

**Leitliniensynopse für die Aktualisierung des
DMP Chronisch obstruktive
Lungenerkrankung (COPD)**

DOKUMENTATION DER ANHÖRUNG ZUM VORBERICHT

Projekt: V25-02

Version: 1.0

Stand: 13.05.2026

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: info@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis.....	iii
1 Dokumentation der Anhörung	1
2 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll	2
2.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung	2
2.2 Liste der Stellungnahmen, zu denen keine Vertreterin bzw. kein Vertreter an der wissenschaftlichen Erörterung teilgenommen hat.....	2
2.3 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung	3
2.4 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung	3
2.4.1 Begrüßung und Einleitung	3
2.4.2 Tagesordnungspunkt 1: Aktuelle hausärztliche Versorgungssituation in Deutschland bezüglich der Messung der GLI-Referenzwerte	5
2.4.3 Tagesordnungspunkt 2: Ergänzungen zu Ernährungsmustern als Basistherapie bei COPD	6
2.4.4 Tagesordnungspunkt 3: Lungenkrebscreening.....	13
2.4.5 Tagesordnungspunkt 4: Verschiedenes	17
Anhang A Dokumentation der Stellungnahmen	23

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG	Arbeitsgruppe
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BODE-Index	medizinisches Bewertungssystem zum Schweregrad der COPD
CO ₂	Kohlendioxid
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CT	Computertomographie
DAAB	Deutscher Allergie- und Asthmabund
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
DMP	Disease-Management-Programm
FEV	forciertes expiratorisches Volumen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GLI	Global Leadership Initiative
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
mMRC-Skala	modified Medical Research Council Dyspnoe Skala
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NT-proBNP	N-terminales pro Brain natriuretisches Peptid
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinie

1 Dokumentation der Anhörung

Am 16.12.2025 wurde der Vorbericht in der Version 1.0 vom 09.12.2025 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 20.01.2026 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 9 Stellungnahmen form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahmen sind im Anhang A abgebildet.

Unklare Aspekte in den schriftlichen Stellungnahmen wurden in einer wissenschaftlichen Erörterung am 04.03.2026 im IQWiG diskutiert. Das Wortprotokoll der wissenschaftlichen Erörterung befindet sich in Kapitel 2.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des Vorberichts überprüft. Eine Würdigung der in der Anhörung vorgebrachten wesentlichen Aspekte befindet sich im Kapitel „Kommentare“ des Abschlussberichts. Im Abschlussbericht sind darüber hinaus Änderungen, die sich durch die Anhörung ergeben haben, zusammenfassend dargestellt. Der Abschlussbericht ist auf der Website des IQWiG unter www.iqwig.de veröffentlicht.

2 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll

2.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung

Name	Organisation / Institution / Firma / privat
Bahmer, Thomas	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.
Barkhausen, Jörg	Deutsche Röntgengesellschaft – Gesellschaft für medizinische Radiologie und bildgeführte Therapie e. V.
Dohrmann, Anna-Lena	AstraZeneca GmbH
Eikermann, Michaela	IQWiG (Moderation)
Erath, Jerome	PulmonX Corp.
Gessner, Christian	Bund der Pneumologen Deutschland
Höfer, Eva	IQWiG
Hu, Bo	Boehringer Ingelheim
Kersting, Thomas	PulmonX Corp.
Kühlein, Thomas	externer Sachverständiger
Lämmel, Sonja	Deutscher Allergie- und Asthmabund e. V.
Möller, Jan	Boehringer Ingelheim
Neurohr, Claus	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.
Rieke-Hollstein, Thomas	Boehringer Ingelheim
Roertgen, Thilo	Protokollant
Schaefer, Corinna	IQWiG
Schattling, Stefanie	AstraZeneca GmbH
Vilaysane-Nguyen, Van	IQWiG
Worth, Heinrich	Deutsche Atemwegsliga
Wüst, Nina	IQWiG

2.2 Liste der Stellungnahmen, zu denen keine Vertreterin bzw. kein Vertreter an der wissenschaftlichen Erörterung teilgenommen hat

In der folgenden Tabelle werden Stellungnahmen genannt, zu denen trotz Einladung kein Stellungnehmender oder Vertreter zur wissenschaftlichen Erörterung erschienen ist.

Organisation / Institution / Firma / privat
Sanofi-Aventis GmbH
Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e. V., Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.

2.3 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung

	Begrüßung und Einleitung
TOP 1	Aktuelle hausärztliche Versorgungssituation in Deutschland bezüglich der Messung der GLI-Referenzwerte
TOP 2	Ergänzungen zu Ernährungsmustern als Basistherapie bei COPD
TOP 3	Lungenkrebscreening
TOP 4	Verschiedenes

2.4 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung

Datum: 04.03.2026, 13:00 bis 14:04 Uhr

Ort: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG),
Siegburger Str. 237, 50679 Köln

Moderation: Michaela Eikermann

2.4.1 Begrüßung und Einleitung

Moderatorin Michaela Eikermann: Ich begrüße Sie ganz herzlich zur Erörterung der Stellungnahmen zum Vorbericht V25-02, das ist die Leitliniensynopse zur Aktualisierung des DMP COPD. Wir freuen uns sehr, dass Sie sich für den Bericht interessiert haben, Stellung genommen haben und es auch ermöglichen können, heute an der Erörterung teilzunehmen.

Das, was wir heute machen möchten, ist, Punkte aus den eingegangenen Stellungnahmen mit Ihnen zu diskutieren.

Bevor wir starten, haben wir ein paar Anmerkungen.

Das Erste vorab, und das haben Sie mit der Einladung schon vorab bekommen. Sie haben mit Ihrer Teilnahme zugestimmt, dass wir ein Wortprotokoll der Erörterung veröffentlichen können. Wenn Sie dem nicht mehr zustimmen, dann müssten Sie jetzt an dieser Stelle die Erörterung verlassen, will sagen, aus dieser Videokonferenz sich abmelden. Wenn Sie das nicht tun, gehen wir davon aus, dass alle, die jetzt weiterhin an der Sitzung teilnehmen, auch weiterhin einverstanden sind mit der Veröffentlichung des Wortprotokolls.

Dann würden wir gerne einmal festlegen, wie Sie sich melden können, wie Sie sich beteiligen können. Bitte heben Sie dazu Ihre virtuelle Hand, nicht Ihre physische, weil wir das tatsächlich aufgrund der Menge der Teilnehmenden nicht sehen können, wenn Sie sich mit Ihrer physischen Hand melden. Wenn Sie nicht wissen sollten, wie das funktioniert: Gehen Sie einmal nach unten auf dem Bildschirm. Da sehen Sie unterhalb des großen Freigabefensters die Handhebefunktion. Da können Sie die Hand anklicken, und dann erscheint Ihre Hand hier

oben in der Teilnehmendenliste und auch in der Reihenfolge derjenigen, wie Sie sich gemeldet haben.

Ich möchte Sie weiterhin darauf hinweisen, dass es nicht erforderlich ist für die Erörterung, Ihre Stellungnahmen zu wiederholen. Sie haben anhand der Tagesordnung gesehen, dass nicht alle Punkte, zu denen Stellungnahmen eingegangen sind, sich auf der Tagesordnung wiederfinden. Die Erörterung ist tatsächlich dafür da, die Punkte zu klären, zu denen wir noch Fragen haben, wo wir noch mal Rückfragen an Sie haben. Das ist der Fokus der Erörterung heute. Dennoch gibt es natürlich einen Punkt „Verschiedenes“. Wenn noch etwas ist, was Sie ganz dringend noch einmal ansprechen möchten, dann können Sie das unter „Verschiedenes“ tun, aber bitte eben mit dem Blick darauf, dass wir Ihre Stellungnahmen ausführlich gelesen haben. Die Stellungnahmen werden bereits bearbeitet. Also, wir kennen die Inhalte Ihrer Stellungnahmen. Es geht wirklich darum, jetzt noch Unklarheiten zu klären.

Dann noch ein Hinweis, damit Sie es dem Protokollanten leichter machen. Wir machen lediglich eine Audioaufzeichnung dieser Erörterung. Das heißt, wenn Sie sich zu Wort melden, müssten Sie tatsächlich bei jedem Beitrag Ihren Namen vorab nennen, damit wir das richtig zuordnen können, also gerne, bevor Sie starten, einmal Ihren Namen sagen.

Haben Sie Fragen zum Ablauf? - Herr Kersting.

Thomas Kersting: Wir hatten ja explizit darauf hingewiesen, dass uns die zugegangene Tagesordnung sehr rudimentär erschien und wesentliche Punkte, die eigentlich erörtert werden könnten oder müssten, wie beispielsweise die operativ-interventionellen Verfahren, überhaupt nicht abgebildet sind. Ich entnehme jetzt Ihren Worten, dass Sie darüber gar nicht weitersprechen wollen, sondern dass das sozusagen bei Ihnen abgehakt ist.

Moderatorin Michaela Eikermann: Abgehakt in dem Sinne, als wir die Stellungnahmen haben, die Stellungnahmen gelesen haben und die Stellungnahmen bearbeiten. Wir werden uns heute nicht dazu äußern können, welche Punkte aus Stellungnahmen dann in dem Bericht in welcher Form aufgegriffen werden. Aber die Stellungnahmen sind ja ohnehin auch Bestandteil des Berichtes. Aber es ist so, die Erörterung dient dazu - nicht nur bei diesem Verfahren, sondern bei allen Verfahren -, Fragen, die für uns offen sind, zu klären. Das ist tatsächlich der primäre Fokus dieser Erörterung. Also, wenn Punkte hier nicht auf der Tagesordnung erscheinen, dann sind das eben Dinge, zu denen wir keine Fragen mehr haben.

Weitere Punkte? - Das scheint nicht so zu sein. Dann würde ich überleiten zum

2.4.2 Tagesordnungspunkt 1: Aktuelle hausärztliche Versorgungssituation in Deutschland bezüglich der Messung der GLI-Referenzwerte

Nina Wünst: Auch von mir erst mal ein Dankeschön für die zahlreichen Stellungnahmen, die von Ihnen eingegangen sind.

Hintergrund des Ganzen ist, dass wie in unserem Vorbericht sozusagen schon die Bevorzugung der GLI-Referenzwerte durch die NVL als diskrepanten Inhalt zur DMP-Anforderungsrichtlinie abgedeckt wurde, da in der DMP-Anforderungsrichtlinie eben darauf hingewiesen wird, dass die GLI-Referenzwerte vor der FEV genutzt werden können. Da haben wir mal in die Tragenden Gründe geschaut, was sozusagen der Hinweis dazu war. Da wurde darauf hingewiesen, dass aufgrund der technischen Möglichkeiten in vielen deutschen Praxen die Erfassung der GLI-Referenzwerte noch fehlen. Daher nun unsere Frage, wie derzeit denn die Versorgungssituation in Deutschland aussieht und ob die Messung der GLI-Werte in den hausärztlichen Praxen heutzutage flächendeckend möglich ist.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. Möchte sich jemand äußern? - Herr Kühlein meldet sich.

Thomas Kühlein: Ich wollte nur sagen, es geht nicht um die Messung der Referenzwerte, sondern es geht um den Abgleich mit den Referenzwerten. Messen tut jetzt erst mal das Gerät in der jeweiligen Praxis. Die Frage ist, ob diese Referenzwerte in diesen Geräten hinterlegt werden, um entsprechende Bewertungen der Messung darzustellen. Die Antwort weiß ich nicht, inwieweit diese neuen Referenzwerte in den Geräten implementiert wurden.

Moderatorin Michaela Eikermann: Danke schön. - Herr Bahmer.

Thomas Bahmer: Ich kann einmal kommentieren. Unsere Erfahrung ist, dass die Versorgungslandschaft hier sehr heterogen ist, dass die Referenzwerte nicht in allen Geräten eingebunden sind und dass teilweise eine Einbindung auch herstellerseitig nicht leicht gemacht wird und mit Neuanschaffungen verbunden wäre, weshalb man eigentlich nicht davon ausgehen kann, dass die GLI-Referenzwerte, auch wenn sie wissenschaftlich empfohlen werden und auch den aktuellen Empfehlungen zur Durchführung der Lungenfunktionsdiagnostik entsprechen, trotzdem nicht in allen Geräten eingebunden sind, insbesondere nicht im hausärztlichen Bereich.

Wenn jemand von meinen DGP-Kollegen noch ergänzend kommentieren mag, aber das ist, wenn Ihre Frage ist, wie die Versorgungsrealität aussieht, die Antwort: heterogen.

Thomas Kühlein: Dem würde ich mich ...

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Herr Gessner, möchten Sie ergänzen?

Christian Gessner: Ich bin niedergelassener Pneumologe und kenne so ein bisschen die Versorgungssituation. Ich würde sagen, dass im Bereich der Pneumologen, wenn man das nimmt, die Welt, sagen wir mal, gespalten ist, dass die Hälfte die alten Richtwerte haben, die Hälfte die neuen Richtwerte haben, getrennt, sagen wir mal, zwei Drittel die neuen nutzen. Im hausärztlichen Bereich sind nur bei Neuanschaffungen die Werte hinterlegt. Es bedarf Updates, bzw. die Software gibt es teilweise gar nicht her, sodass ich dort das Ganze umdrehen und sagen würde: Wenn ein Drittel der Hausärzte in der Lage ist, die neuen Werte zu nutzen, dann wäre es schön. Mindestens zwei Drittel nutzen in jedem Fall noch die alten Werte. Das ist so ein Umschaltprozess, wo das eine in das neue hineinwächst, wo man ganz einfach sagen muss: Da findet halt ein Generationsswitch statt, den wir natürlich unterstützen, aber der natürlich von einem Tag auf den anderen nicht machbar ist.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Mein Eindruck ist, die Frage ist beantwortet. Ich schaue aber noch mal hier in die Runde. Herzlichen Dank. Dann sind wir mit dem ersten TOP schon durch. Wir schreiten zügig fort.

Dann übergebe ich wieder an die Kolleg*innen zum

2.4.3 Tagesordnungspunkt 2: Ergänzungen zu Ernährungsmustern als Basistherapie bei COPD

Nina Wünst: Die Ernährung wurde von einigen Stellungnehmenden als wichtigen Teil anerkannt. Bislang ist die Ernährung nur sehr allgemein in der DMP-Anforderungsrichtlinie verortet. Also, dort steht: eine adäquate Ernährung hyperkalorisch bei Untergewicht. - Im Vorbericht haben wir bereits durch zwei Leitlinien auch ein bisschen mehr Inhalt zur Ernährung abdecken können, zum Beispiel, dass eine Ernährungsberatung angeboten werden soll oder auch, dass der Grad der Mangelernährung erhoben werden soll.

Die DAAB, also der Deutsche Allergie- und Asthmabund, hebt den Nutzen einer mediterranen Ernährung hervor. Wir verweisen auch auf aktuelle ernährungsmedizinische Reviews zu einer bedarfsgerechten Proteinzufuhr. Für uns ist das sehr allgemein. Unsere Frage ist eher: Ist Ihnen noch Evidenz bekannt, die den Nutzen von Ernährungsmustern als Basistherapie ganz spezifisch für Patientinnen und Patienten mit COPD untersucht, also jetzt nicht als Therapie der Sarkopenie?

Sonja Lämmel: Das kam ja von uns. Jetzt habe ich die Ernährungstherapeutin, die sich primär damit beschäftigt hat, nicht mit dabei. Wenn ich die Frage richtig verstanden habe, meinen Sie, ob es noch evidenzbasierte Literatur gibt, die quasi spezielle Ernährungsformen für COPD-Patientinnen und -Patienten empfiehlt. Da müsste ich nachschauen. Es muss sicherlich individuell betrachtet werden. Gerade die mediterrane Kost geht natürlich sehr auf Proteine und reduziert Kohlehydrate, weil wir natürlich aufpassen müssen, dass wir bei den COPD-

Patienten nicht zu viele Kohlehydrate einsetzen. Da kann ich Ihnen gerne noch was heraussuchen.

Und ich finde es ganz wichtig, dass wir bitte von „Ernährungstherapie“ sprechen, denn es wird über die Krankenkassen bezuschusst, wenn es eine therapeutische Zuweisung ist. Der Begriff „Ernährungsberatung“ ist nicht geschützt.

Moderatorin Michaela Eikermann: Ja, dazu eine Rückfrage von mir. Das, was für uns relevant wäre, wäre tatsächlich Evidenz aus Studien. Das, worauf Sie jetzt gerade mit dem letzten Kommentar abzielen, ist mehr so ein bisschen: Wie ist das in der Versorgung? Wie ist die Situation der Kostenübernahme? Für uns geht es schon darum, Evidenz zu finden zu bestimmten Diäten, zu bestimmten Ernährungstherapien, aber im weitesten Sinne, nicht im Sinne dessen, was tatsächlich möglicherweise darunter verstanden wird, was Sie jetzt gerade gemeint haben. Wenn Ihnen da Evidenz bekannt ist spezifisch für Patienten mit einer COPD als Grundlage für bestimmte Ernährungstherapien, dann wären wir daran interessiert.

Sonja Lämmel: Die angehängte Literatur, die quasi in der Stellungnahme mit drin war - das waren ja drei Literaturquellen -, die reicht Ihnen da nicht aus?

Nina Wünst: Das waren ja eher narrative Reviews, die für uns weniger relevant sind. Also, wenn Sie da noch mehr hätten, wäre das ganz toll.

Sonja Lämmel: Gut, dann schaue ich noch mal.

Corinna Schaefer: Als Ergänzung: Das waren ja auch einige Studien, die tatsächlich noch mal spezifische Situationen angeschaut haben, wo Patientinnen und Patienten eine Komorbidität hatten. Entweder waren sie eben schon fast kachektisch, wo man eben sagt, dann muss man hochkalorisch substituieren, oder es ging um die Therapie einer Adipositas, weil dann auch die Dyspnoe einfach das Gleiche ist. Aber die Frage war jetzt wirklich in die Richtung: Gibt es bestimmte Ernährungsmuster? Eine mediterrane Diät wäre eines, wo man sagt, das ist eine Basistherapie für alle Patientinnen und Patienten mit COPD. Bislang haben wir da zu wenig in Leitlinien gefunden. Frage an alle, die jetzt Patientinnen und Patienten mit COPD versorgen, ob Ihnen da irgendwas in die Richtung bekannt ist und ob Sie denken, dass das ein lohnenswertes Thema ist, das man untersuchen sollte in dem Sinne, dass man nach Studien sucht, nicht, dass Studien gemacht werden sollen, sondern dass man nach Studien sucht.

Moderatorin Michaela Eikermann: Herr Neurohr, Sie haben sich gemeldet.

Claus Neurohr: Ja, zu dem Fakt. Ich bin kein Ernährungsmediziner, sondern - in Anführungsstrichen - nur Pneumologe und Intensivmediziner. Da gibt es aus meiner Sicht sehr klare Empfehlungen für Patienten insbesondere mit einer fortgeschrittenen COPD und insbesondere für Patienten mit einem Hyperkapnierisiko. Das sind ja auch die mit dem

höchsten Risiko zu sterben, insbesondere für das Setting nichtinvasive Beatmung und / oder Intensivmedizin. Also, dazu gibt es klare Ernährungsempfehlungen. Ich muss jetzt gestehen, ich habe dazu jetzt keine Literaturrecherche gemacht, wie hart die der Empfehlungen zugrundeliegenden Studien dazu sind im Sinne von randomisiert-kontrolliert, aber klare Empfehlungen zur Ernährung gibt es.

