

Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

A decorative horizontal bar consisting of 18 squares of varying shades of blue and grey, located below the title and above the footer.

DOKUMENTATION DER ANHÖRUNG ZUM BERICHTSPLAN

Projekt: V25-02

Version: 1.0

Stand: 09.12.2025

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags

14.05.2025

Interne Projektnummer

V25-02

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Siegburger Str. 237
50679 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis.....	iii
1 Dokumentation der Anhörung	1
Anhang A Dokumentation der Stellungnahmen	2

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

1 Dokumentation der Anhörung

Am 16.07.2025 wurde der Berichtsplan in der Version 1.0 vom 09.07.2025 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 13.08.2025 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 4 Stellungnahmen form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahmen sind im Anhang A abgebildet.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des Berichtsplans überprüft. Durch die Anhörung ergaben sich keine Änderungen in der Berichtsmethodik. Der Vorbericht wird daher auf Grundlage des Berichtsplans in der Version 1.0 erstellt und auf der Website des IQWiG unter www.iqwig.de veröffentlicht. Etwaige Spezifizierungen der Methodik werden im Vorbericht dargestellt. In Abschnitt A4.3 des Vorberichts wird gegebenenfalls auf wesentliche Argumente aus der Anhörung eingegangen.

Anhang A Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A.1 Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen.....	A 2
A.1.1 Deutsche Atemwegsliga e. V. (DAL).....	A 2
A.1.2 Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e. V. (QUETHEB) und Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)	A 7
A.1.3 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP).....	A 19
A.1.4 PulmonX Corp.....	A 24

A.1 Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 Deutsche Atemwegsliga e. V. (DAL)

Autorinnen und Autoren

- Criée, Carl Peter
- Kardos, Peter
- Worth, Heinrich

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V25-02

Titel: Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigelegten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum (Berichtsplan / Vorbericht)“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>	
Worth, Heinrich. Prof. Dr. med.	
Kardos, Peter Dr. med.	
Criée, Carl Peter, Prof. Dr. med.	
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)	
<input checked="" type="checkbox"/>	im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Atemwegsliga e.V.
<input type="checkbox"/>	als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte vor der Tabelle ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der Tabelle.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigelegt werden.</i>
1 Hintergrund, betreffendes Krankheitsbild S.1	Anmerkung: Chronischer Husten und Dyspnoe stellen bereits die wichtigsten Atemprobleme bei COPD dar. Daher ist der Begriff „Atemprobleme“ schwer hiervon abzugrenzen.
S.2	<u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Die häufigsten Symptome der COPD sind Atemnot, chronischer Husten mit und ohne Auswurf [6]. Streichung des letzten Satzes auf S.1.
S. 2	Anmerkung: Die Erfassung der Auswirkungen der COPD sollte Schweregrad, Exazerbationsrisiko und Komorbiditäten berücksichtigen. Die meisten Patienten mit eher leichter COPD versterben nicht an der COPD, sondern an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Damit die Auswirkungen einer COPD auf den einzelnen Patienten oder die einzelne Patientin genauer erfasst werden, werden der Schweregrad der Erkrankung anhand der Beurteilung von Symptomen, Schweregrad von Obstruktion und Überblähung sowie Schweregrad und Anzahl von Komorbiditäten berücksichtigt.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigelegt werden.</i>
	<p>Anmerkung: Die Begründung der Notwendigkeit der Abgrenzung von Asthma und COPD besteht nicht in Unterschieden bezüglich der Diagnostik.</p> <p>Vorgeschlagene Änderung: Die COPD ist von einem Asthma bronchiale abzugrenzen, da sich diese beiden Erkrankungen bezüglich der Therapie und Prognose unterscheiden.</p> <p>S. 2. Epidemiologie:</p> <p>Anmerkung: Ob eine echte Reduktion der Zahl der Patienten und Patientinnen in den letzten Jahren stattgefunden hat, ist wegen der Auswirkungen der Corona-Epidemie mit Reduktion von Patienten und Patientinnen im ambulanten und stationären Bereich wegen Angst vor Ansteckung und wegen der demographischen Entwicklung in Deutschland zweifelhaft [1,2,3] Die zur Verfügung stehenden Zahlen beziehen sich gerade auf die Jahre der Corona Epidemie.</p> <p>Vorgeschlagene Änderung: Streichung des letzten Satzes des Kapitels Epidemiologie.</p> <p><u>Literatur:</u></p> <p>(1) <u>WIdO: Gesundheitsatlas-Deutschland.de Methodik, Stand Juli 2025; https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/data/Downloads/gesundheitsatlas_deutschland_methodik.pdf d Methodik</u></p> <p>(2) <u>Statistisches Bundesamt (2025). Diagnosedaten der Krankenhäuser (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). GBE - Gesundheitsberichterstattung des Bundes. https://www.qbe-bund.de:443/qbe/isqbe.archiv?p_indnr=550&p_archiv_id=6975211&p_sprache=D&p_action=A (Abgerufen: 06. August 2025)</u></p> <p>(3) <u>Pritzkuleit R, Beske F, Katalinic A (2010) Erkrankungszahlen in der Pneumologie- eine Projektion bis 2060. Pneumologie 64: 535-540</u></p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigelegt werden.</i>
4.1.2 Versorgungsaspekte S. 5	<p>Anmerkung: Die aufgeführten übergeordneten Versorgungsaspekte sind unzureichend bzw. zu unspezifisch. Es gibt inzwischen für Subgruppen der COPD unterschiedliche Therapieoptionen und auch Therapieoptionen zur Behandlung des schweren Lungenemphysems.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Diagnostik von chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem sowie therapierelevanter Subgruppen der COPD</u> • <u>Prävention (incl. Schutzimpfungen, Maßnahmen an gefährdeten Arbeitsplätzen)</u> • <u>differenzierte Therapieplanung</u> • <u>therapeutische Maßnahmen (nichtmedikamentös incl. Raucherentwöhnung und Bewegungstherapie sowie strukturierter Patientenschulung; medikamentös; interventionell/operativ)</u> • <u>Rehabilitation</u> • <u>Palliativmaßnahmen</u> <p>S.6. 4.1.5 Publikationszeitraum: Die aktuelle NVL- COPD setzt sich aus Jahre zurückliegenden und aktuelleren Anteilen zusammen. Wie wird das bei der LL- Bewertung berücksichtigt. Es wurde vereinbart, dass in der neuen S2k- Leitlinie der DGP zu Diagnostik und Therapie aktuelle Therapieoptionen aus fachärztlicher Sicht berücksichtigt werden, die in der NVL deshalb herausgenommen wurden, z. B. die interventionelle/operative Behandlung des schweren Lungenemphysems. Um diese Therapieoptionen auch zu bewerten, wäre es sinnvoll das Erscheinen der neuen S2k- Leitlinie (geplant Ende 2025) abzuwarten, bevor eine Synopse publiziert wird die Grundlage für eine neue DMP- COPD Richtlinie wird.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

A.1.2 Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e. V. (QUETHEB) und Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)

Autorinnen und Autoren

- Köpcke, Uta
- Meteling-Eeken, Marleen
- Schäfer, Christiane

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V25-02

Titel: Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigelegten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum (Berichtsplan / Vorbericht)“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Meteling-Eeken, Marleen
Schäfer, Christiane
Köpcke, Uta
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen) <input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V. (QUETHEB) Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) <input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte vor der Tabelle ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der Tabelle.

