmeier et al., 2007) und aber auch in der Begründung zu den Anforderungen des DMP „COPD“ konkreter benannt werden, tatsächlich im Rahmen eines multimodalen Programms zur Raucherentwöhnung zum Einsatz kommen.</p> <p>Dabei erscheint es nicht angemessen, dass – wie in den Varianten 2 und 3 des Entwurfs geschehen – lediglich eine Beratung von „ausstiegsbereiten“ Raucherinnen und Rauchern über wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung vorgeschrieben wird, ohne dass den Betroffenen auch ein entsprechendes Behandlungsangebot als fester Bestandteil des DMP unterbreitet wird. Vor dem Hintergrund der gängigen Leitlinienempfehlung der Nikotinkarenz bei COPD (z. B. NVL COPD), die durch die nachgewiesenen Effekte im Sinne einer Verringerung der Exazerbationsfrequenz bei fortgeschrittener COPD und einer reduzierten Mortalität begründet ist, sollte das DMP nicht nur die Beratung von Patientinnen und Patienten über wirksame Behandlungsmaßnahmen zur Raucherentwöhnung, sondern auch deren konkretes Behandlungsangebot vorschreiben.</p>	<p>- Vogelmeier C, Buhl R, Criege CP, Gillissen A, Kardos P, Köhler D et al.: Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Ges. für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). <i>Pneumologie</i> 2007; 61(5):e1-e40.</p> <p>- NVL COPD: Langfassung; Version 1.6 [Online] 04.2008</p>		

Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V und § 137f Absatz 2 Satz 5 SGB V zur Aktualisierung der Empfehlungen für das DMP Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen, Teil II: COPD.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
	BPTK	<p>Änderungsvorschlag auf der Basis der Variante 1:</p> <p>„Änderungsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame psychologisch-psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen im Rahmen eines multimodalen Programms zur Raucherentwöhnung angeboten werden, ggf. einschließlich geeigneter unterstützender medikamentöser Maßnahmen.“</p>	<p>Der Änderungsvorschlag trägt dem Sachverhalt Rechnung, dass die evidenzbasierten komplexeren Behandlungsansätze zur Raucherentwöhnung auf psychologisch-psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen basieren, die insbesondere bei schwer nikotinabhängigen Patientinnen und Patienten indiziert sind. Nikotinabhängige Patientinnen und Patienten mit COPD sollten nicht nur über diese Behandlungsmaßnahmen informierend beraten werden, sondern es sollte ihnen im Rahmen des DMP auch ein konkretes Behandlungsangebot unterbreitet werden.</p>	Ja	<p>Die Notwendigkeit der Nennung der Verhaltenstherapie wurde – im Sinne einer Präzisierung der nicht-medikamentösen Maßnahmen – aufgenommen.</p> <p>Insbesondere verhaltenstherapeutische Maßnahmen sind im Rahmen der multimodalen Programme vorgesehen.</p>
5	<p>DEGEMED Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. 02.05.2009</p>	<p>5.1</p> <p>Zu Ziffer 1.6.4: Vorschlag zur Änderung der Textpassage: Eine Rehabilitationsleistung ist insbesondere vorzusehen ab einem mittleren Schweregrad der COPD (Schweregrad II nach Gold) mit alltagsrelevanten Krankheitsfolgen trotz adäquater ambulanter medizinischer Betreuung. Eine Rehabilitation ist vor allem dann angezeigt, wenn indizierte nichtmedikamentöse Behandlungsmaßnahmen ambulant nicht durchführbar bzw. nicht verfügbar sind. Dies betrifft vor allem eine notwendige medizinische Trainingstherapie, sofern diese ambulant nicht leistbar ist.</p> <p>Nach einer stationären Krankenhausbehandlung wegen COPD-Exazerbation sollte regelmäßig die Indikation zur Anschlussrehabilitation geprüft werden.</p>	<p>Rehabilitation wird in allen nationalen und internationalen COPD-Leitlinien bereits ab einem mittleren Schweregrad (Schweregrad II, nach Gold) empfohlen. Entsprechend den gültigen evidenzbasierten Leitlinien ist es also erforderlich, eine Rehabilitationsmaßnahme nicht nur auf Patienten mit „schwierigen und instabilen“ Krankheitsverläufen „mit schwerer bronchialer Obstruktion... und/oder medikamentös bedingten Folgekomplikationen“ zu beschränken. Vielmehr muss die Empfehlung einer Rehabilitation bereits bei einem <u>mittleren</u> Schweregrad der COPD zu erfolgen.</p> <p>Gerade ein DMP sollte Empfehlungen enthalten, die den in dem vorliegenden Entwurf bereits zitierten Leitlinien („NVL COPD“, Empfehlung der „Deutschen Ges. für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur COPD“, internationale GOLD-Leitlinie) entsprechen.</p>	Nein	<p>Die derzeitige Formulierung des Empfehlungstextes ist umfassender und schließt eine Rehabilitation von Patientinnen und Patienten des mittleren Schweregrad II mit ein.</p> <p>Die derzeitige Formulierung schließt auch die Möglichkeit rehabilitativer Maßnahmen nach stationärer Krankenhausbehandlung wegen COPD-Exazerbation mit ein.</p>