Moderatorin Michaela Eikermann: Dann meine Rückfrage: Gibt es über das, was in der Leitliniensynopse dargestellt ist, hinaus Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien, die aus Ihrer Sicht bei uns nicht abgebildet sind, die dort aber hätten abgebildet sein müssen mit den Kriterien, die zum Einschluss in den Bericht führen? Da ist ja das Hauptkriterium, dass es evidenzbasierte Leitlinien sein müssen. Das ist häufig das Kriterium, weshalb bestimmte Leitlinien eben nicht abgebildet sind. Aber wenn Sie da Kenntnis haben, gerne auch dazu noch mal einen Kommentar.

Claus Neurohr: Da würde ich mich auf den Punkt zurückziehen, dass ich kein Ernährungsmediziner bin, nur sagen muss, dass es in der klinischen Praxis absolut relevant ist. Aber wenn ich es richtig verstanden habe, wird ja sowieso jetzt noch mal eine zweite Runde gedreht und noch mal geschaut, wie hart oder wie gut die Evidenz dafür ist. Dann würden wir das, glaube ich, in der zweiten Runde machen. Aber klinisch relevant ist das auf jeden Fall und hat insbesondere für Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung eine absolute Relevanz, bis hin zur Vorbereitung Lungentransplantation oder CO₂-Elimination.

Moderatorin Michaela Eikermann: Nur, dass wir uns nicht missverstehen: Es gibt keine zweite Runde mehr. Wenn Ihnen tatsächlich Evidenz bekannt ist, die den Anforderungen entspricht, um Eingang in den Bericht zu finden, oder die belastbare Evidenz aus Ihrer Sicht darstellt - da sage ich schon ganz explizit: keine narrativen Reviews, sondern wir würden uns eben Studien, insbesondere kontrollierte Studien, am allerliebsten randomisierte kontrollierte Studien und systematische Übersichtsarbeiten anschauen, die auf solchen Daten beruhen -, dann wären wir interessiert, dass Sie uns dort noch mal Evidenz nennen. Aber es gibt keine zweite Runde in dem Sinne, dass wir dann noch mal eine weitere Erörterung machen würden. Nur das zur Einordnung.

Ansonsten würde ich mal weitergehen. Herr Kühlein, Sie hatten sich als Nächstes gemeldet.

Thomas Kühlein: Die Fragestellung berührt das Problem des DMPs, im Prinzip nämlich die Aufteilung des Menschen in verschiedene Krankheiten. Sehr, sehr viele Patienten mit COPD haben gleichzeitig eine KHK, weil sie eben geraucht haben. Für die ist ganz klar die mediterrane Kost empfohlen. Dazu gibt es auch Evidenz. Das ist nicht sehr stark der Effekt der mediterranen Kost, aber immerhin, sodass man das auf jeden Fall für diese Patienten empfehlen würde, weil das die Frage von Corinna Schaefer war, also so eine Art Grunddiät für alle COPD-Patienten. Davon zu trennen wären natürlich Patienten, die anfangen, kachektisch

zu werden, die Gewicht abnehmen unter der COPD. Die bräuchten sicher was anderes als eine mediterrane Diät. Die mediterrane Diät ist ja zunächst mal nicht primär eine hochkalorische. Ich weiß nicht, ob sich das kombinieren lässt, wahrscheinlich auch.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Herr Bahmer.

Thomas Bahmer: An der Stelle natürlich der Hinweis: In der am vergangenen Freitag veröffentlichten S2k-Leitlinie zur Fachärztlichen Diagnostik und Therapie der COPD gibt es auch einen Abschnitt zur Erfassung des Ernährungsstatus und auch zum Umgang und zur Ernährungsberatung.

Moderatorin Michaela Eikermann: Zwei Hinweise. Erstens noch mal der Hinweis: Um unserem Protokollanten das Leben ein wenig leichter zu machen, bitte am Anfang Ihres Wortbeitrags immer den Namen nennen. Und ansonsten der Hinweis, dass Sie ja mit S2k schon das „k“ genannt haben und damit eine konsensbasierte Leitlinie und eben nicht eine evidenzbasierte.

Thomas Bahmer: Trotzdem sind da natürlich evidenzbasierte Empfehlungen enthalten.

Moderatorin Michaela Eikermann: Das ist so, aber wir brauchen halt Kriterien, die dazu führen, dass Leitlinien systematisch ausgewertet werden. Da ist eben das das Kriterium, evidenzbasierte Leitlinie. Das ist sicher so, dass es auch S1-Leitlinien und S2k-Leitlinien gibt, in denen einzelne Empfehlungen auf einer soliden Evidenzbasis beruhen, aber diese werden eben nicht systematisch in der Leitliniensynopse ausgewertet. Aber danke noch mal für den Hinweis.

Thomas Bahmer: Darf ich ganz kurz darauf antworten?

Moderatorin Michaela Eikermann: Gerne.

Thomas Bahmer: Es ist ja so, dass die S3 und das NVL-Programm jetzt sozusagen neu aufgesetzt und ausgerichtet werden und dass die NVL in der bisherigen Form Lücken hat, die bewusst als Lücken oder als Ansatzpunkte gelassen werden, um ergänzende Leitlinien zu ermöglichen. Also, bestimmte Themen sind ja in der NVL ausgeklammert, die in der S2k-Leitlinie ihre Heimat finden, unter anderem die von Herrn Professor Kersting angesprochene Emphysem-Therapie. Deswegen der wichtige Hinweis: Diese Lücken sind trotzdem extrem wichtig, und diese zwei Leitlinien, das heißt, die S3-Leitlinie/NVL und die S2k-Leitlinie, sind als komplementäre Leitlinien zu verstehen und stehen eben Seite an Seite. Aufgrund der Tatsache, dass Themen in der NVL nicht abgedeckt sind und in der S2k-Leitlinie abgedeckt sind, ist es sehr kritisch, die nicht zu berücksichtigen.

Corinna Schaefer: Ich würde darauf mal ganz kurz antworten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den gesetzlichen Auftrag, diese Disease-Management-Programme basierend auf evidenzbasierten Leitlinien auszugestalten. Per Definition ist eine S2k-Leitlinie nicht evidenzbasiert, weil einfach nicht der Weg beschrieben wird, wie man zur Empfehlung kommt. Es werden in vielen S2k-Leitlinien durchaus auch Studien zitiert, aber es wird eben nicht beschrieben, wie systematisch die gesucht werden. Und man kann halt nicht ausschließen, dass nur bestimmte Studien herangezogen werden. Das will man niemandem unterstellen. Aber wenn jetzt jemand, der nicht am Prozess beteiligt war, das überprüfen will, muss man natürlich die Sicherheit haben, dass es mit einer soliden Methodik gemacht wird.

Die Diskussion um das NVL-Programm und dass es sich thematisch begrenzt, ist ja eher die, dass man sagt, es gibt bestimmte Aspekte, die sind sehr fachspezifisch. Dazu gehört bei der COPD so etwas wie die Lungentransplantation. Es gab immer ein Kapitel, auch invasive Verfahren, das dem Verfahren der Schließung des damaligen Betreibers zum Opfer gefallen ist. Aber wir müssen diese Diskussion auch nicht nur auf Basis der deutschen Leitlinien führen. Wir haben auch international gesucht. Das ist einfach noch mal ein wichtiger Punkt. Deswegen haben wir auch unterschiedliche andere Leitlinien eingeschlossen und dann auch immer nur mit dem Aspekt darauf, wo sich etwas ändert. Heute sind wir bei den Stellungnahmen. Da war eben unsere Frage an Sie wirklich jetzt in diesem Kontext der Ernährung. Da haben Sie jetzt noch mal auf die S2k-Leitlinie hingewiesen. Wir wollten einfach prüfen, ob das ein Signal ist, das man geben kann, dass man sagt: Leute, wir haben viele Kommentare zur Ernährung bekommen, und wir haben auch Hinweise, dass es da Literatur geben könnte, die eben über die hyperkalorische Nahrung bei drohender Kachexie bzw. auf der anderen Seite Ernährungsberatung bei Essstörungen hinausgeht.

Wir werden sehr gerne auch noch mal einen Blick in die S2k-Leitlinie werfen, ob wir da einen Hinweis auf irgendeine Studie finden. Also, wenn Sie jetzt sagen, Sie haben ein Kapitel dazu, können wir das durchaus intern noch mal abgleichen. Empfehlungen der S2k-Leitlinie können wir einfach per definitionen nicht aufnehmen. Das hatte die DGP ja auch beim letzten Asthmabericht durchaus eingereicht als Kommentar beim G-BA. Das hat der G-BA auch noch mal auf Basis seines gesetzlichen Auftrages bestätigt, dass das eben nicht die Anforderung an eine evidenzbasierte Leitlinie erfüllt. Und das ist, glaube ich, wichtig. Das heißt ja nicht, dass man die ignoriert. Man kann die als zusätzliche Informationsquelle mal studieren, aber die Empfehlungen daraus werden es nicht in den Bericht und auch nicht ins DMP schaffen.

Thomas Bahmer: Eine Rückfrage noch. Ich habe Sie jetzt so verstanden, dass die dort zitierten Studien, wenn sie die Qualitätskriterien und Evidenzkriterien erfüllen, aber durchaus berücksichtigt werden können. Ist das richtig?

Corinna Schaefer: Für diese spezifische Frage, wo wir jetzt fragen: „Gibt es Literatur?“ - wir haben jetzt viele Hinweise bekommen -, sollte man das berücksichtigen. Und wenn wir fragen:

„Gibt es Literatur?“, und Sie sagen: „Ja, wir haben in der S2k-Leitlinie einige Studien, die habe ich jetzt nicht auswendig parat sozusagen“, dann wäre Ihre Antwort auf unsere Frage: „Guckt da mal nach“, und dann tun wir das.

Thomas Bahmer: Das heißt, Sie können die Leitlinie als solche nicht in ihrer Gänze berücksichtigen, aber Sie können die dort zitierte Literatur berücksichtigen?

Corinna Schaefer: Nicht im Rahmen der Empfehlungen, die wir extrahieren. Aber wenn wir jetzt einen Aspekt haben, den man in der Diskussion noch einbringen könnte, wie die Ernährung beispielsweise, dann gucken wir zu diesem spezifischen Aspekt - das war ja auch unsere Frage an Sie - gerne dazu, was Sie in der S2k-Leitlinie zitiert haben, um einfach eine Idee zu bekommen: Ist es lohnenswert, dafür gezielte Recherchen zu machen?

Thomas Bahmer: Vielen Dank.

Thomas Kersting: Ich habe noch eine Nachfrage dazu. Sie haben das ja jetzt sehr beschränkt ...

Moderatorin Michaela Eikermann: Ich muss einmal kurz organisatorisch unterbrechen bitte. Es wäre schon gut, wenn Sie kurz warten würden, bis Sie aufgerufen werden, und dann Ihren Namen am Anfang nennen. Wir müssen das für das Wortprotokoll, was eine reine Audioaufnahme ist, tatsächlich sortieren. - Herr Kersting, bitte.

Thomas Kersting: Es ist eine grundsätzliche Frage, die jetzt eben auch vom Generalsekretär der DGP aufgerufen wurde, wie diese Berücksichtigung stattfindet. Wenn die Leitlinien mit Hinweis auf mangelnde Evidenz der Leitlinie ausgeschlossen werden, dann ist es natürlich auch eine Frage, was mit der Literatur, die diesen Empfehlungen zugrunde liegt, tatsächlich passiert, ob die tatsächlich berücksichtigt wird. Das ist ja nicht nur für die Ernährung eine Frage, sondern auch für alle anderen Themengebiete. Meines Erachtens sagt die Verfahrensordnung des G-BA, der man ja hier, denke ich, im Wesentlichen zu folgen hat, dass immer die höchst verfügbare Evidenz genommen werden soll. Wenn die nicht vorhanden ist, und ein schönes Beispiel ist die GOLD-Leitlinie, wie sie damit umgegangen sind in dieser Situation, dann ist ja doch die Möglichkeit, die höchst verfügbare Evidenz zu nehmen und das zu akzeptieren.

Corinna Schaefer: Die Aufgabe für die Ausgestaltung der Disease-Management-Programme ist, explizit auf Leitlinien zu fokussieren. Leitlinien per se sind ja keine Evidenz, das ist eine Aggregation von Evidenz. Da gibt es gute und schlechte Aggregationen. Evidenzbasierte Leitlinien sind solche, bei denen systematisch dokumentiert wurde, wie man nach Literatur gesucht hat, wie man sie bewertet hat, und idealerweise dann auch noch, wie man transparent von der Evidenz zur Entscheidung kommt.

Eine deutsche Leitlinie der Stufe S2k erfüllt diese Anforderung per se einfach nicht. Das liegt auch an den Anforderungen, wie sie im Regelwerk der AWMF definiert sind. Jetzt suchen wir ja nicht nur nach deutschen Leitlinien, und wir gehen davon aus, wenn wir aktuelle internationale Leitlinien finden und es gibt die entsprechende Evidenz, auf die sich auch die S2k-Leitlinie beruft, dann werden wahrscheinlich internationale Leitlinien, wenn sie nicht den gleichen Restriktionen unterliegen wie das NVL-Programm, diese Studien ja angeguckt haben. Also ist die Wahrscheinlichkeit, dass wir viele Informationen aus anderen Leitlinien bekommen, die dann vielleicht evidenzbasiert sind, gar nicht so gering.

Wenn wir jetzt im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens Hinweise bekommen auf Themen, die nicht ausreichend abgebildet sind, dann haben wir die Möglichkeit, das, was Sie in Stellungnahmen uns berichtet haben, im Kontext der Diskussion des Berichtes darzustellen. Das reicht aber nicht aus, um zu sagen, das ist jetzt die Anforderung an Empfehlungen, die dazu angetan sind, das Disease-Management-Programm erst mal jetzt rein methodisch zu beeinflussen. Natürlich sitzt dann im G-BA noch eine Arbeitsgruppe, die lange darüber berät und im Zweifelsfall auch mal darüber diskutiert, ob das, was über den Bericht hinaus da steht, in irgendeiner Form Berücksichtigung finden soll. Das ist aber etwas, was nicht im Auftrag des IQWiG ist, sondern das macht dann der G-BA mit seinen entsprechenden Gruppen.

Moderatorin Michaela Eikermann: Um das noch mal zu verdeutlichen: Das, was Sie uns an Studien nennen, dient nicht dazu, dass wir diese Studien wie in einer Nutzenbewertung ausführlich bewerten, extrahieren und zusammenfassen, sondern es geht darum, dass wir einen Eindruck haben: Gibt es belastbare Evidenz zu dieser Fragestellung für diese spezifische Population? Wenn das so ist, würden wir das eben in der Diskussion adressieren. Dann steht es dem G-BA frei, das natürlich so zu diskutieren, selber Recherchen zu machen oder auch uns zu beauftragen, zu einem spezifischen Aspekt noch mal in Primärstudien zu gehen. Das ist auch in der Vergangenheit schon mal bei einem anderen DMP passiert, wo ein spezifischer Aspekt, der in den Leitlinien nicht auf dem aktuellen Wissensstand abgebildet war ... Da hat dann auch tatsächlich noch mal eine Recherche und eine Bewertung von Einzelstudien stattgefunden. Das ist möglich. Das kann der G-BA. Das erfolgt aber auch nach bestimmten Auswahlkriterien. Aber für uns ist es natürlich wichtig, wenn wir über Stellungnahmeverfahren Hinweise bekommen, dass ein Thema möglicherweise nicht ausreichend in den Leitlinien, die extrahiert wurden, abgebildet ist, und wir vielleicht auch durch die Rückmeldung, die wir jetzt von Ihnen bekommen, dann den Eindruck haben, da scheint es aber Evidenz aus Studien zu geben, dann ist das einfach ein wichtiges Signal, das wir über die Diskussion an den G-BA senden. Aber tatsächlich würde sich jetzt nicht eine Nutzenbewertung zu dieser Fragestellung anschließen aufgrund von Studien, die jetzt genannt werden. Nur einfach, dass das Verfahren auch noch mal klar ist. Dennoch ist es wichtig, solche Hinweise zu bekommen. Und dennoch ist es, glaube ich, hilfreich für die Arbeit an der Aktualisierung der DMP-

Anforderungsrichtlinie, solche Hinweise zu bekommen, welche Themen möglicherweise noch nicht ausreichend abgebildet sind. - Herr Kersting, Sie haben sich noch mal gemeldet.

Thomas Kersting: Noch mal eine Nachfrage zu dem, was Sie gerade erklärt haben. Leitlinien sind ja den Richtlinien, die wir bisher bereits in der Behandlung haben, hierarchisch untergeordnet. Die Richtlinien sind untergesetzliche Normen. Insofern ist die Frage, inwieweit nicht auch untergesetzliche Normen, die bereits geltend sind und die auch bestimmte Methodiken beinhalten, in diesem Zusammenhang einzuführen sind. Wir haben das in unserem Bericht nicht zum Thema „Ernährung“, sondern an anderer Stelle dargestellt. Aber ich halte das für eine methodische Frage, die unbedingt geklärt werden müsste, weil die Richtlinien ja als untergesetzliche Normen auf jeden Fall Leitlinien vorgeben.

Moderatorin Michaela Eikermann: Wir sind hier in der Erörterung unseres Berichtes, und für diesen Bericht gibt es einen konkreten Auftrag, und dieser Auftrag ist konkret die Synopse von Leitlinien. Was dann passiert im Rahmen des gesamten Beratungsverfahrens im Gemeinsamen Bundesausschuss ist, dass das eine wichtige Basis für die Aktualisierung der DMP-Anforderungsrichtlinie ist, aber nicht die einzige Basis. Natürlich können auch andere Dinge, wie Sie eben ansprechen, schon bestehende Richtlinien zum Beispiel aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss, dann Gegenstand der Beratung sein, sind aber eben nicht in unserem Auftrag hier umfasst, weil es hier tatsächlich um den Teil geht, der die Zusammenfassung der Leitlinienempfehlung zu der spezifischen Fragestellung umfasst. Aber das ist nicht die einzige Beratungsgrundlage für den Gemeinsamen Bundesausschuss.

So, eine Diskussion, die uns zum einen inhaltlich noch mal weitergebracht hat zu den Ernährungsfragestellungen, aber eben vielleicht auch noch mal das eine oder andere Organisatorische geklärt hat. Hier im Raum sind keine Fragen mehr, hier sind unsere Fragen ausreichend beantwortet. Insofern leite ich über zum

2.4.4 Tagesordnungspunkt 3: Lungenkrebscreening

Nina Wünst: Es gab mehrere Stellungnahmen zur Anmerkung, dass COPD und Lungenkrebs eben gemeinsame Risikofaktoren teilen und dass das Lungenkrebscreening ab April dieses Jahres, also 2026, für bestimmte Personengruppen zur Regelleistung der GKV gehören wird. Ich stelle jetzt einfach mal direkt meine Frage: Gibt es Ihres Erachtens über die Krebsfrüherkennungsrichtlinie hinaus spezifische Aspekte für COPD-Erkrankte, auf die das DMP COPD in Bezug auf das Lungenkrebscreening noch mal hinweisen sollte?