Wir begrüßen das IQWiG-Projekt V25-02 Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Gerne nehmen wir die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Berichtsplan [1] wahr.

Die COPD wird zunehmend als Systemerkrankung verstanden und therapiert [2-3], so dass sich evidente internationale COPD-Literatur nicht mehr nur auf die Atemwege beschränkt, sondern von Beginn an auch mögliche Auswirkungen (u.a. auf Herz, Knochen, Metabolismus, Nieren, Psyche) in den Fokus der Therapie setzt. Die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) COPD 2021 [4] verweist für detaillierte Informationen zum interdisziplinären Versorgungsmanagement von Patientinnen und Patienten mit COPD und Komorbidität zu den NVL Asthma 2024 [5], NVL Chronische Herzinsuffizienz 2023 [6], NVL Koronare Herzkrankheit (KHK) 2024 [7], NVL Typ-2-Diabetes 2023 (nicht medikamentös) [8] und NVL Unipolare Depression 2023 [9].

Für den Bereich **Ernährung bei COPD** (und Komorbiditäten) liegen folgerichtig ergänzende **Empfehlungen** in:

- **spezifischen deutschen/europäischen Leitlinien** [4] (bei Komorbidität auch [6-9], sowie die „2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes“ der European Society for Cardiology (ESC) [10], die S3-Leitlinien zu Adipositas 2024 [11], Osteoporose 2023 [12], Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter 2025 [13], Heimenterale und heimparenterale Ernährung 2024 [14] oder die „ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit“ 2023 der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) [15]),
- **internationalen COPD-Guidelines** wie die amerikanische „Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A 2019 Evidence Analysis Center Evidence-Based Practice Guideline 2021 [16], die „Practical Guidelines by the Andalusian Group for Nutrition Reflection and Investigation (GARIN) on Nutritional Management of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease“ 2024 [17], die „Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2025 GOLD Report“ [18], die „Australian and New Zealand Guidelines for the management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease“ 2024 [19] sowie die australische „Chronic Obstructive Pulmonary Disease Clinical Care Standard“ 2024 [20], als auch in

- **Systematische Reviews (SR)** wie das Cochrane Review „Nutritional supplementation for stable chronic obstructiv pulmonary disease“ von Ferreira et al. 2012 [21], die SR „Nutritional support and functional capacity in chronic obstructive pulmonary disease“ von Collins et al. 2013 [22] und „Nutrition as a modifiable factor in the onset and progression of pulmonary function impairment in COPD“ von Van Iersel et al. 2022 [23], sowie in
 - **„State of the art-Overviews** on nutritional assessment and therapy in COPD“ wie von Schols et al. 2014 [2] mit dem Update-Overview von Beijers et al. 2023 [24], und in
 - **Narrative Reviews** wie „Medical nutrition therapy in chronic obstructive pulmonary disease“ von Savino-Lloredo et al. 2025 [3] und „The Role of Nutrition and Nutritional Supplements in the Prevention and Treatment of Malnutrition in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Current Approaches in Nutrition Therapy“ von Tuna et al. 2025 [25]
- zu Ernährungsthemen wie Screening auf Mangelernährung, Ernährungsassessment, Energie- und Eiweißzufuhr, Mikronährstoffen, Sarkopenie/Osteoporose-Prävention, Ernährung bei Untergewicht, Ernährung bei Übergewicht und Supplementierung vor. Da es in Anlage 11 „Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)“ der aktuellen DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) [26] nur zwei Bemerkungen zur Ernährung gibt – nämlich, dass der Ernährungszustand für die individuelle Risikoabschätzung prognostisch relevant ist und dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientin oder den Patienten insbesondere hinweisen soll auf eine adäquate Ernährung (hyperkalorisch bei Untergewicht) (S. 112-113) – finden diese Aspekte im derzeitigen DMP keine oder eine unzureichend präzise Berücksichtigung.

Wie auf der AWMF-Seite <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/073-006OL> zur Anmeldung der S3-Leitlinie Ernährung und Ernährungsmedizin in der Onkologie unter Ethische und soziale Aspekte in Bezug auf Patientinnen und Patienten mit Krebs formuliert steht, stellt bei Patientinnen und Patienten mit COPD ebenso „eine unterlassene Beratung bei Beeinträchtigungen der Ernährung im Rahmen der“ COPD-„Erkrankung oder -Therapie eine unbefriedigende Situation im Hinblick auf eine zu fordernde ganzheitliche oder bio-psycho-soziale Versorgung dar“. Tatsächlich sind „ethisch weder die unter Patientinnen und Patienten mit“ COPD „weitverbreitete Mangelernährung“ [22, 27, 28] „noch“ eine ungenügende „Kommunikation zu allen Fragen von Betroffenen rund um das Thema Essen in einer modernen die Patientenautonomie fordernden und fördernden Gesellschaft akzeptabel“. Und ja, „es besteht damit drängender Bedarf für eine aktualisierte und transparente Darlegung der verfügbaren Evidenz zur Behandlung prognose-relevanter Störungen der Ernährungssituation bei Betroffenen“ mit einer COPD-Erkrankung.

Aufgrund der nunmehr vorliegende Literatur sollte eine Aktualisierung des DMP-COPD die weitreichenden Einschränkungen und bekannten Komorbiditäten der COPD stärker

adressieren. Es sollten **Qualitätskriterien rund um den Bereich Ernährungsschulung** erfolgen und ihnen ein **erhöhter Stellenwert zugeordnet werden**. Insbesondere da sich die Lebensqualität dieser progredienten Erkrankung durch den Faktor Ernährung positiv beeinflussen lässt [17, 21, 29-31].

Die Möglichkeit einer begleitenden individuellen Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte wie Diätassistentinnen / Diätassistenten und äquivalent anerkannte Berufsgruppen [32] im Rahmen interprofessioneller Zusammenarbeit [33, 34] sollten multimorbiden Betroffenen angeboten werden, wie in mehreren COPD-Guidelines [4, 16, 17, 19, 20] hervorgehoben wird. Es handelt sich bei der ernährungstherapeutischen Leistung nicht um eine Leistung, die bisher in der Heilmittelrichtlinie verankert ist. Vielmehr können Ärztinnen und Ärzte mit Hilfe einer Notwendigkeitsbescheinigung diese empfehlen. Zahlreiche Krankenkassen bezuschussen die Leistung unter Zuhilfenahme des § 43 SGB V. Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung kann beispielsweise auf der Seite des VDD heruntergeladen werden.