Moderatorin Michaela Eikermann: Möglicherweise ist die Frage schon ein bisschen beantwortet durch die Diskussion, die wir eben geführt haben, aber jetzt kommen die Hände. - Herr Erath.

Jerome Erath: Wie Sie gerade gesagt haben, es gibt eine Kombination zwischen Lungenkrebs und COPD. Die Frage bei einem systematischen Lungenkrebscreening ist: Was passiert mit den sogenannten Patienten, wo man ein Emphysem findet? Heute ist das Lungenkrebscreening darauf ausgerichtet, man sucht den Patienten, der einen Lungenkrebs hat. Aber in 50 bzw. 80 % der Fälle werden sogenannte Incidental Findings gefunden. Die Leitlinie sollte vielleicht berücksichtigen, was dann mit diesen Patienten passiert, dass diese Patienten vielleicht dann zu einer weiteren Diagnose überwiesen werden oder so etwas in der Richtung. Das ist die Verbindung zwischen COPD und Lungenkrebs. Wir wissen, dass beide eng miteinander verbunden sind, aber wir haben auch Erfahrungswerte in England zum Beispiel, wo über Hunderttausende von Patienten im Lungenkrebscreening standardisiert gescreent werden. Da wurden fünfmal mehr COPD-Patienten gefunden als Lungenkrebspatienten. Die Frage ist dann wirklich: Was machen wir mit diesen Patienten?

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Herr Barkhausen.

Jörg Barkhausen: Was bei dem Lungenkrebsfrüherkennungsprogramm eine große Herausforderung ist, ist, die Risikogruppen wirklich zu erreichen. Es ist ja gerade schon erwähnt worden, dass zwischen dem COPD-Kollektiv und dem Hochrisikokollektiv für Lungenkrebs ein großer Overlap besteht. Darum würden wir uns wünschen, dass im Rahmen dieses DMP-Programms einerseits mal die Risikofaktoren, also die Raucheranamnese, erfasst werden, sodass man im ersten Schritt weiß, welche Teilnehmer am DMP-Programm auch Anspruch auf die Leistung im Rahmen der Lungenkrebsfrüherkennung hätten. Das wäre der erste Schritt.

Dann sollte man diese Personen natürlich über dieses Angebot informieren. Das wäre, glaube ich, ein zweiter wichtiger Schritt, denn das ist eine gute Möglichkeit, diese Personengruppen zu erreichen.

Und als dritten Schritt könnte man sich auch vorstellen, dass bereits in dem DMP-Programm festgeschrieben wird, dass diese medizinische Eignungsprüfung durchgeführt wird, das heißt, dass man schaut, ob die Patienten Vorerkrankungen haben, die sie halt eben ausschließen würden von dieser Möglichkeit, an der Lungenkrebsfrüherkennung teilzunehmen. Das muss ja von einem Internisten, Allgemeinmediziner oder Arbeitsmediziner erfolgen. Diese Bescheinigung, dass die Leute sich qualifizieren, Teilnahme an der Lungenkrebsfrüherkennung, könnte man allen Patienten in diesem DMP-Programm dann mitgeben, sodass sie dann die Möglichkeit hätten, direkt auf das Lungenkrebsfrüherkennungsprogramm zuzugreifen.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Ein Hinweis: Die Rauchanamnese wird bereits jetzt erfasst im Rahmen des DMP. Herr Kühlein.

Thomas Kühlein: Als Hausarzt will ich gerne kurz sprechen, weil es natürlich sinnvoll wäre, dass man im Rahmen der DMPs die geeigneten Patienten dazu auffordert. Das wäre halt sehr, sehr wünschenswert, man hat eine verständliche Aufklärung, Entscheidungshilfe für die Patientinnen und Patienten, weil es ja durchaus nicht nur mit Nutzen verbunden sein wird.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Ich gucke noch mal in die Runde. Ich glaube, der Fokus unserer Frage ist noch nicht so ganz erfasst. Ich schaue zu Frau Schaefer herüber, die sich noch mal zu Wort meldet.

Corinna Schaefer: Herr Barkhausen, zu dem, was Sie gesagt haben, die Verknüpfung, denkt bitte sozusagen die neue Krebsfrüherkennungsrichtlinie mit, wenn das COPD DMP weiter ausgestaltet wird: Das obliegt natürlich der entsprechenden AG im G-BA. Dadurch, dass Sie es jetzt in den Stellungnahmen genannt haben, werden wir es in der Diskussion des Berichtes als Aspekt aufführen. Ich denke mal, das versteht sich von selbst, dass der G-BA auf seine eigenen Richtlinien rekurriert.

Eine Frage für uns war tatsächlich: Gibt es Spezifika, wo Sie sagen, das gehört auf jeden Fall für Patientinnen und Patienten mit COPD - das unterscheidet die jetzt von anderen - spezifisch ins DMP rein? Das habe ich bislang noch nicht gehört. Ich habe eher verstanden: Bitte nutzt den diagnostischen Prozess, den ihr habt im Kontext, weil er sowieso das Rauchverhalten erheben soll - dann kann man relativ leicht feststellen, ob die Patientinnen und Patienten geeignet sind -, also verknüpft diese Prozesse. - COPD-Spezifika habe ich nicht herausgehört.

Und noch mal eine Rückfrage an Herrn Erath. Ihre Frage, was wir mit den ganzen im Screening diagnostizierten Emphysemen machen, ist natürlich eine, die sich das DMP in dem Sinne nicht stellen muss, sondern das müssen sich Leute an anderer Stelle stellen. Die Frage ist: Kommen die dann alle ins DMP COPD rein, wenn sie ein Lungenemphysem haben? Das ist ja, glaube ich, eine Frage, die wir in dem Bericht nicht beantworten können, wenn ich das richtig verstanden habe.

Aber noch mal die Frage an Sie: Gibt es Spezifika, wo Sie sagen: „Das ist für Patienten mit COPD besonders typisch“, oder denken Sie, wenn man die Verknüpfung zur Lungenkrebsfrüherkennung und der entsprechenden Krebsfrüherkennungsrichtlinie in der Diskussion herstellt, reicht das aus?

Jerome Erath: Es ist wirklich die Frage: Was sucht man in diesem Lungenkrebscreening? Diese Patienten sind meistens überbläht. Wenn man Überblähung findet, dann leiden sie meistens an einer COPD-Erkrankung und sollten für weitere Untersuchungen überwiesen werden. Da gibt es die mMRC-Skala usw., den BODE-Index, diese Geschichten. Also, da gibt es ganz spezielle Kriterien. Deutschland ist heute nicht das einzige Land, das Lungenkrebscreening hat. England ist bereits sehr weit. Australien macht das bereits systematisch. Da kann man

vielleicht auch bestimmte Kriterien mit reinnehmen. Aber wichtig ist vor allem, dass man Patienten nicht vergisst. Wenn man diese sogenannten Incidental Findings findet, wie ich gesagt habe, dann muss man gucken: Was macht man damit? Also, es gibt zwei, drei bestimmte COPD-Kriterien, die kann man da mitreinnehmen. Die kann ich Ihnen gerne geben, falls Sie daran Interesse haben.

Corinna Schaefer: Vielen Dank, Herr Erath.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Herr Hu.

Bo Hu: Ich hätte hier einen Vorschlag, wenn Sie fragen, wie man die spezifische Verbindung zwischen Lungenkrebs und COPD herstellen könnte, und zwar über die Erwähnung der Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten. Ich denke, das könnte ein eleganter Weg sein, und das ist sogar NVL-gestützt. In der NVL COPD steht ja eine dezidierte Liste an mögliche Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten. Darunter ist Lungenkarzinom, darunter ist Herzinsuffizienz, darunter ist Bronchiektasen und darunter ist auch Interstitielle Lungenerkrankungen. Also, es könnte ein eleganter Weg sein unter Differenzialdiagnosen, was jetzt schon in der Richtlinie steht. Da werden Herzinsuffizienz und Asthma Bronchiale als sicherlich die zwei größten prominentesten Differenzialdiagnosen erwähnt, also diese zwei Dinge. Man könnte die Liste natürlich erweitern. Dann hätte man einen eleganten Weg, die Verbindung herzustellen und dann auf weitere diagnostische Maßnahmen der Lungenkarzinome, der Bronchiektasen, der Interstitiellen Lungenerkrankungen zu präferenzieren. Also, das wäre ein Vorschlag, ein eleganter Weg, auf Ihre Frage hin.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Herr Bahmer.

Thomas Bahmer: Noch einen Aspekt zur Frage, was Spezifika bei COPD-Patienten und Lungenkrebscreening sind. Der Rauchstopp ist ja bei denen, die noch keine COPD haben, natürlich auch Bestandteil sozusagen der Screeningberatung und eine wichtige Maßnahme, um eine eventuelle Manifestation von pulmonalen und kardiovaskulären Erkrankungen zu vermeiden. Bei der COPD ist es natürlich eine nichtmedikamentöse Therapieoption, die neben den anderen Therapieoptionen eben ganz zentral ist. Insofern ist der Rauchstopp bei den Patienten, die schon eine manifeste COPD haben und im Lungenkrebscreening sind, noch mal bedeutsamer. Das als zusätzlichen Hinweis für die Spezifika von COPD-Patienten.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Herr Barkhausen.

Jörg Barkhausen: Noch mal ergänzend zu Ihrer Frage. Ich glaube, wenn man COPD-Patienten zum Lungenkrebscreening mittels Niedrigdosis-CT schickt, gibt es keine Besonderheiten, die mir jetzt einfallen würden. Aber was man wissen muss: Die Lungenkrebsfrüherkennung mittels CT liefert nicht nur Informationen darüber, ob die Patienten ein Bronchialkarzinom haben, sondern sie liefert halt eben auch zahlreiche weitere Informationen über die

Patienten. Zum Beispiel kann das Lungenemphysem quantifiziert werden. Wir haben Informationen über Interstitielle Lungenabnormalitäten oder auch -erkrankungen. Auch diese Veränderungen müssen natürlich insbesondere bei den Patienten, die schon lungenkrank sind, definitiv erfasst werden und wenn möglich quantifiziert werden. Das ist in den bisherigen Richtlinien nicht zwingend vorgesehen. Aber für diese Patientengruppe wäre das sicherlich klinisch hilfreich.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Wenn man noch mal in den Verfahren denkt, sind wir dann aber im anderen Verfahren. Also, das, wozu wir jetzt hier einen Beitrag leisten, ist ja die Aktualisierung des DMP COPD. Das andere ist natürlich eher ein Hinweis, den man noch mal zu der Krebsfrüherkennungsrichtlinie geben muss. Aber dennoch sind das ja wichtige Aspekte, die wir dann auch über diese Stellungnahmen und Erörterungen mitnehmen. Vielen Dank dafür.

Ich glaube, das war jetzt noch mal sehr hilfreich, und, ich glaube, unsere Frage ist hier an dieser Stelle geklärt.

Dann sind wir schon beim

2.4.5 Tagesordnungspunkt 4: Verschiedenes

Wir haben an dieser Stelle keine neuen Fragen, die im Laufe der letzten Stunde aufgetreten sind. - Herr Kersting meldet sich.

Thomas Kersting: Wir haben Hinweise gegeben, von denen wir nicht wissen, ob sie aufgenommen worden sind, über die Frage der Methodik bei der Auswahl der Leitlinien. Da ist diese Fünfjahresgrenze angegeben worden, die sich auf den Entstehungszeitraum bezieht. Es ist methodisch schlecht hinterlegt, warum man das macht. Das war unsere Generalkritik.

Aber wir haben vor allen Dingen auch den Hinweis darauf, dass es eben auch natürlich Leitlinien gibt, die älter sind, aber die überprüft werden und die dann wieder gültig sind. Die sind dann sozusagen per Entstehungsdatum ausgeschlossen. Das ist unseres Erachtens nicht richtig. Eine sehr wesentliche Leitlinie wird damit von der Berücksichtigung ausgeschlossen. Das ist die britische NICE-Leitlinie, ich glaube, NG115, die sehr, sehr viele Aspekte möglicherweise auch zu Fragen, die Sie vorhin schon angesprochen haben, mit beleuchtet, beispielsweise Ernährung, die aber - das ist für uns sehr wichtig - eigentlich die operativen und interventionellen Verfahren explizit beleuchtet und dazu auch Hinweise gibt, wie damit umzugehen ist. Interdisziplinäre Teams müssen von dieser Leitlinie sozusagen dann beauftragt werden, zu entscheiden, ob Lungenvolumenreduktionseingriffe bei den Patienten angemessen und richtig sind. Das ist nicht eine Kannfestlegung, sondern eine Sollfestlegung in der Leitlinie. Uns würde interessieren, ob dieser Hinweis aufgenommen wird, weil wir den

deutlichen Hinweis gegeben haben, dass diese Leitlinie noch valide ist und deswegen berücksichtigt werden müsste.

Corinna Schaefer: Sie haben erst mal die Fünfjahresgrenze ein wenig infrage gestellt. Die ist tatsächlich sehr, sehr gut untersucht. Es gibt Überlebenszeitanalysen für Leitlinienempfehlungen, dass nach fünf Jahren zwischen 50 und 70 % der Leitlinienempfehlungen nicht mehr gültig sind. Deswegen hat auch die AWMF in ihrem Regelwerk ganz deutlich gesagt: Leitlinien, die älter als fünf Jahre sind, werden als „nicht mehr gültig“ gekennzeichnet. Das heißt nicht, dass man die nicht benutzen darf, aber das heißt, dass wir nicht mehr sicher sein können, dass die Empfehlungen, so wie sie da noch drinstehen, nach wie vor valide sind.

Was die NICE-Leitlinie betrifft: Man muss unterscheiden zwischen Leitlinien, die einen dokumentierten, transparenten Aktualisierungsprozess haben und sagen: Wir haben uns diese Empfehlungen angeguckt. - Und wir sagen: Stand 2024 oder bei NICE 2022, die sind noch gültig. - Das hat NICE aber nicht für die Leitlinien dokumentiert. Die hinterlegen zwar einen Extrawartungsprozess, aber man kann da nicht erkennen, ob die jeweiligen Empfehlungen geprüft wurden, sondern die identifizieren Themen zur Aktualisierung. Es gibt beispielsweise deutsche, aber auch andere Leitlinien, da sind Empfehlungen seit 20 Jahren dieselben, und die gucken aber mindestens alle fünf Jahre - häufig auch öfter - rein und sagen: Diese Empfehlung haben wir angeguckt. Entweder haben wir sie mit einer nochmaligen Recherche überprüft, oder wir haben nach irgendwie Red Flags gesucht, die darauf hindeuten, dass die nicht mehr gültig ist, und wir kennzeichnen diese Empfehlungen nach wie vor als gültig. - Dann hat die ein aktuelles Datum, und dann würde die auch einbezogen in unseren Bericht.

Was die NICE-Leitlinie betrifft: Wir sind ja auch jetzt hier in einem Aktualisierungsprozess. Das heißt, den letzten Bericht haben wir vor vier Jahren vorgelegt. Da war die damalige NICE-Leitlinie drin, und da waren alle Empfehlungen, die da jetzt noch drinstehen, schon in unserem damaligen Bericht drin. Daraufhin hat der G-BA sich damit auseinandergesetzt und hat entsprechende Entscheidungen für seine Anforderungen Richtlinie getroffen. Vor diesem Hintergrund halten wir es nicht für besonders sinnvoll, dem G-BA nach vier Jahren zu sagen: „Übrigens gibt es da immer noch alte Empfehlungen. Guck doch mal, wie du die damals behandelt hast und ob du das heute ändern möchtest“, wenn wir keine Hinweise auf neue Evidenz bekommen. Überall da, wo es neue Hinweise gab, haben wir die mitberücksichtigt.

Deswegen, ja, diese Fünfjahresgrenze ist wirklich sehr gut belegt, b), es gibt Verfahren, wo auch alte Empfehlungen nach wie vor bestätigt sind. Dann berücksichtigen wir die. Und wenn wir die nicht berücksichtigt haben, dann können Sie davon ausgehen, dass der G-BA diese Empfehlungen vor vier Jahren schon angeguckt hat und damals beraten hat, wie die aussehen sollen.

Moderatorin Michaela Eikermann: Ich würde dann noch mal ergänzen: Wir sind ja hier in einem konkreten Projekt und haben darüber hinaus übergeordnet ein Methodenpapier, das alle zwei, drei, vier Jahre aktualisiert wird. Natürlich sind solche Dinge „Wie kommen wir eigentlich zu den fünf Jahren“ auch mit der von Frau Schaefer gerade zitierten Literatur hinterlegt. Da hat es ja auch durchaus Veränderungen gegeben an verschiedenen Stellen, auch was die Auswahl der Leitlinien angeht, was die Bewertung der Leitlinien angeht. All das wird im Rahmen des Methodenpapiers dargelegt und kann im Rahmen der Stellungnahmemöglichkeiten und dann der möglichen Erörterungen zu dem Methodenpapier auch diskutiert werden. Hier sind wir aber in einem konkreten Projekt, das natürlich auf Basis der Methoden, die im Methodenpapier dargelegt sind, erarbeitet wird. Das heißt, in einem Bericht sind wir natürlich gebunden an die Methoden, die wir uns selber gegeben haben und die so ja auch Grundlage der Beauftragung durch den G-BA sind, der auch diese Erwartungshaltung an uns hat. Aber falls Sie da einen Blick reinwerfen möchten, wie wir zu dieser Fünfjahresgrenze kommen, das ist nicht mehr ausführlich in jedem der Leitliniensynopsenberichte dargelegt, aber im Methodenpapier. - Herr Bahmer.

Thomas Bahmer: Sie hatten vorhin einige methodische Hinweise gegeben und haben auch unsere schriftliche Stellungnahme erhalten, die ich jetzt nicht noch mal neu vertonen werde. Ich will trotzdem einen Aspekt aus der vorigen Diskussion noch mal aufgreifen, wo Sie meinten, dass es evidenzbasierte Leitlinien - das sind ja auch internationale Leitlinien - gibt, die man zu dem Thema entsprechend aufgreifen kann. Da möchte ich den Hinweis geben, dass das Bild im Bereich der Behandlung der COPD aktuell sehr dynamisch ist und dass wir sehr stolz sind, mit der deutschen S2k-Leitlinie ein sehr aktuelles Dokument zu haben, und auch die Überzeugung haben, dass die Patienten in Deutschland, die eben entsprechend dieser Leitlinie behandelt werden, einen Vorteil haben, weil wir hier sehr aktuelle Studien, sehr aktuelle Daten aufgreifen. Die relevanten Themen können Sie alle unserer schriftlichen Stellungnahme entnehmen. Deshalb noch mal der Hinweis, dass, wenn Sie die Themenpriorisierung oder die Themenauswahl und die Dringlichkeit der Themen kommunizieren, Themen wie „Phänotypisierung der COPD“, „Behandlung Triple-Therapie“, „Behandlung und Auswahl, wer von einer ICS-Therapie profitiert“, „Behandlungsindikationen für Biologikatherapie“ Themen sind, die wir für extrem wichtig halten, und dass es da eben einen zeitlichen Verzug auch zu internationalen evidenzbasierten Leitlinien geben kann, weshalb diese S2k-Leitlinie, auch wenn sie nicht evidenz-, sondern konsensbasiert ist, trotzdem sehr aktuell ist und sehr aktuelle und für die Patienten wichtige Themen aufgreift.

Moderatorin Michaela Eikermann: Das war, meine ich mich zu erinnern, aber auch schon Gegenstand Ihrer Stellungnahme, richtig?

Thomas Bahmer: Das ist noch mal der Hinweis auf die Stellungnahme, richtig.

Moderatorin Michaela Eikermann: Wunderbar. - Herr Kersting.

Thomas Kersting: Eine Stellungnahme zu dem, was Sie gerade vorgetragen haben. Ich muss Ihnen da deutlich widersprechen. Wir haben das auch in der Stellungnahme dargelegt. Sie beziehen sich in den Literaturbezügen, wo über diese Fünfjahresgrenze gesprochen wird, auf 12 Jahre bzw. 23 Jahre alte Publikationen und auf eine Publikation, die mit Leitlinien gar nichts zu tun hat, sondern mit systematischen Reviews. Das ist meines Erachtens ein Defizit, das man durchaus berücksichtigen muss.

Natürlich wissen wir auch, dass die AWMF sagt, dass nach fünf Jahren die Leitlinien zu überholen sind. Das ist aber eine andere Frage als die Frage, welche Leitlinien hier zu berücksichtigen sind.

Der zweite Punkt, den ich gerne noch ansprechen würde, ist: Die Berücksichtigung der NICE-Leitlinie in dem Prozess 2019 ist nicht erfolgt. Wir hatten damals schon darauf hingewiesen, dass bestimmte Hinweise aus dieser Leitlinie dringend aufgenommen werden müssten. Das ist überhaupt nicht gewürdigt worden und nicht aufgenommen worden. Insofern kann ich Ihre Äußerung dazu nicht nachvollziehen.

Moderatorin Michaela Eikermann: Wir können das noch mal prüfen. Hier ist eigentlich eine ziemliche Sicherheit im Raum, dass die NICE-Leitlinie in der letzten Runde durchaus Berücksichtigung gefunden hat.

Und zu dem ersten Punkt: Das muss ich jetzt an dieser Stelle abbinden. Wenn Ihnen das wichtig ist, dann können Sie das bei dem nächsten Stellungnahmeverfahren zum Methodenpapier und deren Erörterung einbringen. Aber das ist hier tatsächlich jetzt nicht der richtige Ort, um über diese Fünfjahresgrenze zu diskutieren. - Herr Möller.

Jan Möller: Ich wollte kurz auf den vorherigen Punkt mit der Differentialdiagnostik eingehen. Ich meine, wir müssen in unserem Gesundheitssystem mit den Ressourcen und Kapazitäten so effizient umgehen wie möglich und wie wir sie haben. Das ist ein bisschen verknüpft zu dem, was wir auch eingereicht haben. Ich glaube, wir haben viele Kosten, die im System entstehen, durch falsche Überweisungen. Deswegen hatten wir den Vorschlag gemacht, eine NT-proBNP-Messung bei Patienten mit entsprechenden Atemwegserkrankungen mit aufzunehmen, um eben zu vermeiden, dass Patienten, die nichts am Herzen haben, dann zum Kardiologen überwiesen werden und dadurch Kosten und Zeit im Gesundheitssystem aufzehren. Das wollte ich hier an der Stelle nur noch mal sozusagen ... Ich weiß, Sie haben es gelesen, haben es zur Kenntnis genommen. Aber wenn wir jetzt den Punkt „Verschiedenes“ haben, wollte ich das noch mal hervorbringen, dass das unseres Erachtens ein sinnvoller Weg ist, um ein bisschen an der Effizienz zu schrauben.

Corinna Schaefer: Vielen Dank. Ich wollte noch mal sagen, wir haben das nicht nur gelesen und zur Kenntnis genommen, wir haben natürlich auch in den jeweiligen Aspekten geprüft:

Ergibt sich für den Bericht daraus Änderungsbedarf? Bericht immer vor dem Hintergrund der Methodik, die wir beschrieben haben. Wo Sie aber sicher sein können: Jede Ihrer Stellungnahmen wird mit diesem Bericht veröffentlicht, und die AG im Gemeinsamen Bundesausschuss guckt sich diese Stellungnahmen auch an. Das heißt, alles, was Sie jetzt hier anmerken, ist durchaus auch Gegenstand der Beratungen im G-BA. Das wird allen zur Verfügung gestellt. Und wenn die AGs da jeweils Handlungsbedarf sehen, dann können die auch durchaus auf Ihre Stellungnahmen mit zurückgreifen, um noch mal über einen Aspekt genauer zu gucken. Das heißt, selbst wenn wir uns entscheiden, das im Bericht nicht weiter zu berücksichtigen in unserem Berichtsformat, dann ist das, was Sie geschrieben haben, auf jeden Fall auch Gegenstand des Berichtes und wird weitergegeben. Ich sage das, damit Ihnen allen wirklich bewusst ist, Ihre Stellungnahmen haben einen Wert und werden nicht von uns in die Tonne sortiert. Das ist noch mal sehr wichtig.

Jan Möller: Herzlichen Dank. Das freut uns zu hören.

Moderatorin Michaela Eikermann: Wunderbar. - Herr Gessner.

Christian Gessner: Ich möchte mich jetzt nicht wiederholen, aber noch mal vor allem mit Blick auf die Niederlassung der Allgemeinärzte, die das ganze DMP betreiben, als auch der Pneumologen die Wichtigkeit der Aussage von Herrn Bahmer unterstreichen, dass wir sicher wissen, dass im Endeffekt die NVL nicht den aktuellen Stand so widerspiegelt wie die S2k-Leitlinie zum jetzigen Zeitpunkt, dass wir aber im Alltag das natürlich leben und wir natürlich darauf angewiesen sind, dass in diesem Leben des DMPs, was wir ja sozusagen jeden Tag haben, sicher die aktuellen Therapien wirklich berücksichtigt werden müssen. Auch wenn Sie sagen, Sie können die S2k-Leitlinie nicht in dem Maß berücksichtigen, was ich voll nachvollziehen kann, wäre es sicher sehr, sehr wichtig, dass diese aktuellen Standards in der Therapie, die jetzt existieren, zwingend sozusagen erwähnt oder in der Diskussion aufgeführt werden und Berücksichtigung finden sollten. Vielen Dank.

Moderatorin Michaela Eikermann: Wunderbar. Wir haben das zur Kenntnis genommen. Ich muss an dieser Stelle auch hier abbinden. Auch das ist natürlich etwas, was eigentlich in die Diskussion des Methodenpapiers gehört und nicht an diese Stelle. Aber wir haben zur Kenntnis genommen, dass Sie Aspekte benannt haben, sei es jetzt hier heute in der Erörterung und sei es auch schon im Vorfeld in der Stellungnahme. Da hat Frau Schaefer ja eben auch dargestellt, dass das in vollem Umfang natürlich auch zum Bericht dazu gehört und entsprechend auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung gestellt wird. Insofern vielen Dank dafür.

Ich sehe keine Hände mehr. Ich gucke mich im Raum um, ob sich jetzt noch mal etwas ergeben hat, was wir gerne fragen möchten. Auch da sehe ich Kopfschütteln. Es sind auch keine Hände nachgerutscht, während ich gesprochen habe. Wunderbar. Dann bleibt mir nur, mich sehr herzlich bei Ihnen zu bedanken, dass Sie sich die Zeit genommen haben, nicht nur diese Stunde

heute, sondern sich im Vorfeld mit dem Bericht auseinanderzusetzen, Stellungnahmen zu formulieren und Ihre Punkte einzubringen. Das ist wichtig für uns, das ist wichtig für die Versorgung. Insofern herzlichen Dank dafür.

Dann beenden wir jetzt, 14:04 Uhr, unsere Erörterung. Ich wünsche allen einen schönen Rest des Tages.

Anhang A Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A.1 Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen	A 2
A.1.1 AstraZeneca GmbH.....	A 2
A.1.2 Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG	A 7
A.1.3 Deutscher Allergie- und Asthmabund e. V.....	A 14
A.1.4 Deutsche Atemwegsliga e. V.....	A 29
A.1.5 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V., Bund der Pneumologen Deutschland	A 33
A.1.6 Deutsche Röntgengesellschaft, Gesellschaft für medizinische Radiologie und bildgeführte Therapie e. V.	A 42
A.1.7 PulmonX Corp.	A 45
A.1.8 Sanofi-Aventis Deutschland GmbH.....	A 54
A.1.9 Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e. V., Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.....	A 62

A.1 Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 AstraZeneca GmbH

Autorinnen und Autoren

- Dohrmann, Anna-Lena
- Schattling, Stefanie

Stellungnahme zum Vorbericht

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 beigefügten 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>
Dr. Anna-Lena Dohrmann
Dr. Stefanie Schattling
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg
<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.

Im Vorbericht wird der GOLD-Report 2025 als Leitlinie, die im Versorgungsalltag herangezogen wird, aufgeführt. Der GOLD-Report wurde mittlerweile aktualisiert, entsprechend sollte der GOLD-Report 2026¹ berücksichtigt werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Nationale Versorgungsleitlinie COPD (NVL 2021) nur noch bis zum 25. Juni 2026 gültig ist, von großer Bedeutung.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
4.4.1.1 Tabelle 2 (S.10)	<u>Anmerkung</u> Der Einsatz des Fagerströmtest bei rauchenden Patient:innen zur Diagnostik einer möglicherweise bestehenden Tabakabhängigkeit ist zu begrüßen. Es ist eine zentrale Voraussetzung, um eine mögliche Suchterkrankung adäquat behandeln zu können. Eine Anerkennung der Tabakabhängigkeit kann zudem zur Entstigmatisierung von COPD-Patient:innen beitragen und ist somit aus Patient:innenperspektive extrem wichtig.
4.4.4.9 Tabelle 11 (S. 29) bezugnehmend auf Tabelle 33 (S.79)	<u>Anmerkung:</u> In der Tabelle 11 ist eine Inkonsistenz in der Evidenzbewertung festzustellen. Die Aussage „Einsatz von Triple Therapie bei weiterhin beeinträchtigter Lungenfunktion“ bezieht sich auf eine Empfehlung der kanadischen Leitlinie (CTS), die im Vorbericht in der Tabelle 33 (S.79, erste Empfehlung in der Tabelle) mit einem hohen Grade of Recommendation (GoR) gelistet ist. Entsprechend muss diese Aussage in der Tabelle 11 in der Spalte „Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise“ aufgenommen werden. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Zur Konsistenzherstellung in der Evidenzbewertung muss die Aussage „Einsatz von Triple Therapie bei weiterhin beeinträchtigter Lungenfunktion“ in der Spalte „Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise“ aufgeführt werden.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
5.1 Einordnung der Diskrepanzen S. 37f	<p><u>Anmerkung</u></p> <p>Es ist zu befürworten, dass das Thema Ernährung in einem größeren Umfang im DMP adressiert wird.</p> <p>Ebenso ist es zu begrüßen, wenn das Risiko für Exazerbationen und die entsprechende Therapieanpassung explizit im DMP aufgegriffen wird. Allerdings scheint sich hinsichtlich der drei Patientengruppen (stabile COPD mit geringen/moderatem und hohem Risiko für Exazerbationen) gemäß der CTS 2023 ein Fehler eingeschlichen zu haben. Wenn sich das IQWiG hier auf die Abbildung 3 der CTS 2023 (S. 14) bezieht, werden folgende drei Patientengruppen unterschieden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Patient:innen mit milder COPD:</u> COPD assessment test (CAT) <10, Modified Medical Research Council (mMRC) = 1, FEV1 ≥ 80%, geringe Symptomlast - <u>Patient:innen mit moderater und schwerer COPD:</u> CAT ≥ 10, mMRC ≥ 2, FEV 1 < 80%, geringes Exazerbationsrisiko - <u>Patient:innen mit moderater und schwerer COPD:</u> CAT ≥ 10, mMRC ≥ 2, FEV 1 < 80%, hohes Exazerbationsrisiko <p>Zudem sollten neben dem Verweis auf die CTS 2023 die aktuellen GOLD-Empfehlungen¹ hier berücksichtigt und ergänzt werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag</u></p> <p>In der aktuellen Leitlinie CTS 2023 werden die Patient:innen für den medikamentösen Therapiealgorithmus in die folgenden drei Patientengruppen eingeteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Patient:innen mit milder COPD:</u> CAT <10, mMRC = 1, FEV1 ≥ 80%, geringe Symptomlast - <u>Patient:innen mit moderater und schwerer COPD:</u> CAT ≥ 10, mMRC ≥ 2, FEV 1 < 80%, geringes Exazerbationsrisiko - <u>Patient:innen mit moderater und schwerer COPD:</u> CAT ≥ 10, mMRC ≥ 2, FEV 1 < 80%, hohes Exazerbationsrisiko

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
	Gemäß den aktuellen GOLD-Empfehlungen werden Patient:innen für den medikamentösen Therapiealgorithmus eingeteilt in die zwei Gruppen <ul style="list-style-type: none"> - Patient:innen OHNE moderate oder schwere Exazerbation im vergangenen Jahr - Patient:innen MIT mindestens einer moderaten oder schweren Exazerbation im vergangenen Jahr

(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 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2026 Report) [online]. 2026 [Zugriff: 16.01.2026]. URL: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2025/12/GOLD-REPORT-2026-v1.3-8Dec2025_WMV.pdf.

A.1.2 Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

Autorinnen und Autoren

- Ceyhan, Bülent
- Hu, Bo
- Jani, Dhimitraq
- Möller, Jan
- Rieke-Hollstein, Thomas

Stellungnahme zum Vorbericht

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 beigefügten 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>
Dhimitraq Jani, Teamlead Medical Affairs TA ILD
Dr. Bo Hu, Medical Manager
Dr. Bülent Ceyhan, Teamlead Medical Affairs Cardio-Vascular
Dr. Jan Möller, Senior Medical Manager
Thomas Rieke-Hollstein, Head of Healthcare Affairs & Reg. Mgmt
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG
<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. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
<p>Tabelle 2: „Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung“ (V1.2.1)“ (Seite 10)</p>	<p><u>Anmerkung</u></p> <p>In der aktuellen Disease-Management-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) für Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) werden in Abschnitt 1.2.1 „Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung“ als anamnestisch insbesondere zu berücksichtigende Faktoren unter anderem „differentialdiagnostisch relevante Erkrankungen, insbesondere Asthma bronchiale und Herzerkrankungen“ benannt [1].</p> <p>Diese Aufzählung sollte um weitere differentialdiagnostisch relevante Erkrankungen ergänzt werden, insbesondere interstitielle Lungenerkrankungen (ILD) und Bronchiektasien.</p> <p>Die DMP-A-RL COPD sieht als Einschreibekriterium unter anderem vor, dass die Ärztin oder der Arzt prüfen soll, „ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren“ [1]. Als anzustrebende Therapieziele benennt die AM-A-RL COPD In Abschnitt 1.3 unter anderem „eine adäquate Behandlung der Komorbiditäten“ [1].</p> <p>Um diese Therapieziele zu erreichen ist eine sorgfältige Differenzialdiagnostik zur Identifizierung relevanter Komorbiditäten und zum Ausschluss von Fehldiagnosen essenziell.</p> <p>Entsprechend sieht die nationale Versorgungsleitlinie (NVL) COPD eine ausführliche Anamnese (inklusive Begleiterkrankungen) als wesentlichen Bestandteil der initialen Diagnostik vor [2].</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
	<p>Dabei soll bei der Diagnose der COPD entsprechend dem Algorithmus (in der NVL COPD abgebildet) vorgegangen werden (Empfehlungsgrad A, Starke Positiv-Empfehlung). Die Erfassung anderer Erkrankungen/Komorbiditäten ist fester Bestandteil dieses Algorithmus [2].</p> <p>Die NVL COPD listet auf, welche Erkrankungen differentialdiagnostisch auszuschließen sind. In der Auflistung befinden sich schwerwiegende Erkrankungen, die einen besonderen Fokus verdienen, wie die interstitiellen Lungenerkrankungen [2].</p> <p>Die DMP-A-RL COPD verlangt im Rahmen der hinreichenden Diagnostik den Nachweis einer Atemwegsobstruktion mit fehlender oder nur geringer Reversibilität (vgl. Abschnitt 1.2 „Hinreichende Diagnostik“). In der Versorgungspraxis ist jedoch davon auszugehen, dass dieser Nachweis nicht bei allen im DMP eingeschlossenen Patientinnen und Patienten tatsächlich vorliegt. So weist Härtel et al. (2022) darauf hin, dass lediglich 27,2 % der COPD-Patientinnen und Patienten eine Spirometrie erhalten haben [3]. Damit besteht ein realistisches Risiko, dass Personen mit nicht-obstruktiven Lungenerkrankungen irrtümlich in das DMP eingeschlossen werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, mögliche, nicht obstruktive Differenzialdiagnosen klarer zu benennen.</p> <p>Interstitielle Lungenerkrankungen sollten aufgrund der Häufigkeit und Relevanz als Differentialdiagnose aufgenommen werden. Schon frühe Formen (ILAs) kommen bei bis zu 10% der COPD-Patienten vor und stellen ein Mortalitätsrisiko dar [4].</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p> <p>In der Spalte: „Diskrepanz zur DMP-A-RL): Erläuterung und Hinweise“: Aufnahme eines weiteren Aufzählungspunktes in Spalte 2 „Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise“ unter „ergänzend“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „interstitielle Lungenerkrankungen und Bronchiektasien“ als differentialdiagnostisch insbesondere relevante Erkrankungen („differentialdiagnostisch relevante Erkrankungen, insbesondere Asthma bronchiale, Herzerkrankungen, <i>interstitielle Lungenerkrankungen und Bronchiektasien</i>“)

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
Gesamtes Dokument (z.B. V1.3 „Therapieziele“ und V1.5.6.3 „Somatische Komorbiditäten“)	<p><u>Anmerkung</u></p> <p>Die DMP-A-RL COPD benennt in Abschnitt 1.3 unter anderem die „Vermeidung/Reduktion einer raschen Progredienz der Erkrankung“, die „Reduktion der COPD-bedingten Letalität“ und „eine adäquate Behandlung der Komorbiditäten“.</p> <p>Komorbiditäten wie kardiovaskuläre Erkrankungen und Bronchiektasien haben einen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf und die Prognose der COPD [4, 5]. Da sich diese Komorbiditäten auch erst im Verlauf der Erkrankung entwickeln können, sollten eine regelmäßige, proaktive Diagnostik hinsichtlich (neu auftretender) Komorbiditäten erfolgen [4, 5]. Die Mehrzahl der Patienten verstirbt nicht an der COPD, sondern an kardiovaskulären Erkrankungen und am Lungenkarzinom [5]. COPD ist mit einem 2,5-fach höheren Gesamtrisiko für alle kardiovaskulären Erkrankungen assoziiert, wobei die häufigsten Entitäten (koronare Herzerkrankung mit und ohne stattgehabten Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, peripherarterielle Verschlusskrankheit) jeweils ungefähr das gleiche Risiko aufweisen [5].</p> <p>Die NVL COPD verweist bei der Beurteilung des Stellenwertes des N-terminales Prohormon des natriuretischen Peptids Typ B (NT-proBNP) für den Ausschluss einer kardialen Ursache der Dyspnoe auf die NVL Chronische Herzinsuffizienz [2].</p> <p>Sowohl die NVL Chronische Herzinsuffizienz als auch die gültige Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC) zur Herzinsuffizienz betonen, dass Herzinsuffizienz bei unklarer Dyspnoe abgegrenzt und bei COPD-Patienten regelmäßig als relevante Begleiterkrankung geprüft werden sollte (u. a. mittels BNP/NTpro-BNP und Echokardiographie) [6, 7].</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p> <p>Ergänzung in Abschnitt „1.3 Therapieziele“ der DMP A RL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Früherkennung und adäquate Behandlung der Komorbiditäten“ <p>Sowie entsprechende Ergänzungen zur regelmäßigen Überprüfung/Diagnostik von Komorbiditäten z.B. in Abschnitt „1.5.6.3 Somatische Komorbiditäten“ der DMP-A-RL und damit verbundenen möglichen Qualitätszielen.</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. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL). 2025. Aufgerufen am 19.01.2026 unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3940/DMP-A-RL_2025-06-18_iK-2025-10-01.pdf
2. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie COPD; Teilpublikation der Langfassung [online]. 2021. [Aufgerufen am 19.01.2026] unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-003I_S3_COPD_2024-12.pdf
3. Härtel A, et al. Prevalence of Spirometry Testing among Patients with Asthma and COPD in German General Practices. *Healthcare (Basel)*. 2022 Dec 18;10(12):2570. doi: 10.3390/healthcare10122570. PMID: 36554093; PMCID: PMC9778268.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2025. Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2025 Report. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2025). Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2025 Report. [Aufgerufen am 19.01.2026] unter <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>
5. Vogelmeier C et al.; unter Mitwirkung der folgenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften: Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.; Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) [Guideline for the Diagnosis and Treatment of COPD Patients - Issued by the German Respiratory Society and the German Atemwegsliga in Cooperation with the Austrian Society of Pneumology]. *Pneumologie*. 2018 Apr;72(4):253-308. German. doi: 10.1055/s-0043-125031. Epub 2018 Mar 9. PMID: 29523017.
6. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 3. Auflage. Version 2. 2019 DOI: 10.6101/AZQ/000467. [Aufgerufen am 19.01.2026] unter

https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2023-12.pdf

7. McDonagh, et al. 2021. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal, 42(36), 3599–3726.

A.1.3 Deutscher Allergie- und Asthmabund e. V.