Unter „Vorgeschlagene Änderung“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen grün unterstrichen hervorgehoben.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigelegt werden.</i>
1. Betreffen- des Krank- heitsbild, Absatz 2, (S. 1)	<p><u>Anmerkung</u></p> <p>Die COPD wird heute als eine komplexe und heterogene Atemwegs- und Lungenerkrankung verstanden. Vor allem rücken die kardiovaskulären, metabolischen und muskuloskelettalen Komorbiditäten, die mit einer COPD einhergehen, in den Therapiekontext [2-4, 16-20].</p> <p>Die unter den allgemeinen Aspekten erwähnten Ernährungsthemen sollten in der DMP-COPD-Schulung verstärkt gelehrt werden, um die Lebensqualität der Betroffenen rechtzeitig und nachhaltig zu verbessern [16, 17, 23, 25, 30].</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p> <p>„Die COPD ist eine <u>komplexe und heterogene</u> Atemwegs- und Lungenerkrankung. Sie ist <u>chronisch</u>, in der Regel <u>progredient</u> und ist durch eine nach Gabe von Bronchodilatoren nicht vollständig reversible Atemwegs-obstruktion gekennzeichnet. Sie geht einher mit einer chronisch obstruktiven Bronchitis oder einem Lungenemphysem oder beidem. <u>Kardiovaskuläre, metabolische und muskuloskelettalen Komorbiditäten bestimmen den Schweregrad und den Therapiekontext der COPD.</u>“</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigelegt werden.</i>
<p>1. Betreffen- des Krank- heitsbild, Absatz 3, (S. 1) und Absatz 5, (S. 2)</p> <p>Absatz 3 (S. 1)</p> <p>Absatz 5 (s. 2)</p>	<p><u>Anmerkung</u></p> <p>Neben den genannten Risikofaktoren für das Auftreten einer COPD formulieren nationale und internationale Studien/ Guidelines Adipositas als eigenständige Risikofaktor für COPD [11, 35]. Auch eine Ernährungsweise, die gekennzeichnet wird durch einen hohen Verzehr von rotem oder verarbeitetem Fleisch, raffinierten Getreideprodukten, gesättigten Fetten und Süßigkeiten steht mit einem erhöhten Risiko für COPD und einer beschleunigten Abnahme der Lungenfunktion in Zusammenhang [23, 24]. Zudem wurde bei Patienten mit Adipositas, die für eine COPD-Exazerbation aufgenommen wurden, gleichzeitige Mangelernährung als unabhängiger Risikofaktor für ein schlechteres Outcome identifiziert [36]. Adipositas gehört laut NVL COPD zu den Komorbiditäten der COPD [4].</p> <p>Ein regelmäßiges Screening auf Mangelernährung, und beim Risiko auf Mangelernährung ein Ernährungsassessment, sollte bei Patientinnen und Patienten mit COPD empfohlen werden. Insbesondere bei einer Mangelernährung und ungewolltem Gewichtsverlust ist eine ernährungstherapeutische Begleitung von Nutzen [2, 4, 13, 16-19, 24-25, 31, 36-38]. Der Ernährungsqualität sollte als veränderbarer Faktor bei der Entstehung und dem Fortschreiten von COPD mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden [23, 24].</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p> <p>„Den wichtigsten Risikofaktor für das Entstehen bei COPD stellt inhalativer Tabakkonsum dar [IQWiG-Quellen 5,6]. Weitere Risikofaktoren für das Auftreten einer COPD können inhalativer Konsum alternativer Tabakprodukte (z. B. E-Zigaretten), Luftverschmutzung, <u>Adipositas</u>, Atemwegsinfektionen (in der Kindheit), berufsbedingte inhalative Noxen oder Tuberkulose sein [IQWiG-Quelle 7]. [...] Der Krankheitsverlauf wird von akuten Exazerbationen, die häufig auftreten können, und von Komorbiditäten, <u>inklusive Adipositas, als auch von Folgen der Erkrankung wie Untergewicht [4], beeinflusst [IQWiG-Quelle 9].“</u></p> <p>„Damit die Auswirkungen einer COPD auf den einzelnen Patienten oder die einzelne Patientin genauer erfasst werden, wird der Schweregrad der Erkrankung anhand der Beurteilung der Symptome zusammen mit den spirometrischen Kriterien und / oder dem Exazerbationsrisiko des Patienten berücksichtigt [IQWiG-Quellen 10,11]. <u>Die Beurteilung der Symptome schließt ein Screening auf Mangelernährung (ungewollter Gewichtsverlust, sarkopene Adipositas) [37, 38] und eine Beurteilung der Ernährungsqualität [23, 24] ein.“</u></p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Berichtsplan. Projekt: V25-02. Stand: 09.07.2025. Köln: IQWiG, 2025. [Zugriff: 16.07.2025]. URL: https://www.iqwig.de/download/v25-02_dmp-copd_berichtsplan_v1-0.pdf.
2. Schols AM, Ferreira IM, Franssen FM, Gosker HR, Janssens W, Muscaritoli M, et al. Nutritional assessment and therapy in COPD: a European Respiratory Society statement. Eur Respir J 2014;44(6):1504-20. DOI: 10.1183/09031936.00070914. [Zugriff: 08.08.2025]. URL: <https://publications.ersnet.org/content/erj/44/6/1504.full.pdf>.
3. Savino-Lloreda P, Lopez-Daza D, Casas-Herrera A. Medical nutrition therapy in chronic obstructive pulmonary disease: A narrative review. Nutr Clin Pract 2025;40(4):793-804. DOI: 10.1002/ncp.11329. [Zugriff: 09.08.2025]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12242102/pdf/NCP-40-793.pdf>.
4. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie COPD. Teilpublikation der Langfassung. 2. Auflage, Version 1. AWMF-Register-Nr. nvl-003. 2021. Stand: 12/2024. [Zugriff: 05.08.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-003l_S3_COPD_2024-12.pdf.
5. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma. Version 5.0. AWMF-Register-Nr. nvl-002. Stand: 08/2024. [Zugriff: 05.08.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-002l_S3_Asthma_2024-08.pdf.
6. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Version 4.0. AWMF-Register-Nr. nvl-006. NVL-Programm 2023. [Zugriff: 06.08.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2023-12.pdf.
7. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK. Version 7.0. AWMF-Register-Nr. nvl-004. NVL-Programm 2024. [Zugriff:

- 06.08.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-004l_S3_Chronische-KHK_2024-09.pdf.
8. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes, Ergänzung zu Version 3: Kapitel Nicht-medikamentöse Therapie 2024. [Zugriff: 06.08.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/Nationale_Versorgungs-Leitlinie/nvl-001kaperg_S3_Typ-2-Diabetes_2024-12.pdf.
 9. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Version 3.2, Juli 2023. AWMF-Register-Nr. nvl-005. NVL-Programm 2022. [Zugriff: 06.08.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-005l_S3_Unipolare-Depression_2023-07.pdf.
 10. Marx N, Federici M, Schutt K, Muller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur Heart J 2023;44(39):4043-140. DOI: 10.1093/eurheartj/ehad192. [Zugriff: 06.08.2025]. URL: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false>.
 11. Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) e. V. S3-Leitlinie Adipositas – Prävention und Therapie. Version 5.0 Oktober 2024. AWMF-Register Nr. 050/001. [Zugriff: 06.08.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-001l_S3_Praevention-Therapie-Adipositas_2024-10.pdf.
 12. Dachverband der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e.V. DVO. S3-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr. 2023. Langfassung V 2.1, AWMF-Register-Nr.: 183/001. [Zugriff: 08.08.2025]. URL: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/183-001>.
 13. Volkert D, Bauer J, Benzinger P, Eglseer D, Frühwald T, Gehrke I, Kiesswetter E, Lenzen-Großimlinghaus R, Wirth R. S3-Leitlinie Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). [Zugriff: 06.08.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/073-019l_S3_Klinische-Ernaehrung-Hydrierung-im-Alter_2025-02.pdf.
 14. Bisschoff SC, Arends J, Decker-Baumann C, et al. S3-Leitlinie Heimenterale und heimparenterale Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). In Zusammenarbeit mit der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE), der Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Metabolismus Schweiz (GESKES) und