Autorinnen und Autoren

- Heiligmann, Sandra
- Lämmel, Sonja
- de Zeeuw, Justus

Stellungnahme zum Vorbericht

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 beigefügten 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>
Dipl. oec. troph. Sonja Lämmel
Dr. med. Justus de Zeeuw
Sandra Heiligmann, Staatlich geprüfte Diätassistentin
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. – DAAB; An der Eickesmühle 15-19; 41238 Mönchengladbach
<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. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
4.4.1.1	Screening auf Mangelernährung und sarkopene Adipositas, sowie die Beurteilung der Ernährungsqualität sollten berücksichtigt werden und ebenfalls als Komorbidität aufgenommen werden [1]
4.4.1.1 Tabelle 2 (S.10)	<u>Anmerkung</u> Eine Anerkennung der Tabakabhängigkeit kann zur Entstigmatisierung von COPD-Patient:innen beitragen und ist somit aus Patient:innenperspektive extrem wichtig. Hierzu empfehlen wir den Heaviness of Smoking Index , der mit zwei einfachen Fragen genau diese Aufgabe erfüllt. [2]
4.4.4.1.1. Tabelle 4 (S. 14)	<u>Anmerkung:</u> Wenn in diesem Zusammenhang von Ernährungsberatung gesprochen wird, sollte der Wortlaut individuelle ernährungstherapeutische Betreuung nach § 43 SGB V verwendet werden und nicht von einer Ernährungsberatung gesprochen werden. Als „entsprechend qualifizierte Personen“ gelten zertifizierte Ernährungsfachkräfte. Diese sind Diätassistenten, Oecotrophologen und Ernährungswissenschaftler mit entsprechender Zusatzqualifikation und Ernährungsmediziner. [3] <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Angebot einer ernährungstherapeutischen Betreuung nach § 43 SGB V durch eine zertifizierte Ernährungsfachkraft
4.4.4.7.3 (S.27)	<u>Anmerkung</u>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
	<p>Zum Abschnitt 4.4.4.7.3 „Somatische Komorbiditäten (V.1.5.6.3)“ wurden keine zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlungen identifiziert. Um die in der DMP-A-RL unter 1.3. genannten Therapieziele zu erreichen, kommt der Behandlung von Komorbiditäten jedoch eine zentrale Rolle zu. Daher sollte in Einzelfällen hier weitere Leitlinien/ Evidenzen herangezogen werden.</p> <p>Kardiovaskuläre Erkrankungen: Patient:innen mit COPD haben ein erhöhtes Risiko für eine koronare Herzerkrankung (KHK), die zudem die häufigste Todesursache dieser Patient:innen darstellt. [4] Die aktuellen im klinischen Versorgungsalltag häufig herangezogenen GOLD-Report weisen darauf hin, dass kardiovaskuläre Erkrankungen gezielt abgeklärt und entsprechend behandelt werden sollten. [5] Die Leitlinie der ESC zur kardiovaskulären Prävention empfiehlt mit hoher Empfehlungsstärke (Class I), dass Patient:innen mit COPD hinsichtlich ihres kardiovaskulären Risikos eingeschätzt werden. [6] Eine optimale Therapie beider Erkrankungen ist von wechselseitigem Nutzen [4], daher sollten Patient:innen mit chronischer Herzinsuffizienz und/oder koronarer Herzerkrankung auch zur Teilnahme an dem jeweiligen DMP motiviert werden.</p> <p>Lungenkarzinom: Lungenkrebs und COPD teilen gemeinsame Risikofaktoren, COPD ist zudem ein unabhängiger Risikofaktor für Lungenkrebs. ([4,5] Die aktuellen im klinischen Versorgungsalltag häufig herangezogenen GOLD-Report weisen darauf hin, dass Lungenkrebs gezielt abgeklärt und entsprechend behandelt werden sollte. [5]</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
	<p>Daher sollten die Kriterien zur Teilnahme am Lungenkrebs-Screening [7] bei Patient:innen mit COPD gezielt anamnestisch erfragt und dokumentiert werden. Kommt ein/e Patient:in für das Lungenkrebs-Screening infrage, soll eine Aufklärung und Empfehlung zum Screening ausgesprochen werden. Entsprechend sollte auch in dem Abschnitt „Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung (V1.2.1)“ der aktuellen DMP-A-RL die Erfassung von „Dauer und Umfang des Inhalationsrauchens“ spezifiziert werden (z.B. „Dauer (inkl. Unterbrechungen) und Umfang (Packungsjahre) des Inhalationsrauchens“), um sicherzustellen, dass Patient:innen mit COPD, die für ein Lungenkrebs-Screening infrage kommen, identifiziert werden. Idealerweise sollte sich dies in den qualitätssichernden Maßnahmen widerspiegeln.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p> <p>In der DMP-A-RL sind kardiovaskuläre Erkrankungen als häufigste und bedeutsamste Komorbidität, deren frühzeitige Diagnostik und Therapie große Bedeutung zukommt, identifiziert worden. Daher sollte in diesem Fall überprüft werden, die Empfehlung der europäischen Leitlinie zur kardiovaskulären Prävention [6], COPD-Patient:innen hinsichtlich ihres kardiovaskulären Risikos zu beurteilen, zu übernehmen. Ebenso sollte die Empfehlung, Patient:innen mit chronischer Herzinsuffizienz und/oder koronarer Herzerkrankung zur Teilnahme an dem jeweiligen DMP zu motivieren, um den wechselseitigen Nutzen optimaler Therapien beider Erkrankungen nutzen zu können, diskutiert werden. Zudem ergibt sich durch die Aufnahme des Lungenkrebs-Screening in die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie [7] die Chance auch bei Patient:innen mit COPD, Lungenkrebs schon im Frühstadium zu erkennen. Aufgrund der gemeinsamen Risikofaktoren (v.a. Rauchen) sollten daher bei Ihnen gezielt die Kriterien zur Teilnahme am Lungenkrebs-Screening erfasst und bei Eignung eine Aufklärung und Motivierung zur Teilnahme erfolgen. Eine entsprechende Spezifizierung der Empfehlung „Dauer und Umfang des Inhalationsrauchens“ in dem Abschnitt „Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung (V1.2.1)“ der aktuellen DMP-A-RL sollte daher geprüft werden, um Patient:innen, die für das Screening infrage kommen systematisch identifizieren zu können (z.B. zu Dauer (inkl. Rauchstopp) und Umfang des Inhalationsrauchens (Packungsjahre)). Ebenfalls sollte eine Aufnahme der Dokumentation bei den qualitätssichernden Maßnahmen geprüft werden.</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
4.4.4.9 S. 27ff	<p><u>Anmerkung</u></p> <p>Die aktuelle DMP-A-RL [8] stellt lediglich fest, dass zwischen Bedarfs- und Dauertherapie unterschieden wird. Es sollte hervorgehoben werden, dass die Indikation zu einer alleinigen Bedarfstherapie sehr streng gestellt werden soll. Gemäß der Nationalen Versorgungsleitlinie COPD soll eine ausschließliche Bedarfstherapie bei Patient:innen, bei denen die Vermeidung von Exazerbationen im Vordergrund steht, nicht angewendet werden. [1] Exazerbationen können weitere negative Folgen wie Hospitalisierungen, Krankheitsprogression, reduzierte Lebensqualität sowie rezidivierende Exazerbationen nach sich ziehen. Dennoch erhalten etwa 50 % der Patient:innen mit COPD, die bereits eine moderate Exazerbation – also eine akute Krankheitsverschlechterung, die systemische Glukokortikoide oder Antibiotikagabe erforderlich gemacht hat – erlitten haben, keine inhalative Dauertherapie. [9]</p> <p>Der aktuelle GOLD-Report sieht aufgrund des Stellenwertes der Exazerbationsvermeidung bereits bei therapienaiven Patient:innen mit einer mittelschweren Exazerbation im vergangenen Jahr eine duale Therapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (LABA) und langwirkenden Anticholinergika (LAMA) vor, bei Patient:innen mit einer Eosinophilenzahl von mindestens 300/ µl Blut soll eine Triple-Therapie mit zusätzlich inhalativen Corticosteroiden (ICS) erwogen werden. [5] Daher ist auch die Formulierung in der aktuellen DMP-A-RL zur Dauertherapie „Zusätzlich in begründeten Fällen“ für Punkt 2.4 „ICS bei gehäuft (größer gleich 2-mal pro Jahr) auftretenden Exazerbationen oder einer krankenhauspflchtigen Exazerbation trotz Bronchodilatatortherapie oder bei gleichzeitig vorliegenden Charakteristika eines Asthma bronchiale“ zu prüfen – zum einen hinsichtlich der Anzahl der Exazerbationen (s. auch unten Anmerkung zu Tabelle 11) und zum anderen hinsichtlich der Formulierung, da sie möglicherweise zu einem zu zurückhaltenden Einsatz von ICS führen könnte. Daten zeigen, dass mehr als 10% der betroffenen Patient:innen, die eine duale Therapie erhalten, darunter weiter Exazerbationen erleiden. [10] Bei diesen Patient:innen kann eine Therapieeskalation mit ICS auf LAMA + LABA + ICS zur Vermeidung weiterer Exazerbationen angezeigt sein.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p> <p>Als diskrepante Empfehlung sollte aufgenommen werden, dass eine ausschließliche Bedarfstherapie bei Patient:innen, bei denen die Vermeidung von Exazerbationen im Vordergrund steht, nicht angewendet werden soll. Der Stellenwert von ICS in der Dauertherapie bei Patient:innen mit Exazerbationen wird gemäß Leitlinien (s. auch Anmerkung zu Tabelle 11) nicht als „Ausnahmefall“ klassifiziert, dies sollte bei der Formulierung der DMP-A-RL berücksichtigt werden.</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
4.4.4.9 Tabelle 11 (S. 29)	<p><u>Anmerkung:</u> In der Tabelle wird für den Aspekt „V1.5.8 – K4 triple Therapie“ die Empfehlung der kanadischen Leitlinie (CTS 2023),^[11] bei Patient:innen mit einem geringen Exazerbationsrisiko und mittelschweren oder schwerer Erkrankung (COPD assessment test [CAT] \geq 10, Modified Medical Research Council [mMRC] \geq 2) und eingeschränkte Lungenfunktion [FEV1 < 80 %]) trotz dualer Therapie die Dauertherapie auf eine Triple-Therapie zu eskalieren, nicht als Empfehlung mit hohem Grade of Recommendation (GoR) anerkannt, obwohl dies so in der Tabelle 33 (S. 79) im Vorbericht aufgeführt ist. Stattdessen wird der „Einsatz von Triple Therapie bei weiterhin beeinträchtigter Lungenfunktion“ in der Spalte „Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt“ erwähnt. Dies sollte angepasst werden.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Die identifizierte ergänzende/ abweichende Kernaussage „Einsatz von Triple Therapie bei weiterhin beeinträchtigter Lungenfunktion“ sollte aufgrund des hohen GoR bei den diskrepanten Empfehlungen aufgeführt werden.</p>
4.4.4.9.2 S. 31 f	<p><u>Anmerkung</u> Als ergänzende Empfehlung sollte bezüglich einer Exazerbationsprophylaxe die Überprüfung der Dauertherapie nach stattgehabter Exazerbation aufgenommen werden. Dies wird in den aktuellen GOLD-Report explizit empfohlen und der Stellenwert des Einsatzes einer Triple Therapie betont. ^[5] Das Risiko für Exazerbationen steigt mit jeder stattgehabten Exazerbation. (7,10) 36% der Patient:innen ohne Exazerbation in der Vorgeschichte erleben innerhalb von 3 Jahren eine mittelschweren oder schwere Exazerbation, bei Patient:innen mit mindestens 2 mittelschweren oder einer schweren Exazerbation in der Vorgeschichte sind es 82% der COPD-Patient:innen. ^[9] Versorgungsdaten zeigen, dass mehr als ein Drittel der Patient:innen mit einer schweren oder mehreren Exazerbationen in der Vorgeschichte keine inhalative Dauertherapie erhalten. ^[9] Bei 30 % bis 50 % der Patient:innen, die aufgrund einer COPD-Exazerbation im Krankenhaus behandelt wurden (schwere Exazerbation), erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung eine erneute Krankenhauseinweisung. ^[5] Um dies zu verhindern, sollte das Entlassmanagement und die Therapieüberprüfung nach krankenhauspflichtiger Exazerbation verbessert werden. Mehrere Studien konnten eine Reduktion von Exazerbationen sowie Krankenhauseinweisungen zeigen, wenn innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung eine Eskalation auf LAMA + LABA + ICS vorgenommen wurde. ^[5] Daher sollte eine Therapieüberprüfung innerhalb dieses Zeitraums stattfinden.</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
	<u>Vorgeschlagene Änderung</u> Als ergänzender Punkt sollte aufgeführt werden, dass eine Anpassung der Dauertherapie nach Exazerbation empfohlen wird. Bei Patient:innen, die aufgrund einer Exazerbation stationär eingewiesen wurden, sollten innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung eine Therapieüberprüfung stattfinden.
4.4.4.9.2 Tabelle 12, S. 32	<u>Anmerkung</u> Einer strukturierten Erfassung und Dokumentation aufgetretener Exazerbationen ist essenziell, um Patient:innen optimal zu versorgen. Eine entsprechende Aufnahme im DMP ist daher sehr zu begrüßen und sollte sich bei den Qualitätssichernden Maßnahmen wiederfinden.
5.1 Einordnung der Diskrepanzen S. 37f	<u>Anmerkung</u> Absatz Ernährung: <p>Die aktuelle Leitliniensynopse zum DMP COPD berücksichtigt Ernährung als nicht-medikamentöse Maßnahme, adressiert diesen Versorgungsaspekt jedoch bislang nur auf einem allgemeinen Niveau. Vor dem Hintergrund der vorhandenen Evidenz erscheint eine stärkere und klarere Verankerung ernährungsmedizinischer Maßnahmen im DMP COPD sinnvoll und notwendig. Daher unterstützen wir die Diskussion, dass Ernährung einen höheren Umfang im DMP-A-RL erhält.</p> <p>Internationale evidenzbasierte Leitlinien zeigen, dass Mangelernährung und Verlust von Muskelmasse bei COPD häufig sind und mit einer schlechteren Prognose, erhöhter Exazerbationsrate, reduzierter körperlicher Leistungsfähigkeit sowie erhöhter Mortalität einhergehen. [1,5]</p> <p>Im Unterschied zum aktuellen DMP COPD, in dem Ernährung bislang nur allgemein und ohne klare Operationalisierung erwähnt wird, enthält die NVL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • konkrete Empfehlungen zur Ernährungstherapie bei Untergewicht, • eine klare Benennung von Ernährungstherapeutischer Betreuung als empfohlene Versorgungsmaßnahme, • und eine evidenzbasierte Begründung für den therapeutischen Nutzen ernährungsmedizinischer Interventionen. <p>Damit geht die NVL inhaltlich deutlich über den derzeitigen DMP-Status hinaus und liefert eine fachlich fundierte Grundlage für eine stärkere Berücksichtigung der Ernährung im Rahmen der DMP-Weiterentwicklung. [1]</p> <p>Systematisches Ernährungsscreening</p> <p>Die GARIN-Leitlinie empfiehlt ein routinemäßiges Ernährungsscreening bei allen COPD-Patient:innen, unabhängig vom Krankheitsstadium. Dies umfasst die regelmäßige Erfassung von Gewichtsveränderungen, BMI sowie – sofern</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
	<p>möglich – der Muskelmasse und Muskelkraft. Diese Aspekte sind prognostisch relevant, werden jedoch im aktuellen DMP COPD bislang nicht systematisch abgebildet. Des Weiteren sollten folgende ernährungsbezogene Aspekte möglicher Komorbiditäten bei der Anamnese und der Langzeitversorgung berücksichtigt werden:</p> <p>Osteoporoserisiko</p> <p>Bei COPD treten Untergewicht, Mangelernährung und reduzierte Muskelmasse gehäuft auf und stellen damit relevante Risikokonstellationen dar [12,13,14].</p> <p>Evidenzbasierte Kernaussagen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untergewicht und reduzierte Muskelmasse sind mit einem erhöhten Risiko für osteoporotische Frakturen assoziiert [15]. • COPD-spezifische Ernährungsreviews beschreiben das gemeinsame Auftreten von Sarkopenie und Osteoporose („Osteosarkopenie“) als klinisch relevantes Problem, bei dem Protein- und Energieunterversorgung eine zentrale Rolle spielen [12,34]. • Die DVO-Leitlinie empfiehlt im Rahmen der Osteoporosebehandlung eine adäquate Ernährung als Bestandteil eines multimodalen Therapieansatzes [15]. <p><u>Leitliniengerechte Ableitung</u></p> <p>Bei Patient:innen mit COPD und erhöhtem Osteoporoserisiko ist die Sicherstellung einer ausreichenden Energie- und Proteinzufuhr ein wesentlicher Bestandteil der Prävention und Therapie muskuloskelettaler Komplikationen. [15,12,13]</p> <p>Kardiovaskuläre Erkrankungen bei COPD – Ernährungsbezogene Aspekte</p> <p>Leitlinienkonformer Hintergrund</p> <p>Kardiovaskuläre Erkrankungen gehören zu den häufigsten Komorbiditäten bei COPD und tragen wesentlich zur Morbidität und Mortalität bei [5,16]. Mehrere nationale Versorgungsleitlinien (u. a. NVL Herzinsuffizienz, NVL KHK, ESC-Leitlinie zu Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen) betonen den Stellenwert von Ernährung und Ernährungsstatus im Rahmen der nicht-medikamentösen Therapie. [17, 18,19]</p>

Evidenzbasierte Kernaussagen

- Mangelernährung, Untergewicht und reduzierte Muskelmasse sind mit einer ungünstigen Prognose bei kardiovaskulären Erkrankungen assoziiert [17,19,20].
- COPD-spezifische Übersichtsarbeiten beschreiben Muskelabbau und systemische Inflammation als verbindende Mechanismen zwischen COPD und kardiovaskulären Erkrankungen, wobei der Ernährungsstatus als modifizierbarer Faktor gilt [13,21].
- Leitlinien empfehlen keine spezifische „kardiovaskuläre Proteintherapie“, weisen jedoch darauf hin, dass eine zu restriktive Ernährung – insbesondere mit unzureichender Proteinzufuhr – vermieden werden sollte, sofern keine Kontraindikationen bestehen [17,19,20].