- der Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP). *Aktuell Ernährungsmed* 2024; 49(2): 73-155. [Zugriff: 05.08.2025]. URL: https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Leitlinien/S3-Leitlinien/07a_Leitlinie_DGEM_Online-PDF_watermarked.pdf.
15. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Calder PC, Casaer M, Hiesmayr M, et al. ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr* 2023;42(9):1671-89. DOI: 10.1016/j.clnu.2023.07.011. [Zugriff: 07.08.2025]. URL: [https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN practical and partially revised guideline Clinical nutrition in the intensive care unit.pdf](https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_practical_and_partially_revised_guideline_Clinical_nutrition_in_the_intensive_care_unit.pdf).
 16. Hanson C, Bowser EK, Frankenfield DC, Piemonte TA. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A 2019 Evidence Analysis Center Evidence-Based Practice Guideline. *J Acad Nutr Diet* 2021;121(1):139-65 e15. DOI: 10.1016/j.jand.2019.12.001.
 17. Justel Enriquez A, Rabat-Restrepo JM, Vilchez-Lopez FJ, Tenorio-Jimenez C, Garcia-Almeida JM, Irlas Rocamora JA, et al. Practical Guidelines by the Andalusian Group for Nutrition Reflection and Investigation (GARIN) on Nutritional Management of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review. *Nutrients* 2024;16(18). DOI: 10.3390/nu16183105. [Zugriff: 08.08.2025]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11434837/pdf/nutrients-16-03105.pdf>.
 18. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2025 GOLD Report. [Zugriff: 07.08.2025]. URL: <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>.
 19. Yang IA, George J, McDonald CF, Disler R, Ordman R, Goodwin A, Smith B, McNamara R, Zwar N, Dabscheck E. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand Guidelines for the management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2024. Version 2.77, December 2024. Published online 09 April 2025. [Zugriff: 08.08.2025]. URL: https://copdx.org.au/wp-content/uploads/2025/05/COPD-X-V2.77_FINAL_2025-05-09.pdf.
 20. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Clinical Care Standard. October 2024. [Zugriff: 08.08.2025]. URL: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2024-10/chronic-obstructive-pulmonary-disease-clinical-care-standard-2024.pdf>.
 21. Ferreira IM, Brooks D, White J, Goldstein R. Nutritional supplementation for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD000998. DOI: 10.1002/14651858.CD000998.pub3. [Zugriff: 08.08.2025]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11742366/pdf/CD000998.pdf>.

22. Collins PF, Elia M, Stratton RJ. Nutritional support and functional capacity in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Respirology* 2013;18(4):616-29. DOI: 10.1111/resp.12070. [Zugriff: 09.08.2025]. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/resp.12070>.
23. van Iersel LEJ, Beijers R, Gosker HR, Schols A. Nutrition as a modifiable factor in the onset and progression of pulmonary function impairment in COPD: a systematic review. *Nutr Rev* 2022;80(6):1434-44. DOI: 10.1093/nutrit/nuab077. [Zugriff: 08.08.2025]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9086787/pdf/nuab077.pdf>.
24. Beijers R, Steiner MC, Schols A. The role of diet and nutrition in the management of COPD. *Eur Respir Rev* 2023;32(168). DOI: 10.1183/16000617.0003-2023. [Zugriff: 08.08.2025]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10245132/pdf/ERR-0003-2023.pdf>.
25. Tuna T, Samur G. The Role of Nutrition and Nutritional Supplements in the Prevention and Treatment of Malnutrition in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Current Approaches in Nutrition Therapy. *Curr Nutr Rep* 2025;14(1):21. DOI: 10.1007/s13668-025-00613-8. [Zugriff: 08.08.2025]. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11762775/pdf/13668_2025_Article_613.pdf.
26. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL). [Zugriff: 09.08.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3839/DMP-A-RL_2024-11-22_iK-2025-07-01.pdf.
27. Deng M, Lu Y, Zhang Q, Bian Y, Zhou X, Hou G. Global prevalence of malnutrition in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Systemic review and meta-analysis. *Clin Nutr* 2023;42(6):848-58. DOI: 10.1016/j.clnu.2023.04.005.
28. Hu C, Song B, Liu X, Sun L, Li M, He X. The Association Between COPD, Acute Exacerbations of COPD, and Survival in COPD, with Fat-Free Body Mass Index: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2025;20:2589-600. DOI: 10.2147/COPD.S526194. [Zugriff: 08.08.2025]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12306560/pdf/copd-20-2589.pdf>.
29. van Beers M, Rutten-van Molken M, van de Bool C, Boland M, Kremers SPJ, Franssen FME, et al. Clinical outcome and cost-effectiveness of a 1-year nutritional intervention programme in COPD patients with low muscle mass: The randomized controlled NUTRAIN trial. *Clin Nutr* 2020;39(2):405-13. DOI: 10.1016/j.clnu.2019.03.001. [Zugriff: 09.08.2025]. URL: <https://www.clinicalnutritionjournal.com/action/showPdf?pii=S0261-5614%2819%2930114-1>.

30. Korkmaz C, Demirbas S, Vatansev H, Yildirim E, Teke T, Zamani A. Effects of comprehensive and intensive pulmonary rehabilitation and nutritional support on quality of life and functional status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Int Med Res 2020;48(4):300060520919567. DOI: 10.1177/0300060520919567. [Zugriff: 09.08.2025]. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7175054/pdf/10.1177_0300060520919567.pdf.
31. Nguyen HT, Pavey TG, Collins PF, Nguyen NV, Pham TD, Gallegos D. Effectiveness of Tailored Dietary Counseling in Treating Malnourished Outpatients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Controlled Trial. J Acad Nutr Diet 2020;120(5):778-91 e1. DOI: 10.1016/j.jand.2019.09.013.
32. GKV-Spitzenverband. Anlage 5: Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung [online]. 2022 [Zugriff: 02.08.2025]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20211110_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie_barrierefrei.pdf.
33. Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET). EMET Vision Nutrition. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET). Zusammenarbeit in der ambulanten ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Versorgung. 02.12.2021. [Zugriff: 02.08.2025]. URL: <https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier-ag-emet-final-upload-tmp-upload-tmp.pdf>.
34. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung. Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 01.02.2024. p. 1-30. [Zugriff: 02.08.2025]. URL: <https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf>.
35. Larsson SC, Burgess S. Causal role of high body mass index in multiple chronic diseases: a systematic review and meta-analysis of Mendelian randomization studies. BMC Med 2021;19(1):320. [Zugriff: 06.08.2025]. URL: DOI: 10.1186/s12916-021-02188-x. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8672504/pdf/12916_2021_Article_2188.pdf.