Leitliniengerechte Ableitung

Bei COPD-Patient:innen mit kardiovaskulären Komorbiditäten sollte eine bedarfsgerechte Ernährung, einschließlich ausreichender Proteinzufuhr, Bestandteil des ganzheitlichen Managements sein, um Muskelabbau, funktionelle Einschränkungen und damit verbundene prognostische Risiken zu vermeiden. [17,19,20,13]

Ernährungstherapie als Bestandteil der Langzeitversorgung

Darüber hinaus formuliert die GARIN-Leitlinie konkrete Empfehlungen zur Ernährungstherapie, die aus Sicht der Versorgungsqualität im DMP COPD stärker berücksichtigt werden sollten.

Hierzu zählen insbesondere:

Eine **ausreichende Energiezufuhr**, da der Energiebedarf bei COPD häufig erhöht ist:

→ Eine energiedichte Kost wird bei COPD insbesondere bei erhöhtem Energiebedarf oder eingeschränkter Nahrungsaufnahme empfohlen, um eine ausreichende Energiezufuhr sicherzustellen. [12,13,22]

Eine **angepasste Proteinzufuhr** von etwa 1,0 g/kg KG/Tag bei stabiler COPD sowie 1,2–1,5 g/kg KG/Tag bei Mangelernährung, fortgeschrittener Erkrankung oder während Exazerbationen.

Mehrere nationale und internationale Leitlinien sowie aktuelle Übersichtsarbeiten beschreiben die Proteinversorgung als zentrales Element der Ernährungstherapie bei chronischen Erkrankungen, insbesondere bei

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
	<p>älteren Menschen und bei Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für Muskelabbau wie COPD [24, 25,15,20,26].</p> <p>Die NVL COPD ordnet Ernährung den nicht-medikamentösen Maßnahmen zu und verweist auf die Bedeutung des Ernährungsstatus und der körperlichen Leistungsfähigkeit im Krankheitsverlauf [1].</p> <p>Evidenzbasierte Kernaussagen</p> <p>Mangelernährung und reduzierte Muskelmasse sind bei COPD häufig und klinisch relevant [14].</p> <p>Proteinunterversorgung trägt wesentlich zum Verlust von Muskelmasse und funktionellen Einschränkungen bei [20,12,13].</p> <p>Aktuelle ernährungsmedizinische Reviews zu COPD beschreiben eine bedarfsgerechte Proteinzufuhr als wesentlichen Bestandteil der Medical Nutrition Therapy, mit dem Ziel, Muskelmasse und körperliche Funktion zu erhalten [23,12,21].</p> <p>--</p> <p>Die Empfehlung einer ausgewogenen, gesundheitsfördernden Ernährung, orientiert an einem mediterranen Ernährungsmuster.</p> <p>→ Ein mediterranes Ernährungsmuster kann als gesundheitsfördernde Ernährungsform empfohlen werden. Es ist gekennzeichnet durch einen hohen Anteil an Obst, Gemüse, Fisch und ungesättigten Fettsäuren und wird mit günstigen Effekten auf systemische Inflammation, kardiometabolische Gesundheit und Lungenfunktion in Verbindung gebracht. [24, 13, 5]</p> <p>Die Anwendung von oralen Ernährungssupplementen (ONS) bei nachgewiesener Mangelernährung oder unzureichender oraler Nahrungsaufnahme.</p> <p>Die NVL betont die klinische Relevanz des Körpergewichts und der Ernährungssituation bei COPD-Patient:innen. Insbesondere wird hervorgehoben, dass:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untergewicht und unbeabsichtigter Gewichtsverlust mit einer ungünstigen Prognose assoziiert sind (z. B. reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit, höhere Mortalität). • Das Körpergewicht daher regelmäßig erfasst und bewertet werden sollte.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
5.2 Diskussionspunkte S. 39	<u>Anmerkung</u> Absatz Kontrolluntersuchungen Hier sollte zusätzlich der aktuellen GOLD- <u>Report</u> erwähnt werden. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Der aktuelle GOLD-Report sieht bei Patient:innen, die aufgrund einer COPD Exazerbation im Krankenhaus behandelt wurden, Kontrolluntersuchungen innerhalb von einer bis vier Wochen nach Entlassung sowie innerhalb von 12 bis 16 Wochen nach Entlassung vor. [5] Der Aspekt der Kontrolluntersuchungen findet sich bislang nicht in der DMP-A-RL.
A4.1, S. 85	<u>Anmerkung</u> Die im Bericht erwähnte „Leitlinie GOLD 2025“ ist mittlerweile aktualisiert worden. Es liegt der aktuelle GOLD-Report 2026 vor, [5] der entsprechend berücksichtigt werden sollte.

(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] 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 [15.1.2026]

[2] Borland R. ph.D., H.H. Yong; The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: Findings from the International Tobacco Control Four Country Study. *Nicotine Tob Res.* 2010;12(Suppl 1):S 45–S50. doi:10.1093/ntr/ntq038. Zugriff [19.1.2026] <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3307335/pdf/ntq038.pdf>

[3] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen Patient*innen. AWMF-Registernr. 032/054OL. 2021. Verfügbar unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de>

[4] Kahnert, K. et al.: The Diagnosis and Treatment of COPD and Its Comorbidities. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 434-4; doi:10.3238/arztebl.m2023.0027. Zugriff [19.1.2026] URL: di.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=232209

[5] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2026 Report) [online]. 2026 [Zugriff: 07.01.2026]. Zugriff [19.1.2026] URL: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2025/12/GOLD-REPORT-2026-v1.3-8Dec2025_WMV.pdf

[6] Visseren, F. L. J. et al.: Eur Heart J 2021; 42:3227-3337; doi: 10.1093/eurheartj/ehab484. Zugriff [19.1.2026] <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/34/3227/6358713>

[7] Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/ KFE-RL) [online]. 2025 [Zugriff: 07.01.2026]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3915/KFE-RL_2025-06-18_iK-2025-09-05.pdf

[8] Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) [online]. 2025 [Zugriff: 07.01.2026]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3940/DMP-A-RL_2025-06-18_iK-2025-10-01.pdf.

[9] Vogelmeier, C. F. et al.: Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2021; 16:2407-2417; doi: 10.2147/COPD.S322036. eCollection 2021. [Zugriff: 07.01.2026] URL: <https://www.dovepress.com/article/download/68130>

[10] Herth, F. J. F. et al.: ERJ Open Res 2025; 11:00976-2024; doi: 10.1183/23120541.00976-2024 [Zugriff: 19.01.2026] <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12168169/>

[11] Bourbeau J. et al.: Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine 2023; 7: 173-191; [Zugriff: 19.01.2026] <https://doi.org/10.1080/24745332.2023.2231451>.

[12] 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: 19.01.2026] URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11434837/pdf/nutrients-16-03105.pdf>.

[13] 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: 19.01.2026]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10245132/pdf/ERR-0003-2023.pdf>

[14] 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: 19.01.2026]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12306560/pdf/copd-20-2589.pdf>

[15] 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: 19.01.2026]. URL: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/183-001>

- [16] 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: 19.01.2026]. URL: https://copdx.org.au/wp-content/uploads/2025/05/COPD-X-V2.77_FINAL_2025-05-09.pdf.
- [17] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Version 4.0. AWMF-Register-Nr. nvl-006. NVL-Programm 2023. [Zugriff: 19.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006|_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2023-12.pdf.
- [18] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK. Version 7.0. AWMF-Register-Nr. nvl-004. NVL-Programm 2024. [Zugriff: 19.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-004|_S3_Chronische-KHK_2024-09.pdf
- [19] 2023 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: 19.01.2026]. URL: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false>
- [20] Volkert D, Bauer J, Benzinger P, Eglseder 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: 19.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/073-019|_S3_Klinische-Ernaehrung-Hydrierung-im-Alter_2025-02.pdf.
- [21] 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: 19.01.2026]. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11762775/pdf/13668_2025_Article_613.pdf
- [22] 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: 19.01.2026]. URL: <https://publications.ersnet.org/content/erj/44/6/1504>
- 23 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: 19.01.2026]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12242102/pdf/NCP-40-793.pdf>.
- [24] 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: 19.01.2026]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9086787/pdf/nuab077.pdf>

[25] Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Clinical Care Standard. October 2024. [Zugriff: 19.01.2026]. URL: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2024-10/chronic-obstructive-pulmonary-disease-clinical-care-standard-2024.pdf>

[26] 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: 19.01.2026]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11742366/pdf/CD000998.pdf>

A.1.4 Deutsche Atemwegsliga e. V.

Autorinnen und Autoren

- Worth, Heinrich

Stellungnahme zum Vorbericht

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 beigefügten 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. Heinrich Worth
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. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
allgemein	<p><u>Anmerkung</u></p> <p>Die Deutsche Atemwegsliga e.V. begrüßt die Ankündigung, dass Leitlinien, die bis Mai 2026 erscheinen noch bei der Aktualisierung des DMP- COPD Berücksichtigung finden können. Hierzu gehören die Empfehlungen der GOLD-Gruppe aus 2026, die bereits publiziert wurden, aber auch die in wenigen Wochen erscheinende deutsche S2k- Leitlinie der DGP (Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.). Sie sind deshalb wichtig, da die Aussagen in der NVL COPD zum Teil auf das Jahr 2021 zurückgehen und nicht mehr aktuell sind.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p>
4.4.1.2 Seite 12 Tabelle 3	<p><u>Anmerkung</u></p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung/ Ergänzende Begründung:</u></p> <p>In der Lungenfunktionsdiagnostik sollten die GLI- Sollwerte vorrangig vor der starren FEV₁<70% - Grenze eingesetzt werden, da gerade bei den in der Regel älteren Patienten mit COPD durch die Anwendung der starren Grenze eine Überschätzung der Diagnose Obstruktion und der Diagnose COPD erfolgt.</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
4.4.4.1.4 Tabelle 6 Seite 18	<u>Anmerkung</u> <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Ein schriftlicher Aktionsplan für den Patienten mit akuter Verschlechterung sollte an alle Patienten gegeben werden, auch an diejenigen bei denen bisher keine strukturierte Schulung erfolgte.
4.4.4.2. Tabelle 7 Seite 19	<u>Anmerkung</u> <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Vor jeder LTOT (Langzeit-Sauerstofftherapie) sollten mindestens drei kapilläre/arterielle Blutgasanalysen innerhalb von 4 Wochen bei Patienten mit respiratorischer Insuffizienz in einer stabilen Phase der Erkrankung durchgeführt werden.
4.4.4.9.1 Seite 31	<u>Anmerkung</u> <u>Vorgeschlagene Änderung/Ergänzung</u> In die Dokumentation sollte eine Abfrage nach den erfolgten Schutzimpfungen durchgeführt werden, wobei für COPD-Patienten Influenza-, Pneumokokken-, RSV-, Corona-, Pertussis- und eventuell auch Zoster-Schutzimpfungen relevant sind. Hierdurch kann man zumindest die bisher erschreckend niedrigen Impfquoten erkennen und ggf. zur jeweiligen Impfung raten.

(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.1.5 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V., Bund der Pneumologen Deutschland

Autorinnen und Autoren

- Bahmer, Thomas
- Gessner, Christian
- Kahnert, Kathrin
- Neurohr, Claus
- Trudzinski, Franziska
- Vogelmeier, Claus
- Watz, Henrik

Stellungnahme zum Vorbericht

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 beigefügten 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. Kathrin Kahnert (Koordinatorin der S2k COPD-Leitlinie der DGP)
Prof. Dr. Henrik Watz (Koordinator der S2k COPD-Leitlinie der DGP; Mitautor der NVL COPD 2021)
Prof. Dr. Claus Neurohr (Sprecher der Sektion A2 COPD der DGP)
Prof. Dr. Franziska Trudzinski (Stellv. Sprecherin der Sektion A2 COPD)
Prof. Dr. Thomas Bahmer (Generalsekretär der DGP)
PD Dr. Christian Gessner (Vertreter des BdP)
Prof. Dr. Claus Vogelmeier (Mitautor der NVL COPD 2021)
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. sowie des Bundes der Pneumologen Deutschlands
<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. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
Berichtsplan Leitlinien-synopse, Stand 09.07.2025 4.1.7 Evidenz-basierung Sowie Vorbericht Version 1.0 vom 09.12.2025 6. Fazit, A7 Leitlinien-recherche, und A11.1 Wirkstoffe	<p>Aus der Leitlinien-Synopse des Berichtsplans (Stand 09.07.2025, Abschnitt 4.1.7 „Evidenz-Basierung“) geht hervor, dass ausschließlich Leitlinien berücksichtigt wurden, die in den Jahren 2021 bis 2024 publiziert wurden. Vor dem Hintergrund aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse sind diese Leitlinien in Bezug auf eine Vielzahl relevanter Aspekte jedoch teilweise als veraltet einzustufen.</p> <p>In der Stellungnahme zum Berichtsplan vom 09.07.2025 hatte die Deutsche Atemwegsliga (DAL) bereits darauf hingewiesen, dass für einige im Bericht zu berücksichtigenden Aspekten das Erscheinen der fachärztlichen S2k-Leitlinie COPD abgewartet werden sollte. Dies wurde unter anderem damit begründet, dass bestimmte Inhalte – wie beispielsweise die interventionelle bzw. operative Therapie des schweren Lungenemphysems – bewusst nicht in die Nationale Versorgungs Leitlinie (NVL) aufgenommen wurden. Zudem haben sich auch in Bezug auf die Indikationsstellung für die inhalative Therapie insbesondere , sowie durch die Einführung des neuen Wirkstoffes Dupilumab relevante Änderungen ergeben. Darüber hinaus werden in der S2k-Leitlinie spezifische Aspekte behandelt, die insbesondere für den nationalen Versorgungskontext von besonderer Relevanz sind.</p> <p>Zur notwendigen Überarbeitung des DMP COPD sind aus Sicht der DGP sowohl die S3-Leitlinie "NVL COPD"</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
A7 Leitlinien-recherche, und A11.1 Wirkstoffe	<p>(https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-003) (1) als auch die fachärztliche S2k-Leitlinie COPD heranzuziehen. In der fachärztlichen S2k Leitlinie haben alle Konsensuskonferenzen stattgefunden. Das Dokument befindet sich aktuell in der Zirkulation unter den Vorständen der beteiligten Fachgesellschaften. Die Publikation wird in Q1 2026 stattfinden. Insbesondere im Hinblick auf das Therapiekapitel wurden in der S2k Leitlinie alle relevanten Studien miteinbezogen und analysiert, welche zum Zeitpunkt des Erscheinens der NVL noch nicht berücksichtigt werden konnten. Insbesondere wird in dem Therapiekapitel der S2k Leitlinie auf aktuelle Daten zur inhalativen Therapie und auch auf die Biologika-Therapie eingegangen.</p> <p>Beide AWMF-Leitlinien sind von der AWMF als sich ergänzende (komplementäre) Leitlinien entwickelt worden: es gibt keine widersprüchlichen Empfehlungen, beide Leitlinien sind untereinander inhaltlich konsistent. In der S3-LL werden die allgemeinen Grundsätze der COPD-Diagnostik und COPD-Therapie evidenzbasiert dargelegt, in der fachärztlichen S2k-LL COPD werden zusätzliche, fachärztlich relevante Fragestellungen evidenz- und konsensus-basiert beantwortet und auch die aktuelle Literatur berücksichtigt. Bestimmte, vom IQWiG im Bericht geforderte Aspekte finden sich nur in der fachärztlichen S2k-LL COPD, z.B. interventionelle/operative Behandlung des schweren Lungenemphysems. Darüber hinaus ergänzt die S2k Leitlinie auch die Abklärung und Therapie bei alpha-1 Antitrypsinmangel, beschreibt die aktuell gültigen Impfeempfehlungen für Patient:innen mit COPD und ergänzt das in der NVL ausstehende Kapitel zu Komorbiditäten und deren differentialdiagnostische Maßnahmen. In der S2k Leitlinie wird die Abklärung und Behandlung der wichtigen pulmonalen und extrapulmonalen Komorbiditäten ausführlich beschrieben.</p> <p>Unter Punkt 6 (Fazit) wird beschrieben, dass zu folgenden Aspekten keine Empfehlungen in den eingeschlossenen Leitlinien extrahiert wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Therapeutische Maßnahmen (V1.5) <ul style="list-style-type: none"> ○ Operative Verfahren (V1.5.5) ■ Kooperation der Versorgungsstrukturen (V1.6) <ul style="list-style-type: none"> ○ Veranlassung einer Rehabilitationsleitung (V1.6.4) ■ Digitale medizinische Anwendungen (V.X) <p>Nach Ansicht der Autor:innen der fachärztlichen S2k-Leitlinie bestehen in der aktuellen DMP-A-RL relevante Diskrepanzen zur S2k-Leitlinie COPD. Da diese</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
Servicedokument zum Beschluss vom 18. August 2022 über die 28. Änderung der DMP-A-RL	<p>Diskrepanzen in der Leitlinien-Synopse des Berichtsplans (Stand 09.07.2025, Abschnitt 4.1.7 „Evidenz-Basierung“) größtenteils nicht abgebildet sind, erfolgt die Bezugnahme in den Kapitelangaben auf das Servicedokument zum Beschluss vom 18. August 2022 über die 28. Änderung der DMP-A-RL.</p> <p>1.1 Definition der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung</p> <p>Im DMP COPD sollte – in Analogie zur S2k-Leitlinie – die COPD als heterogene Erkrankungsentität abgebildet werden. Die Ätiologie geht dabei über die alleinige Assoziation mit Tabakrauchen hinaus.</p> <p>Hierzu wird auf Abschnitt 2.1.2 „Ätiopathogenese der COPD: Klassifikation und Relevanz für Prävention und Management“ der S2k-Leitlinie verwiesen. Zusätzlich sollte der in der Leitlinie beschriebene Ansatz zur Erkennung von Frühstadien berücksichtigt werden. Bei Patient:innen mit COPD-Risiko, die die diagnostischen Kriterien noch nicht erfüllen, wird gemäß S2k-Leitlinie (S. 39) eine weiterführende Abklärung im Rahmen eines multimodalen Ansatzes empfohlen.</p> <p>1.2.3 Labordiagnostik</p> <p>Es wird empfohlen, die Diagnostik im DMP COPD um einen eigenständigen Punkt „Labordiagnostik“ zu erweitern. Dieser sollte neu aufgenommen werden, da laborchemische Parameter eine wesentliche Therapierelevanz besitzen.</p> <p>Insbesondere sollte bei Patient:innen mit diagnostizierter COPD die Bestimmung der eosinophilen Granulozyten erfolgen, da dieser Biomarker maßgeblich die Indikationsstellung für eine inhalative Therapie mit inhalativen Kortikosteroiden (ICS) beeinflusst (vgl. S2k-Leitlinie, Abschnitt Biomarker/Differentialblutbild, S. 38). Darüber hinaus sollten Patient:innen mit COPD einmalig auf einen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (AATM) untersucht werden (vgl. Abschnitt 2.2.4 „Alpha-1-Antitrypsinmangel“, Empfehlung S. 47).</p> <p>In Bezug auf die Diagnostik sollte ein Hinweis auf potenzielle Differentialdiagnosen der COPD über Asthma hinaus aufgenommen werden. Es wäre sinnvoll, Tabelle 9 der „Nationalen Versorgungsleitlinie COPD – Teilpublikation der Langfassung, 2. Auflage, Version 1, 2021“ (DOI: 10.6101/AZQ/000477) zu integrieren, um relevante Differenzialdiagnosen systematisch darzustellen und die Diagnosegenauigkeit zu erhöhen.</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
Servicedokume nt zum Beschluss vom 18. August 2022 über die 28. Änderung der DMP-A-RL	<p>1.5.8 Medikamentöse Maßnahmen</p> <p>Der gesamte Abschnitt 1.5.8 „Medikamentöse Maßnahmen“ sollte grundlegend überarbeitet werden. Anstelle der inzwischen veralteten NVL COPD sollte die Darstellung der medikamentösen Therapie konsequent an den aktuellen Empfehlungen der konsentierten S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie der COPD 2026, insbesondere Abschnitt 3.3.3 „Medikamentöse Dauertherapie“ (S. 74), ausgerichtet werden. Zentrale Therapieprinzipien, Indikationskriterien und Eskalationsstrategien haben sich wesentlich weiterentwickelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Satz <i>„Dies beinhaltet auch, dass bei Reduktion der Symptome eine Reduktion der Medikation bzw. ein Auslassversuch einzelner Wirkstoffgruppen versucht werden sollte“</i> sollte gestrichen werden, da dies dem chronisch-progredienten Charakter der COPD widerspricht und nicht leitlinienkonform ist. • Die Monotherapie mit langwirksamen Bronchodilatoren stellt ab Gruppe B nicht mehr die Therapie der Wahl dar. • Bei therapienaiven Patient:innen mit mindestens einer mittelgradigen Exazerbation in der Anamnese soll primär eine duale Bronchodilatation (LAMA/LABA) eingeleitet werden. • Bei therapienaiven Patient:innen mit hoher Symptomlast (CAAT >10 Punkte) soll primär eine duale Bronchodilatation (LAMA/LABA) eingeleitet werden • Der Satz <i>„ICS bei gehäuft (≥ 2-mal pro Jahr) auftretenden Exazerbationen oder einer krankenhauspflchtigen Exazerbation trotz Bronchodilatatortherapie oder bei gleichzeitig vorliegenden Charakteristika eines Asthmas bronchiale“</i> sollte gestrichen werden. • Stattdessen sollte ergänzt werden, dass der Einsatz von ICS primär biomarkerbasiert anhand der Bluteosinophilenzahl und in Abhängigkeit der Exazerbationsanamnese erfolgt • Bei fortbestehenden Exazerbationen unter LAMA- oder LABA-Monotherapie und Bluteosinophilen < 300/μL soll auf eine duale Bronchodilatation (LAMA/LABA) eskaliert werden. • Eine alleinige ICS/LABA-Kombination wird bei COPD nicht empfohlen. • Bei therapienaiven Patient:innen mit schweren oder ≥ 1 mittelgradigen Exazerbation in der Vorgeschichte und Bluteosinophilen ≥ 300/μL kann die direkte Einleitung einer Triple-Therapie (LABA/LAMA/ICS) erwogen werden. • Bei fortbestehenden Exazerbationen unter dualer Bronchodilatation und Bluteosinophilen ≥ 100/μL soll auf eine Triple-Therapie