36. El Labban M, El-Zibaoui R, Usama SM, Niaz F, Cohen A, Krastev P, et al. Malnutrition and Obesity in Patients with COPD Exacerbation, Insights from the National Inpatient Sample. *Open Respir Med J* 2024;18:e18743064322829. DOI: 10.2174/0118743064322829240801094830. [Zugriff: 07.08.2025]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11499682/pdf/TORMJ-18-e18743064322829.pdf>.
37. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr* 2019;38(1):1-9. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.002.
38. Cederholm T, Jensen GL, Correia M, Gonzalez MC, Fukushima R, Pisprasert V, et al. The GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: A 5-year update. *Clin Nutr* 2025;49:11-20. DOI: 10.1016/j.clnu.2025.03.018.

A.1.3 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)

Autorinnen und Autoren

- Bausewein, Claudia
- Nehls, Wiebke

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V25-02

Titel: Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigelegten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum (Berichtsplan / Vorbericht)“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>	
Prof. Dr. med. Claudia Bausewein	
Dr. med. Wiebke Nehls	
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)	
<input checked="" type="checkbox"/>	im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
<input type="checkbox"/>	als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte vor der Tabelle ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der Tabelle.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
z. B. 3.4 (S. 16)	<u>Anmerkung</u> <u>Vorgeschlagene Änderung</u>
	<u>Anmerkung</u> <u>Vorgeschlagene Änderung</u>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Berichtsplan V25-02 – Aktualisierung des Disease-Management- Programms (DMP) COPD

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin begrüßt ausdrücklich die geplante Aktualisierung des DMP COPD und bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Vor dem Hintergrund unserer langjährigen Erfahrung in der Versorgung schwerstkranker und chronisch fortschreitend erkrankter Menschen möchten wir folgende Aspekte zur Berücksichtigung anregen:

1. Berücksichtigung palliativer Versorgungsaspekte im DMP COPD

Obwohl COPD eine chronisch progrediente, nicht heilbare Erkrankung mit hoher Mortalität und komplexen Belastungen ist, finden Aspekte der Palliativversorgung bislang im DMP keine strukturelle Berücksichtigung. In Anlehnung an die NVL COPD sowie die S3-Leitlinie Palliativmedizin bei nicht heilbaren Krebserkrankungen regen wir an, die folgenden Inhalte als ergänzende Versorgungsaspekte in das DMP aufzunehmen:

- Früherkennung palliativer Versorgungsbedarfe durch geeignete Assessment-Instrumente (z. B. I-POS, PCPSS)
- Linderung therapieresistenter Atemnot durch nicht-medikamentöse Verfahren und medikamentöse Maßnahmen
- Therapiezielfindung und vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning, Patientenverfügung, Notfallplanung)
- Integration spezialisierte Palliativversorgung bei komplexen Belastungen entsprechend der Bedarfsanalyse
- psychosoziale Unterstützung als Teil eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes
- Begleitung und Unterstützung von Angehörigen als integraler Bestandteil der Patientenversorgung

2. Einbindung einschlägiger Leitlinien

Wir empfehlen, bei der geplanten Leitliniensynopse auch folgende Leitlinien zu berücksichtigen:

- S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <http://leitlinienprogramm.onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> (Zugriff am: 11.07.2025))

- Holland AE, Spathis A, Marsaa K, Bausewein C, Ahmadi Z, Burge AT, Pascoe A, Gadowski AM, Collis P, Jelen T, Reilly CC, Reinke LF, Romero L, Russell AM, Saggu R, Solheim J, Vaghegini G, Vandendungen C, Wijsenbeek M, Tonia T, Smallwood N, Ekström M. European Respiratory Society clinical practice guideline on symptom management for adults with serious respiratory illness. Eur Respir J. 2024 Jun 28;63(6):2400335. doi: 10.1183/13993003.00335-2024. PMID: 38719772.
- NVL COPD (Langfassung 2024) (Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie COPD – Teilpublikation der Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2021 [cited: 2025-07-11]. DOI: 10.6101/AZQ/000477. www.leitlinien.de/copd) – dort sind bereits mehrere Schnittstellen zur Palliativversorgung benannt

3. Versorgungsrealität und ethische Aspekte

Gerade bei Patient:innen mit COPD im Endstadium bestehen häufig Unsicherheiten über den Wunsch nach bzw. die Notwendigkeit oder die Angemessenheit von Therapieeskalationen (z. B. invasive Beatmung, Reanimation). Das DMP könnte hier mit evidenzbasierten Empfehlungen zur Zielklärung, zur Beachtung des Patientenwillens und zur Vermeidung nicht indizierter Überversorgung einen wichtigen Beitrag leisten.

4. Digital gestützte palliative Interventionen

Im Sinne der im Berichtsplan erwähnten „digitalen medizinischen Anwendungen“ regen wir an, auch Projekte und Studien zur digitalen Symptombdokumentation, zu telemedizinischen palliativmedizinischen Konsilen oder ACP-Apps in den Blick zu nehmen.

Fazit

Wir regen an, die Perspektive der Palliativversorgung als Querschnittsaufgabe in das DMP COPD zu integrieren. Sie entspricht dem Versorgungsbedarf vieler Patient:innen mit fortgeschrittener COPD, ist leitliniengerecht umsetzbar und trägt zur Versorgungsqualität und Patientenorientierung bei.

A.1.4 PulmonX Corp

Autorinnen und Autoren

- Erath, Jerome
- Kersting, Thomas

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V25-02

Titel: Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigelegten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum (Berichtsplan / Vorbericht)“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Kersting, Prof. Dr. med. (ITC-Institut-TakeCare GmbH - Bevollmächtigter für PulmonX Corp.)
Erath, Jerome (PulmonX Corp.)
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: PulmonX Corp.
<input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte vor der Tabelle ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der Tabelle.

In der aktuellen DMP-COPD-Richtlinie sind zuletzt unter Abschnitt 1.5.5 „Operative Verfahren“ folgende Festlegungen neu getroffen worden:

„Nach Ausschöpfung der medikamentösen und anderer nicht-invasiver Therapiemöglichkeiten ist ein Eingriff zur Lungenvolumenreduktion bei schwerem Lungenemphysem zu erwägen. In Einzelfällen kann bei Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer COPD als Ultima Ratio eine Lungentransplantation in Betracht gezogen werden.“ [1]

Die Formulierung, dass die Lungenvolumenreduktion „zu erwägen“ sei, steht - auch wenn nicht-operativen Verfahren aus vielerlei Gründen so weit wie möglich der Vorzug in der Behandlung der COPD gegeben werden sollte - in keinem Verhältnis zur Bedeutung, die diese Methode in der klinischen Praxis bereits hat und in Zukunft haben könnte. Dies insbesondere in Relation zur Darstellung der übrigen therapeutischen Maßnahmen in Abschnitt 1.5 der DMP-A-RL. Verschiedene nationale und internationale Leitlinien geben – hierauf wurde bereits im Diskussionsprozess um die COPD-DMP-Richtlinie in unserer Stellungnahme 2019 deutlich mit Bezug auf seinerzeit existierende Leitlinien hingewiesen – ausführlichere und eindeutige Empfehlungen zur Lungenvolumenreduktion (LVR). Hierbei kommen im Wesentlichen zwei Verfahren zur Anwendung, die offen chirurgische Lungenvolumenreduktion (LVRS – Lung Volume Reduction Surgery) und der Einsatz von endobronchialen Ventilen (EBLVR - Endobronchial Lung Volume Reduction):

Der alljährlich erscheinende **GOLD-Report** für die Diagnose, Behandlung und Vorbeugung von COPD gilt – auch nach Bewertung der Cochrane Deutschland - als wichtigste internationale COPD-Leitlinie und wird auf der Grundlage der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz stetig weiterentwickelt und aktualisiert. Der aktuelle **GOLD Report 2025** [2] legt die Vorzüge der LVR ausführlich dar und auch Gründe, warum die Zahl der Patienten, die sich einer LVR unterziehen, weltweit nach wie vor gering ist. Verschiedene Patientenfaktoren wie die Schwierigkeit, Überweisungen zu erhalten, die Wahrnehmung erhöhter chirurgischer Komplikationen und eine eingeschränkte Versorgungskontinuität sind Gründe dafür, dass die Zahl der Patienten, die sich einer LVR unterziehen, trotz der berichteten Vorteile niedrig bleibt. Um erfolgreiche Ergebnisse zu erzielen, sei ein multidisziplinäres Team für die Auswahl

potenzieller LVR-Patienten und die Koordinierung der postoperativen Versorgung von entscheidender Bedeutung. Die Bedeutung der gegenüber der LVRS weniger invasiven und weniger aufwändigen endobronchialen Lungenvolumenreduktion EBLVR wird dabei deutlich herausgestellt:

„Bei ausgewählten Patienten mit heterogenem oder homogenem Emphysem und signifikanter Hyperinflation, die auf eine optimierte medizinische Behandlung nicht ansprechen, können chirurgische oder bronchoskopische Verfahren zur Lungenvolumenreduktion (z. B. endobronchiale Einwegventile, Lung Coils oder thermische Ablation) in Betracht gezogen werden. Einige dieser Therapien (Vaporisation und Lung Coils) sind in vielen Ländern für die klinische Versorgung nicht weit verbreitet. Bei ausgewählten Patienten mit einer großen Bulle kann eine chirurgische Bullektomie in Betracht gezogen werden. Bei ausgewählten Patienten mit sehr schwerer COPD und ohne relevante Kontraindikationen kann eine Lungentransplantation in Betracht gezogen werden.“ [2]

Die spanische GesEPOC 2021-Leitlinie [3] empfiehlt die LVR als wichtige Option für Patienten mit schwerem Emphysem und ausgeprägter pulmonaler Hyperinflation, die trotz optimaler medikamentöser Behandlung weiterhin symptomatisch sind. Primär soll für diese Patientengruppe eine Evaluation der Möglichkeit einer LVR mittels endoskopischer Verfahren wie der EBLVR erfolgen, während die chirurgische LVRS jenen Patienten vorbehalten bleiben, die für die endoskopische Methode nicht geeignet sind oder davon nicht profitieren.

Eine Vielzahl randomisierter klinischer Studien belege, dass die Implantation von unidirektionalen endobronchialen Ventilen bei Patienten mit heterogenem Emphysem und ohne Kollateralventilation signifikante Verbesserungen in Lungenfunktion (FEV1), Belastbarkeit (Sechs-Minuten-Gehtest), Dyspnoe und Lebensqualität für mindestens zwölf Monate erzielt. Die Behandlung gilt dabei als besonders vorteilhaft für Patienten, bei denen eine Integrität der interlobulären Fissuren (beurteilt durch High-Resolution-CT) vorliegt und keine Kollateralventilation nachweisbar ist. Zu den häufigsten Nebenwirkungen gehören Pneumothorax und die möglicherweise notwendige Repositionierung der Ventile nach Implantation. Im Vergleich zur klassischen chirurgischen LVRS seien die Ergebnisse der endobronchialen Ventiltherapie hinsichtlich Symptomverbesserung mit weniger Komplikationen verbunden und bieten eine gleichwertige Alternative [3]. Die chirurgische LVRS sei weiterhin indiziert bei Patienten mit schwerem, insbesondere oberlappigen Emphysem und niedriger körperlicher Belastbarkeit, sofern die endoskopische Methode nicht anwendbar ist. Diese Operationen sollten ausschließlich in spezialisierten Zentren durchgeführt werden, da das Mortalitätsrisiko für Patienten mit FEV1 <20% und homogenem Emphysem oder DLCO <20% erhöht ist.

Abschließend betont die Leitlinie die Notwendigkeit einer individuellen, multidisziplinären Beurteilung der geeigneten LVR und empfiehlt, die Wahl des Verfahrens an radiologischen und funktionellen Befunden sowie an der Symptomatik und Komorbiditäten auszurichten [3].

Die **NICE Leitlinien zu COPD in UK** [4a] empfehlen bereits 2019 die Überweisung einer Person mit COPD an ein multidisziplinäres Team zur LVR zur Beurteilung ob eine LVRS oder eine EBLVR geeignet sind, wenn eine schwere COPD mit einem FEV1 von unter 50 % und Atemnot vorliegt, welche die Lebensqualität der Patienten trotz optimaler medizinischer Behandlung beeinträchtigt, die Person nicht raucht, und sie eine 6-minütige Gehstrecke von mindestens 140 m bewältigen kann. Der **NHS England** [4b] hat die Evidenz zur Behandlung von schwerem Emphysem bei Erwachsenen mit LVR sorgfältig geprüft und ist zu dem Schluss gekommen, dass es genügend Evidenz gibt, um die Verfügbarkeit von Behandlungen sowohl mit chirurgischen Eingriffen als auch mit endobronchialen Ventilen in Zentren mit einem erfahrenen MDT in Betracht zu ziehen. Die Evidenzüberprüfung für die LVR durch endobronchiale Ventile bei schwerem Emphysem belege, dass Ventile den Patienten einen signifikanten Nutzen in Bezug auf Lungenfunktion, Belastbarkeit und Lebensqualität bieten. Die Evidenz zu einigen dieser Ergebnisparameter deute darauf hin, dass Patienten mit heterogenem Emphysem, Patienten ohne kollaterale Ventilation (CV) zum Ziellappen und Patienten mit vollständiger Lappenokklusion einen größeren Nutzen haben, obwohl auch Patienten mit homogenem Emphysem mit heterogener Perfusion davon profitieren können. Allerdings müssen die Risiken und Vorteile bei der Entscheidung für den einzelnen Patienten sorgfältig abgewogen werden.

Die **irischen Leitlinien zu COPD** [5] empfehlen unter 17.3 bei ausgewählten Patienten mit fortgeschrittenem Emphysem, dass bronchoskopische Eingriffe das endexpiratorische Lungenvolumen reduzieren und die Belastungstoleranz sowie den Gesundheitszustand und die Lungenfunktion 6 bis 12 Monate nach der Behandlung verbessern können. Als Methoden werden die EBLVR (Evidenzgrad A nach GOLD), Lungen-Coils (Evidenzgrad B) oder Dampfablation (Evidenzgrad B) vorgeschlagen.