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
	<p>(LABA/LAMA/ICS) eskaliert werden, vorzugsweise als Single-Inhaler-Triple-Therapie (SITT).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Patient:innen mit fortbestehenden Exazerbationen trotz inhalativer Triple-Therapie, nachgewiesener guter Adhärenz und korrekter Inhalationstechnik sollte eine weiterführende fachärztliche Abklärung, ggf. auch mittels erneuter thorakaler Bildgebung zur Reevaluation der Diagnose und Prüfung weiterer Therapieoptionen (z. B. Azithromycin, Roflumilast oder Biologika) erfolgen. <p>Unter Punkt A11.1 („Wirkstoffe“) der Leitlinien-Synopse im Berichtsplan (Stand 09.07.2025) wird auf den Wirkstoff Dupilumab Bezug genommen, der im GOLD-Report berücksichtigt ist, in der DMP-A-RL bislang jedoch keine Berücksichtigung findet. Darüber hinaus nimmt die fachärztliche S2k-Leitlinie COPD ausdrücklich zur medikamentösen Biologikatherapie Stellung. Für Dupilumab besteht aktuell eine Zulassung; zudem liegt eine Bewertung des IQWiG vor, die einen geringen Zusatznutzen ausweist. Ein weiteres Biologikum, Mepolizumab, zeigt in Studien eine vergleichbare Wirksamkeit und befindet sich im europäischen Zulassungsverfahren. Ohne Berücksichtigung der S2k-Leitlinie COPD ist eine sachgerechte Bewertung und Einordnung dieser Wirkstoffe im Rahmen der DMP-A-RL nicht sinnvoll möglich.</p> <p>DMP-A-RL Anlage 8 – Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V)</p> <p>Der aktuelle Qualitätsindikator Lfd. Nr. 7 („Leitliniengerechter Einsatz inhalativer ICS: niedriger Anteil an Teilnehmer:innen mit einer Dauertherapie mit ICS“) kann nicht als geeignete qualitätssichernde Maßnahme angesehen werden. Eine ausschließliche Reduktion der ICS-Dauertherapie bildet kein leitliniengerechtes Vorgehen ab und berücksichtigt nicht die aktuellen Empfehlungen (vgl. S2k-Leitlinie 2026, S. 77 und S. 81).</p> <p>Der Indikator sollte daher an die aktuelle Leitlinienlage angepasst werden und den biomarkerbasierten Einsatz von ICS (Eosinophilenzahl, Exazerbationshistorie) sowie den individuellen Therapiebedarf berücksichtigen.</p> <p>Zusätzlich wird empfohlen, folgende qualitätssichernde Maßnahmen in das DMP COPD aufzunehmen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Systematische Abklärung kardiovaskulärer Komorbiditäten bei Patient:innen mit COPD (S2k-Leitlinie 2026, Abschnitt 4.2.1, S. 107).

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
	<p>2. Regelmäßige Überprüfung des Impfstatus sowie Durchführung der empfohlenen Impfungen (gemäß Abschnitt 3.5 „Impfschutz“ der S2k-Leitlinie 2026).</p> <p>Vorgeschlagene Änderung</p> <p>Es sollen für die Überarbeitung des DMP COPD beide AWMF-zertifizierten COPD-Leitlinien herangezogen werden:</p> <p>(1) S3-Leitlinie "NVL COPD" https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-003</p> <p>(2) S2k-Leitlinie zur Fachärztlichen Diagnostik und Therapie der COPD 2025 → Referenz folgt (Publikation in Q1/2026) → Das Leitliniendokument der S2k Leitlinie wird mit der Bitte um Verschwiegenheit zur Mitbeurteilung zur Verfügung gestellt</p>
4.4.4.7.3 Somatische Komorbiditäten	<p>In der DMP-A-RL wird bislang kein Bezug zum Lungenkrebscreening genommen. Ab spätestens 04/2026 wird das Lungenkrebscreening für folgende Personengruppen zur Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alter 50-75 Jahre ○ Mindestens 25 Jahres Zigarettenrauchexposition ○ Anhaltender Zigarettenkonsum oder Beendigung vor <10 Jahren ○ Kumulative Exposition ≥10 Packungsjahre <p>Der allergrößte Teil der Patienten mit COPD erfüllt diese Kriterien. In der in Veröffentlichung befindlichen S2k Leitlinie COPD wird auch auf das Thema des Lungenkrebscreenings eingegangen. Die Leitlinie wird eine Empfehlung zu diesem Thema mit einem hohen GoR enthalten.</p> <p><u>Darüber hinaus ist die Empfehlung zum Lungenkarzinomscreening in der S3 Leitlinie zur Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms formuliert.</u></p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p> <p><u>Die Empfehlungen zum Lungenkarzinomscreening sollten in der Überarbeitung des DMP berücksichtigt werden</u></p> <p>1. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms, Leitlinienreport Version 4.0, 2025, AWMF-Registernummer 020-007 OL,</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
	https://www.leitlinienprogrammonkologie.de/leitlinien/lungenkarzinom/ , (abgerufen am 13.01.2026).

(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.

S2k-Leitlinie zur Fachärztlichen Diagnostik und Therapie der COPD 2026 [Manuskript aktuell zur Freigabe versendet an beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen]

Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms Version 4.0 – April 2025 AWMF-Registernummer: 020-007OL

A.1.6 Deutsche Röntgengesellschaft, Gesellschaft für medizinische Radiologie und bildgeführte Therapie e. V.

Autorinnen und Autoren

- Barkhausen, Jörg
- Kuhl, Christiane
- Völker, Martin

Stellungnahme zum Vorbericht

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 beigefügten 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. Christiane Kuhl (Präsidentin der DRG)
Prof. Dr. med. Jörg Barkhausen (ehemaliger Präsident der DRG)
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen) <input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Röntgengesellschaft – Gesellschaft für medizinische Radiologie und bildgeführte Therapie e.V. (DRG) <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. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
<p>4.4.4.7.3</p> <p>Somatische Komorbiditäten</p>	<p>In der DMP-A-RL wird bislang kein Bezug zum Lungenkrebscreening genommen. Ab spätestens 04/2026 wird das Lungenkrebscreening für folgende Personengruppen zur Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alter 50-75 Jahre ○ Mindestens 25 Jahre Zigarettenrauchexposition ○ Anhaltender Zigarettenkonsum oder Beendigung vor <10 Jahren ○ Kumulative Exposition ≥10 Packungsjahre <p>Ein relevanter Teil der Patientinnen und Patienten mit COPD erfüllt diese Kriterien. In der in Veröffentlichung befindlichen S2k Leitlinie COPD wird auch auf das Lungenkrebscreening eingegangen. Die Leitlinie wird eine Empfehlung zu diesem Thema mit einem hohen GoR enthalten.</p> <p>Darüber hinaus ist die Empfehlung zum Lungenkarzinomscreening in der S3 Leitlinie zur Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms formuliert.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p> <p>Die Empfehlungen zum Lungenkarzinomscreening [1] sollten in der Überarbeitung des DMP berücksichtigt werden.</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] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms, Leitlinienreport Version 4.0, 2025, AWMF-Registernummer 020-007 OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/lungenkarzinom> (abgerufen am 20.01.2026).

A.1.7 PulmonX Corp.

Autorinnen und Autoren

- Erath, Jerome
- Kersting, Thomas

Stellungnahme zum Vorbericht

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 beigefügten 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.

Wir hatten in unserer Stellungnahme zum Berichtsplan V25-02 (im Berichtsentswurf dargestellt und bewertet auf S. 93 ff.) verschiedene Leitlinien zur Berücksichtigung vorgeschlagen, die sämtlich nicht in den Bericht aufgenommen wurden. In Abschnitt A3.1.1 zeigt die Zusammenfassung, dass 8 Leitlinien wegen ihres Publikationszeitpunktes ausgeschlossen wurden („nicht E7“), keine Leitlinie wegen mangelnder Gültigkeit („nicht E8“). Dies veranlasst uns zu folgender Kommentierung.

in Im Berichtsplan des IQWiG wurde festgelegt:

„4.1.5 Publikationszeitraum

Leitlinien, die älter als 5 Jahre sind, entsprechen in der Regel nicht mehr dem aktuellen Erkenntnisstand [18-20]. Es werden deshalb nur Leitlinien berücksichtigt, die vom im Auftrag des G-BA genannten Abgabetermin des Abschlussberichts ausgehend, maximal 5 Jahre zuvor veröffentlicht wurden (siehe Abschnitt 4.1.9).“

(Vergl. hierzu auch Kriterium E7: „Publikation erfolgte ab Mai 2021“)

Die für diese Festlegung im Vorbericht als Beleg angeführte Literatur kann eine solche Fixierung des Zeitraums allerdings nicht rechtfertigen und ist selbst veraltet. Bereits der Titel der unter [Nr.18] genannten Publikation relativiert die genannte 5-Jahresfrist: „Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months.“ Es wird nur auf den Median (!) bezogen vorgetragen, dass ungefähr („about“) 60 Monate die Lebensdauer der untersuchten Kohorte (von 137 NICE clinical practise guidelines) sei. Diese Veröffentlichung ist selbst 12 Jahre alt.

Die Publikation [Nr. 19] bezieht sich auf lediglich 17 „clinical practice“- Leitlinien, veröffentlicht von der US-Behörde für Gesundheitsforschung und -qualität (AHRQ) und kommt zu dem Schluss: „Zusammenfassend haben wir festgestellt, dass mehr als 75 % der zwischen 1990 und 1996 entwickelten AHRQ-Leitlinien aktualisiert werden müssen. Die Hälfte dieser Leitlinien war nach 5,8 Jahren eindeutig veraltet.“ Hier werden also in einer Publikation aus 2001 (!) 5,8 Jahre benannt, nach denen 50% der Leitlinien veraltet waren.

Die Publikation [Nr. 20] aus dem Jahr 2007 bezieht sich nicht auf Leitlinien, sondern auf systematische Reviews und stellt als Ergebnis nur fest, dass man „Signale“ gefunden habe, die ein Updating von SLR in relativ kurzer Zeit nahelegen würden: „In a cohort of high-quality systematic reviews directly relevant to clinical practice, signals for updating occurred frequently and within a relatively short time.“

Es erscheint somit die fixe Festlegung auf einen Berücksichtigungszeitraum „neuer Leitlinien“, die zu in die Analyse einzubeziehen wären von 5 Jahren (zumal „vom im Auftrag des G-BA genannten Abgabetermin des Abschlussberichts ausgehend“) als willkürlich und – wie im Detail später gezeigt – als nicht ausreichend (auch wenn im deutschen Kontext die AWMF festgelegt hat, das die maximale Gültigkeitszeitraum für Leitlinien 5 Jahre ab Verabschiedung durch die beteiligte(n) Fachgesellschaft(en) und Organisation(en) beträgt).

Schwerer wiegt jedoch, dass diese Einschränkung in der Recherche zudem noch das Problem aufweist, dass in den letzten 5 Jahren erschienene (und als relevant erachtete) Leitlinien teilweise bereits in älteren Leitlinien getroffene Vorgaben (die noch nicht ausreichend in der aktuellen DMP-COPD-Richtlinie aufgenommen wurden) nicht mehr explizit berichten und diese somit faktisch von der zukünftigen Berücksichtigung im DMP ausschließen. So hatten wir bereits 2019 in der damaligen Anhörung zur DMP-Richtlinie [5] auf verschiedene nationale und internationale Leitlinien hingewiesen, die ausführliche und eindeutige Empfehlungen zur Lungenvolumenreduktion (LVR) bei COPD enthielten (LVRS – Lung Volume Reduction Surgery und EBLVR - Endobronchial Lung Volume Reduction); diese Hinweise waren aber bereits damals nicht in die DMP-COPD-Richtlinie aufgenommen worden.

An folgendem Beispiel aus dem Vorbericht (vorläufige Bewertung) V25-02 Version 1.0 DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) kann dies gut nachvollzogen werden:

„4.4.4.5 Operative Verfahren (V1.5.5)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Die eingeschlossenen Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt.“

Damit finden sich zu operativen (bzw. interventionellen) Verfahren offensichtlich keine neuen Leitlinien-basierten Hinweise; zugleich werden ältere Hinweise aber in der aktuellen DMP-COPD-Leitlinie noch nicht ausreichend gewürdigt, heißt es dort bis jetzt doch lediglich:

*„Nach Ausschöpfung der medikamentösen und anderer nicht-invasiver Therapiemöglichkeiten **ist ein Eingriff zur Lungenvolumenreduktion bei schwerem Lungenemphysem zu erwägen.**[1]*

Dies obwohl z.B. die bronchoskopischen Verfahren (u.a. auf Basis der IQWiG-Berichterstattung im Methodenbewertungsverfahren sowie weiterer Evidenz aus nachfolgenden Studien) vom G-BA schon 2018 folgendermaßen bewertet wurden [7]:

„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.“

Die Begrenzung auf weniger als 5 Jahre alte Leitlinien setzt also implizit voraus, dass in der aktuellen DMP-COPD-Richtlinie von 2022 [1] bereits alle bis dahin vorliegenden Empfehlungen berücksichtigt wurden. Davon kann nicht zwingend ausgegangen werden, wie die Diskrepanz der DMP-COPD Richtlinie zu den Tragenden 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 [2] zeigt, auf die wir bereits in unserer Stellungnahme zum Berichtsplan hingewiesen haben. Siehe ebendort Anmerkungen zu Kapiteln 1 (S. 1) und 2 (S.3).

Die Begrenzung auf weniger als 5 Jahre alte Leitlinien (Kriterium E7) ist nach unserer Auffassung ein methodisches Defizit und sollte überdacht werden. Vielmehr sollte die von den Gültigkeit der Leitlinie (Kriterium E8: „als gültig gekennzeichnet und / oder Überarbeitungsdatum nicht überschritten“) das entscheidende Kriterium sein.

Die NICE-Leitlinie zu COPD (NG115) [3] wurde zuletzt am 26. Juli 2019 aktualisiert und am 4. März 2020 veröffentlicht [4]. Die Leitlinie wurde im November 2021 überprüft und als aktuell eingestuft und **am 12. Januar 2022 veröffentlicht**. NICE betrachtet diese Leitlinie als aktuell und sie muss derzeit im gesamten National Health Service angewendet werden.