Die **COPD Leitlinien für Australien und Neuseeland** [6] sehen die LVR-Therapie nur in spezialisierten Zentren mit hohem Durchsatz. Hierzu kann eine EBLVR bei ausgewählten Patienten mit schwerer COPD und Hyperinflation sinnvoll sein, die nicht für eine Operation in Frage kommen oder ein erhöhtes chirurgisches Risiko haben, sofern eine Kollateralventilation ausgeschlossen werden kann (intakte Fissur in der Bildgebung und negatives Chartis-Ergebnis während der Bronchoskopie). Die Rolle von Lungen-Coils wird dort als unklar angesehen, andere Verfahren werden gar nicht bewertet, weshalb neben der offen chirurgischen LVRS lediglich die EBLVR zum Einsatz kommt. Des Weiteren sollten alle Patienten, bei denen eine LVRS oder bronchoskopische Eingriffe durchgeführt werden soll, zuvor zur pulmonalen Rehabilitation überwiesen und von einem Expertengremium, bestehend aus einem

Radiologen, einem Lungenfacharzt, einem interventionellen Pneumologen und einem Thoraxchirurgen besprochen werden.

Für das vielfach in den aufgeführten Leitlinien empfohlene multidisziplinäre Team für die Auswahl potenzieller EBLVR-Patienten und die Koordinierung der postoperativen Versorgung bietet die primäre Indikationsstellung zur Lungenvolumenreduktion durch das DMP-COPD ideale Voraussetzungen – wie im Übrigen auch in der Qualitätssicherungs-Richtlinie bronchoskopische Lungenvolumenreduktion/QS-RL BLVR [12] festgelegt. Daher sollte in einer überarbeiteten DMP-COPD-Richtlinie auf Basis der in aktuellen Leitlinien herausgearbeiteten Evidenz der LVR und den bevorzugten Verfahren (mit u.E. Hervorhebung der EBLVR) ein ausführlicherer Abschnitt eingeräumt werden, damit diese Therapie zukünftig angemessen im DMP-COPD-Programm berücksichtigt werden kann.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigelegt werden.</i>
1 (S. 1) und 2 (S.3)	<p><u>Anmerkung</u></p> <p>Der Berichtsplan V25-02 Version 1.0 sieht folgendes Vorgehen vor:</p> <p><i>„Die inhaltlichen Anforderungen an ein DMP sind in der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) geregelt.“ Und weiter: „Folgende Fragestellung soll beantwortet werden: Welche Diskrepanzen finden sich zwischen den Empfehlungen aktueller evidenzbasierter Leitlinien und der derzeit gültigen DMP-A-RL? Zur Beantwortung der Fragestellung werden aktuelle evidenzbasierte Leitlinien identifiziert, bewertet sowie zur derzeit gültigen Anlage zum DMP COPD der DMP-A-RL diskrepante Empfehlungen extrahiert und inhaltlich zusammengefasst.“</i></p> <p>Die Beauftragung des IQWiG durch den G-BA verweist auf das 6. Kapitel § 5 Absatz 4 Nummer 2 der Verfahrensordnung des G-BA („Recherche nach und Analyse von neuen oder aktualisierten Leitlinien, die im vorigen Beratungsprozess noch nicht berücksichtigt wurden“)[7].</p> <p>Die Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA definiert aber bereits dieser Festlegung vorausgehend selbst:</p> <p><i>„Die Anforderungen (an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen, d.Verf.) sollen sich dabei insbesondere auf diejenigen Aspekte der Versorgung beziehen, für die begründete Hinweise auf relevante Versorgungsdefizite bestehen und für die entsprechende Versorgungsziele definiert werden können. Für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von</i></p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigelegt werden.</i>
	<p><i>Versorgungszielen sollen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein.“[8].</i></p> <p>Die Festlegung auf das 6. Kapitel § 5 Absatz 4 Nummer 2 der Verfahrensordnung des G-BA ist somit nicht ausreichend, um dem tatsächlichen Stand der Evidenz Rechnung zu tragen. Die Analyse muss vielmehr insbesondere auf bestehende Beschlüsse und Richtlinien des G-BA und die dort zugrunde Evidenz ausgeweitet werden, da ansonsten wichtige Erkenntnisse und Festlegungen in Diagnostik und Therapie möglicherweise ausgeblendet werden und dementsprechend nicht ausreichend in die Routineversorgung des in Frage stehenden Krankheitsbildes einbezogen werden.</p> <p>Eine solche Einbeziehung der G-BA-Beschlüsse ergibt sich zwingend aus §§ 91 und 92 SGB V, denn die auf der Grundlage des § 92 SGB V erlassenen Richtlinien des G-BA sind untergesetzliche Rechtsnormen und haben unmittelbare Rechtswirkung nach außen, insbesondere gegenüber den Leistungserbringern und Versicherten:</p> <p><i>„§ 92 - Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (1) 1Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; § 91 Gemeinsamer Bundesausschuss (6) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 136d sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.“</i></p> <p>Die Notwendigkeit, diesen Hinweis zu berücksichtigen wird an folgenden Beispielen belegt; in der aktuellen DMP-COPD-Richtlinie sind unter Abschnitt 1.5.5 „Operative Verfahren“ folgende Festlegungen neu getroffen worden:</p> <p><i>„Nach Ausschöpfung der medikamentösen und anderer nicht-invasiver Therapiemöglichkeiten ist ein Eingriff zur Lungenvolumenreduktion bei schwerem Lungenemphysem zu erwägen. In Einzelfällen kann bei Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer COPD als Ultima Ratio eine Lungentransplantation in Betracht gezogen werden.</i></p> <p><i>Siehe Zeilen 226-229 in [1]</i></p> <p>Bereits in unserer Stellungnahme zum DMP-COPD 2019 hatten wir aber auf Folgendes hingewiesen:</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigelegt werden.</i>
	<p><i>„Richtlinienbeschlüsse des G-BA, welches das Themengebiet betreffen und auf evidenzbasierten Erkenntnissen beruhen, müssen zwingend berücksichtigt werden.“[9]</i></p> <p>Leider ist seinerzeit diesem Hinweis nicht gefolgt worden – mit der Konsequenz, dass die operativen und interventionellen Therapie-Verfahren bei der Behandlung des schweren Emphysems als Ausprägung des COPD in der aktuellen Richtlinie keine angemessene Würdigung fanden und nicht im erforderlichen Umfang in den Therapiekanon der Behandlungsmethoden -gerade auch im DMP-COPD - integriert wurden. Das 2018 mit Erlass der Richtlinie des G-BA abgeschlossenen Methodenbewertungsverfahren nach §137c SGB V hatte eindeutig (und ohne Frage Evidenz-basiert) auf Basis der Vorarbeiten des IQWiG demgegenüber festgelegt, dass die „Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion mittels Einlage von Ventilen beim schweren Lungenemphysem“ eine Standard-Behandlung darstellt und in die Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung [Anlage I Methoden, die für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich sind] aufgenommen wird. In den Tragenden Gründen zu dieser Entscheidung hatte der G-BA formuliert:</p> <p><i>„In der Gesamtbewertung der vorliegenden Evidenz kommt der G-BA zu dem Schluss, dass die bronchoskopische LVR nach sorgfältiger Indikationsstellung einen Nutzen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einem fortgeschrittenen Lungenemphysem hat, deren Symptome nach Ausschöpfung medikamentöser und anderer nicht-invasiver Therapien nicht oder nur noch unzureichend beeinflusst werden können.“ [10].</i></p> <p>Die Formulierung der DMP-COPD-Richtlinie</p> <p><i>„Nach Ausschöpfung der medikamentösen und anderer nicht-invasiver Therapiemöglichkeiten ist ein Eingriff zur Lungenvolumenreduktion bei schwerem Lungenemphysem zu erwägen. In Einzelfällen kann bei Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer COPD als Ultima Ratio eine Lungentransplantation in Betracht gezogen werden“</i></p> <p>trägt diesen o.g. Richtlinien-Beschluss bis heute in keiner Weise Rechnung. Nach hiesigem Verständnis ist die Festlegung auf bestimmte Therapieverfahren bei gegebenen Indikationen (in diesem Falle COPD) in einer untergesetzlichen Norm auf der Basis von evidenzbasierten Auswertungen der Studienlage jedenfalls als höherwertig zu bewerten als die alleinige Betrachtung von in Leitlinien bereits ausformulierten Empfehlungen.</p> <p>Mit 1.127 mittels Endobronchial-Ventilen im Jahr 2024 behandelter Patienten (Lungenvolumenreduktion mittels Einlage von Ventilen beim schweren</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigelegt werden.</i>
	<p>Lungenemphysem - OPS 5-339.5*) [12] ist diese Behandlungsmethode mittlerweile bereits zum Goldstandard der Behandlung des schweren Emphysems geworden - im Methodenbewertungsverfahren wurde aber schon 2018 durch die Experten ein Potenzial zu behandelnder Patienten von deutlich mehr als 10.000 Fällen pro Jahr angegeben:</p> <p><i>„In Deutschland gibt es ca. 360 000 Erkrankte mit einer schweren oder schwersten COPD (GOLD-Stadium \geq 3).2 Nach Expertenschätzung (Prof. Welte, Medizinische Hochschule Hannover) kann für 10.000-15.000 dieser Patienten eine Indikationsstellung für eine Form der LVR in Betracht gezogen werden.“ [11].</i></p> <p>Auch die Entscheidungssituation und Beschlusslage der jüngeren Vergangenheit zu Methoden der Behandlung der COPD im G-BA macht deutlich, dass Beschlüsse des G-BA und Veränderungen in der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung bzw. Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung unbedingt in der jetzt geplanten Aufarbeitung und Analyse als Ergänzung des Standes der Leitlinien inkludiert werden müssen.</p> <p>Mit Beschluss vom 17. Oktober 2024 [12] wurde nämlich vom G-BA entschieden:</p> <p><i>I. In § 3 der QS-RL BLVR wird nach Absatz 4 folgender Absatz 4a eingefügt:</i></p> <p><i>„Die bronchoskopische Lungenvolumenreduktion mittels Einlage von Spiralen (Coils) soll bei Patientinnen und Patienten mit einem Residualvolumen von weniger als 225 % vom Soll nur in Ausnahmefällen erfolgen.“</i></p> <p><i>II. Die KHMe-RL wird wie folgt geändert:</i></p> <p><i>1. In der Nummer 13 der Anlage I (Methoden, die für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich sind) werden die Wörter „mit einem pulmonalen Residualvolumen von mindestens 225 % vom Soll“ gestrichen....</i></p> <p>Eine derartig relevante Veränderung in den Möglichkeiten der Behandlung der COPD spiegelt sich in den aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien jedenfalls (noch) nicht wider und würde entsprechend nicht angemessen in der Ausgestaltung der DMP-COPD-Richtlinie berücksichtigt werden können, wenn die Analyse gemäß Berichtsplan eingeschränkt bliebe.</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigelegt werden.</i>
	<p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p> <p>Kapitel 2, 3ter Absatz (S.3) zur Beantwortung der Fragestellung wird wie folgt ergänzt:</p> <p>„Richtlinienbeschlüsse des G-BA, welches das Themengebiet betreffen und auf evidenzbasierten Erkenntnissen beruhen, werden zwingend in Ergänzung der Leitlinienanalyse(n) berücksichtigt. Sie sind gegenüber Leitlinien-Formulierungen wegen ihres Charakters der untergesetzlichen Norm als gegenüber Leitlinien höherrangig einzustufen und dementsprechend vorrangig in der Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und der daraus folgenden Überarbeitung der Richtlinie DMP-COPD zu berücksichtigen.“</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinien/DMP-A-RL). Servicedokument zum Beschluss vom 18. August 2022 über die 28. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 11 (DMP COPD) und der Anlage 12 (COPD-Dokumentation) 226-230.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2025) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2025 Report. 5
3. Cosío BG, Hernández C, Chiner E, Gimeno-Santos E, Pleguezuelos E, Seijas N, Rigau D, López-Campos JL, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Miravittles M, Casanova C (2022) Spanish COPD Guidelines (GesEPOC 2021): Non-pharmacological Treatment Update. Arch Broncopneumol 58:345–351. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.08.010>
- 4a. Nice Guidelines (2019) Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management NICE guideline. Reference number: NG115 Last updated: 26 July 2019 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115/chapter/recommendations>
- 4b. NHS England (2022) Clinical Commissioning Policy: Lung volume reduction by surgery

- or endobronchial valve for severe emphysema in adults. NHS England Reference: 200806P [1622] V2.0 January 2022 [First Published November 2020]. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/11/1622-Lung-volume-reduction-by-surgery-or-endobronchial-valve-for-severe-emphysema-in-adults.pdf>
5. Department of Health Ireland (2021) Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) (NCEC National Clinical Guideline No. 27). <http://health.gov.ie/en/collection/c9fa9a-national-clinical-guidelines/>
 6. Lung Foundation Australia (2024) The COPDX plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease 2024. https://copdx.org.au/wp-content/uploads/2025/05/COPD-X-V2.77_FINAL_2025-05-09.pdf
 7. Gemeinsamer Bundesausschuss (2025) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQWiG mit einer Leitlinienrecherche zur Aktualisierung des DMP COPD vom 14. Mai 2025
 8. Gemeinsamer Bundesausschuss (2025) Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, zuletzt geändert durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024, in Kraft getreten am 29. Mai 2025
 9. Institut TakeCare GmbH für PulmonX Corporation (2019) Stellungnahme zu [V19-01] Leitliniensynopse für das DMP COPD
 10. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL) Bronchoskopische Verfahren zur Lungenvolumenreduktion mittels Einlage von Ventilen beim schweren Lungenemphysem vom. <https://www.g-ba.de/beschluesse/3626/>
 11. InEK Datenbrowser (2025) Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis Dezember 2024
 12. Gemeinsamer Bundesausschuss (2024) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem (QS-RL BLVR) sowie über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL): Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion mittels Einlage von Spiralen (Coils) beim schweren Lungenemphysem vom 17. Oktober 2024