Diese evidenzbasierte Leitlinie wurde somit nach dem Stichtag (Kriterium E7) publiziert, ist weiterhin gültig (Kriterium E8) und muss bei der Aktualisierung der DMP-COMP Richtlinie zur Bewertung von Diskrepanzen zwischen den Empfehlungen berücksichtigt werden.

Inhaltlich bedeutet dies: Es besteht eine Diskrepanz zwischen der DMP-COPD von 2022 in Punkt 1.5.5 – Operative Verfahren und der NICE NG115.

DMP-COPD von 2022:

„Nach Ausschöpfung der medikamentösen und anderer nicht-invasiver Therapiemöglichkeiten **ist ein Eingriff zur Lungenvolumenreduktion bei schwerem Lungenemphysem zu erwägen**“.

NICE NG115, Empfehlungen 1.2.88 bis 1.2.94 enthält demgegenüber detaillierte evidenzbasierte Empfehlungen zur Anwendung von Lungenvolumenreduktionsoperationen und bronchoskopischen Lungenvolumenreduktionsverfahren, wie im nächsten Abschnitt ausgeführt wird..

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
4.4.4.5 (25)	<p><u>Anmerkung</u></p> <p>Aufnahme der Empfehlungen der NICE-Leitlinie zu COPD (NG115) [3], die nach dem Stichtag (Kriterium E7) publiziert wurde und weiterhin gültig ist (Kriterium E8).</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p> <p>Der Abschnitt zu 4.4.4.5 Operative Verfahren (V1.5.5) ist wie folgt ändern:</p> <p>Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in einer Leitlinie Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NICE [3]):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische Maßnahmen <p>Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL Es wurden zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepante Empfehlungen identifiziert.</p> <p>Und hier sind die Empfehlungen der NG115 zu übernehmen und zu bewerten:</p> <p>1.2.88 Bieten Sie eine Atemwegsuntersuchung an, um zu beurteilen, ob ein Lungenvolumenreduktionsverfahren für Patienten mit COPD nach Abschluss einer pulmonalen Rehabilitation und bei weiteren Untersuchungen in Betracht kommt, wenn alle folgenden Kriterien zutreffen:</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • sie an schwerer COPD leiden, mit einem FEV1 von weniger als 50 % und Atemnot, die ihre Lebensqualität trotz optimaler medizinischer Behandlung beeinträchtigt • sie nicht rauchen • sie eine 6-Minuten-Gehstrecke von mindestens 140 m zurücklegen können (wenn sie durch Atemnot eingeschränkt sind). <p>1.2.89 Überweisen Sie die Person mit COPD bei der Lungenuntersuchung an ein multidisziplinäres Team für Lungenvolumenreduktion, um zu beurteilen, ob eine Lungenvolumenreduktionsoperation oder endobronchiale Ventile geeignet sind, wenn sie Folgendes aufweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyperinflation, festgestellt durch Lungenfunktionstests mit Körperplethysmographie und • Emphysem im nicht kontrastierten CT-Thoraxscan und • optimierte Behandlung für andere Begleiterkrankungen. <p>1.2.90 Bieten Sie endobronchiale Coils nur im Rahmen einer klinischen Studie und nach Beurteilung durch ein multidisziplinäres Team für Lungenvolumenreduktion an.</p>
A3.1.3 (53) A3.2 ff (54 ff)	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Aufnahme der Empfehlungen der NICE-Leitlinie zu COPD (NG115) [3], die nach dem Stichtag (Kriterium E7) publiziert wurde und weiterhin gültig ist (Kriterium E8).</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u></p> <p>NICE Leitlinie NG115 in Tabelle 16 aufnehmen und in den folgenden Abschnitten bewerten und einordnen.</p>
A4.2.1 (93 f)	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>In Tabelle 36 Würdigung der Stellungnahmen zum Berichtsplan Zeile 16), Spalte Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz, NICE NG115 in die Bewertung aufnehmen.</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
	<u>Vorgeschlagene Änderung:</u> „keine Änderung des Berichtsplans“ streichen Ersten Punkt wie folgt fassen: „Die letzte Überprüfung der NICE Leitlinie fand 2022 statt. Folglich wurde diese Leitlinie mit E7 (Publikationszeitraum) in diesem Bericht eingeschlossen.“
A4.2.1 (95 f)	<u>Anmerkung:</u> Der Berichtsplan V25-02 Version 1.0 sieht folgendes Vorgehen vor: [...] <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“) [2].</p> [...] <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> „keine Änderung des Berichtsplans“ streichen Punkt wie folgt fassen: „Zu den angesprochenen Aspekten wurde u.a. Empfehlungen in der NICE Leitlinie identifiziert. Diese werden in den Berichtsplan aufgenommen. Die letzte Überprüfung der NICE Leitlinie fand 2022 statt und wurde daher mit E7 (Publikationszeitraum) in diesem Bericht eingeschlossen.“

(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. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8756/2022-08-18_DMP-A-RL_Aenderung-Anlage-11-12-COPD-Anpassung-Beschluss-2022-06-16_Servicedokument.pdf. Zuletzt aufgerufen 19.1.2026
2. 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 0.12.2018. <https://www.g-ba.de/beschluesse/3626/>. Zuletzt aufgerufen 19.1.2026
3. 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>. Zuletzt aufgerufen 19.1.2026
4. NICE: 2022 exceptional surveillance of chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. Surveillance report, published: 12 January 2022; <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115/resources/2022-exceptional-surveillance-of-chronic-obstructive-pulmonary-disease-in-over-16s-diagnosis-and-management-10899080031/chapter/Surveillance-proposal?tab=evidence>. Zuletzt aufgerufen 19.1.2026
5. Institut TakeCare GmbH für PulmonX Corporation (2019) Stellungnahme zu [V19-01] Leitliniensynopse für das DMP COPD

A.1.8 Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Autorinnen und Autoren

- Hagner, Björn
- Krenz, Anja
- Möcker, Robert

Stellungnahme zum Vorbericht

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 beigefügten 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>
Hagner, Björn
Krenz, Anja; Dr.
Möcker, Robert; Dr.
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
<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.

Gemäß Abschnitt 1.3 der aktuell gültigen DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) fokussiert die Behandlung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) unter Berücksichtigung individueller Faktoren primär auf die Vermeidung akuter und chronischer Krankheitsmanifestationen, wobei insbesondere auch die Minimierung der Exazerbationen im Vordergrund steht (1).

Die pharmakologische Langzeittherapie der COPD basiert auf einem stufenweisen Eskalationskonzept. Die Basistherapie beruht auf einer bronchodilatatorischen Behandlung mittels langwirksamer Beta-2-Agonisten (LABA) und/oder langwirksamer Muskarinrezeptor-Antagonisten (LAMA) zur Optimierung der Atemwegsobstruktion. Bei persistierender Symptomatik und in Abhängigkeit des Schweregrads sowie dem Eosinophilen-Status kann die Therapie um inhalative Kortikosteroide (ICS) zur Unterdrückung der Immunreaktion erweitert werden (2).

Studien zeigen, dass Patienten trotz einer sogenannten Triple-Therapie (LAMA + LABA + ICS) weiterhin Exazerbationen erleiden (3-5). Jede Exazerbation kann die Krankheitsprogression vorantreiben und den irreversiblen Verlust der Lungenfunktion zur Folge haben (6, 7). Zusätzlich verkürzt sich mit jeder neuen Exazerbation das Zeitintervall bis zum Auftreten der nachfolgenden Exazerbation (8).

Regulatorisch besteht zudem für eine begrenzte Patientenpopulation mit schwerer COPD (forciertes expiratorisches Volumen (FEV₁) < 50 % des Sollwertes, chronischer Bronchitis und rezidivierenden Exazerbationen (≥ 2-mal pro Jahr)) die Möglichkeit einer Add-On-Therapie mit Roflumilast. Der Einsatz von Roflumilast sollte nur nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen (2). Klinische Studien zeigen dosisabhängige Abbruchraten von bis zu zwei Dritteln der Patienten im ersten Behandlungsjahr aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen (9-11). Die Versorgungsrealität bestätigt, dass lediglich 3,1 % der Patienten mit neu initiiertes Triple-Therapie Roflumilast erhielten und dass 69 % davon die Behandlung abbrachen (12).

Trotz Ausschöpfung dieser in der DMP-A-RL genannten Therapieoptionen zeigt sich eine Versorgungslücke, die durch die Erweiterung der DMP-A-RL um zugelassene und verfügbare Biologika-Therapien niederschwelliger adressiert werden kann.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
4.4.4.9 Medikamentöse Maßnahmen (V1.5.8) – (S. 27) und A11.1 Wirkstoffe – (S.129)	<p><u>Anmerkung</u></p> <p>Dupilumab ist seit Juni 2024 durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) für die Add-On-Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit durch eine erhöhte Anzahl an Eosinophilen im Blut gekennzeichnete COPD, die trotz einer Kombinationstherapie aus einem ICS, einem LABA und einem LAMA oder, falls ICS nicht angebracht ist, einer Kombinationstherapie aus LABA und LAMA unzureichend kontrolliert ist (13). In der gepoolten Analyse der zwei großen Phase-III-Studien (BOREAS und NOTUS) zeigt Dupilumab signifikante Wirksamkeit bei der Behandlung von COPD mit Typ-2-Inflammation, wobei die Rate moderater oder schwerer Exazerbationen im Vergleich zu Placebo um 31,3 % reduziert und die Lungenfunktion sowie die Lebensqualität der Patienten deutlich verbessert wurden (14). Darüber hinaus konnte in einer Post-Hoc-Analyse gezeigt werden, dass Dupilumab im Vergleich zu Placebo die Rate schwerer Exazerbationen und/oder Notaufnahmen um 38 % signifikant reduzierte sowie dass Patienten, die Dupilumab erhielten und ≥ 1 schweres Exazerbationsereignis erlebten, im Vergleich zu Placebo signifikant weniger (42 %) Tage eine systemische Kortikosteroid-Behandlung benötigten (15).</p> <p>Für Patienten, die für eine Behandlung mit Roflumilast nicht in Frage kommen, erkannte der G-BA zudem einen Hinweis für einen geringen Zusatznutzen (16). Zudem ist Dupilumab in dem für viele Fachärzte relevanten GOLD-Report 2026 für Patienten mit weiter auftretenden Exazerbationen unter bestehender Triple-Therapie sowie Eosinophilenwerten ≥ 300 Zellen / μl als Option zur Eskalation der Therapie genannt (17).</p> <p>Aufgrund der vorliegenden hochwertigen Evidenz durch die gepoolte Analyse von zwei großen randomisierten Phase-III-Studien, des positiven Nutzenbewertungsbeschlusses in der größeren der beiden Subpopulationen durch den G-BA sowie der erneuten Aufnahme in den Therapiealgorithmus des GOLD Reports 2026 und dessen Relevanz für den Versorgungsalltag vieler Fachärzte sollte Dupilumab für Patienten mit Typ-2-Inflammation, die auf einer Triple-Therapie oder Double-Therapie aus LABA und LAMA (sofern ICS nicht angezeigt ist) unzureichend kontrolliert sind, in die DMP-A-RL aufgenommen werden.</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
	<u>Vorgeschlagene Änderung</u> Neu 2.6. Dupilumab in der Subgruppe von Patientinnen und Patienten mit erhöhter Eosinophilenzahl und unzureichendem Ansprechen auf die Kombinationstherapie LABA, LAMA und ICS (falls ICS nicht angebracht ist, die Kombination auf LABA und LAMA)
4.4.4.9 Medikamentöse Maßnahmen (V1.5.8) – (S.29, Tabelle 11)	<u>Anmerkung</u> Wie festgestellt bestehen starke Hinweise, dass die Wirksamkeit einer zusätzlichen ICS-Therapie mit der Höhe der Eosinophilenwerte korreliert. Steroidnaive COPD-Patienten mit Eosinophilenzahlen < 100 Zellen / μ l haben wahrscheinlich keinen zusätzlichen Nutzen durch ICS-Gabe. Ein Absetzen der ICS-Therapie sollte bei Eosinophilen < 100 Zellen / μ l unternommen werden, insbesondere wenn keine asthmatischen Komponenten vorliegen oder in der Vergangenheit unter ICS eine Pneumonie aufgetreten ist (2). Umgekehrt sprechen Patienten mit hohen Eosinophilenwerten besser auf eine Therapieintensivierung mit ICS (18, 19), aber auch mit Dupilumab an (13). Dies spricht für eine frühzeitige und regelmäßige Bestimmung der Eosinophilenwerte als Grundlage eines optimierten therapeutischen Entscheidungsfindungsprozesses. Eine regelmäßige Bestimmung ist auch vor dem Hintergrund der bekannten circadianen und saisonalen Schwankungen der Eosinophilenwerte (20, 21) sowie des potenziellen Einflusses oraler Kortikosteroide (OCS) (22) und ICS sinnvoll (23). Die Eosinophilen-gestützte Therapie kann eine präzisere Phänotypisierung der COPD-Patienten ermöglichen und die Auswahl einer personalisierten Therapiestrategie unterstützen. Eine routinemäßige, regelmäßige Erhebung der Eosinophilen sollte daher in die DMP-A-RL aufgenommen werden. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> In V1.5.8, in 2.4 ergänzend. Vor Initiierung einer ICS-Therapie sollte die Eosinophilenzahl bestimmt werden. Im weiteren Therapieverlauf, insbesondere bei nicht ausreichender Kontrolle der Triple-Therapie, sollte eine erneute, regelmäßige Bestimmung erfolgen, um Patienten mit erhöhten Eosinophilenwerten zu identifizieren, die von einer Biologika-Therapie profitieren können.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
4.4.4.9.1 (S.31)	<p><u>Anmerkung</u></p> <p>Schutzimpfungen werden bereits in der aktuellen Fassung der DMP-A-RL entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA (SI-RL) empfohlen. Eine aktuelle Studie zeigt, dass Patienten, die an einem COPD-DMP teilnehmen, häufiger gegen Influenza geimpft sind als Patienten, die nicht am DMP teilnehmen (52,9 % vs. 37,6 %). Dies deutet darauf hin, dass DMPs die Impfquote erhöhen könnten (24).</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. G-BA. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) - in der Fassung vom 20. März 2014 - zuletzt geändert am 18. Juni 2025. 2025.
- 2. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie COPD – Teilpublikation der Langfassung, 2. Auflage. Version 1.; 2021.
- 3. Evans KA, Pollack M, Portillo E, Strange C, Touchette DR, Staresinic A, et al. Prompt initiation of triple therapy following hospitalization for a chronic obstructive pulmonary disease exacerbation in the United States: An analysis of the PRIMUS study. J Manag Care Spec Pharm. 2022;28(12):1366-77.
- 4. Halpin DMG, Dransfield MT, Han MK, Jones CE, Kilbride S, Lange P, et al. The effect of exacerbation history on outcomes in the IMPACT trial. Eur Respir J. 2020;55(5).
- 5. Tkacz J, Evans KA, Touchette DR, Portillo E, Strange C, Staresinic A, et al. PRIMUS - Prompt Initiation of Maintenance Therapy in the US: A Real-World Analysis of Clinical and Economic Outcomes Among Patients Initiating Triple Therapy Following a COPD Exacerbation. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2022;17:329-42.
- 6. Barnes PJ. Inflammatory mechanisms in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Allergy Clin Immunol. 2016;138(1):16-27.
- 7. Qian Y, Cai C, Sun M, Lv D, Zhao Y. Analyses of Factors Associated with Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2023;18:2707-23.

- 8. Suissa S, Dell'Aniello S, Ernst P. Long-term natural history of chronic obstructive pulmonary disease: severe exacerbations and mortality. *Thorax*. 2012;67(11):957-63.
- 9. Joo H, Han D, Lee JH, Rhee CK. Incidence of Adverse Effects and Discontinuation Rate between Patients Receiving 250 Micrograms and 500 Micrograms of Roflumilast: A Comparative Study. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 2018;81(4):299-304.
- 10. Park TS, Kang J, Lee JS, Oh YM, Lee SD, Lee SW. Adherence to roflumilast under dose-escalation strategy in Korean patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2019;14:871-9.
- 11. Salvesen Ø NU, Davidsen JR, Pottegård A, Henriksen DP. Roflumilast Usage from 2010 to 2016: A Danish Nationwide Drug Utilization Study. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2018;123(3):314-9.
- 12. Meyer AC, Azabdaftari D, Albrecht I, Schild M, Kossack N, Richter LM, et al. Clinical and Economic Burden of COPD in Patients on Inhaled Triple Therapy in Germany - A Retrospective Claims Data Analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2025;20:3893-906.
- 13. Sanofi-Aventis Deutschland GmbH. Fachinformation Dupixent® 300 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze. Dupixent® 300 mg Injektionslösung im Fertigpen. Stand der Information: November 2025. 2025.
- 14. Bhatt SP, Rabe KF, Hanania NA, Vogelmeier CF, Bafadhel M, Christenson SA, et al. Dupilumab for chronic obstructive pulmonary disease with type 2 inflammation: a pooled analysis of two phase 3, randomised, double-blind, placebo-controlled trials. *Lancet Respir Med*. 2025;13(3):234-43.
- 15. Bafadhel M, Bhatt SP, Satia I, Anzueto A, Bourbeau J, Papi A, et al. Dupilumab Reduces the Risk of Severe Exacerbations in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Results From BOREAS and NOTUS. *European Respiratory Society (ERS) Congress 2025; September 27 – October 1, 2025; Amsterdam, Netherlands 2025*.
- 16. G-BA. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) - Dupilumab (neues Anwendungsgebiet: COPD) BAnz AT 11.03.2025 B2. 2025.
- 17. GOLD. GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD) - GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (2026 REPORT). 2026.
- 18. Bafadhel M, Peterson S, De Blas MA, Calverley PM, Rennard SI, Richter K, Fagerås M. Predictors of exacerbation risk and response to budesonide in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a post-hoc analysis of three randomised trials. *Lancet Respir Med*. 2018;6(2):117-26.
- 19. Bartziokas K, Papaioannou AI, Rovina N, Papaioakovou G, Loukides S, Steiropoulos P. Eosinophilic Chronic Obstructive Pulmonary Disease. What Do We Know So Far? *Pulm Ther*. 2025;11(1):7-24.

- 20. Chipps BE, Jarjour N, Calhoun WJ, Iqbal A, Haselkorn T, Yang M, et al. A Comprehensive Analysis of the Stability of Blood Eosinophil Levels. *Ann Am Thorac Soc.* 2021;18(12):1978-87.
- 21. Mularski R, Nyongesa D, Stanford R, Mayen Herrera E, Sapp D, McBurnie M. Variability of Eosinophil Levels Over Time in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients Within an Integrated Healthcare Delivery System. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.* 2025;211(Abstracts):A3671-A.
- 22. Bafadhel M, McKenna S, Terry S, Mistry V, Pancholi M, Venge P, et al. Blood eosinophils to direct corticosteroid treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized placebo-controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012;186(1):48-55.
- 23. Kreindler JL, Watkins ML, Lettis S, Tal-Singer R, Locantore N. Effect of inhaled corticosteroids on blood eosinophil count in steroid-naïve patients with COPD. *BMJ Open Respir Res.* 2016;3(1):e000151.
- 24. Gensorowsky D, Surmann B, Meyer AC, Poshtiban A, Braegelmann K, Damm O, et al. Outpatient care intensity and influenza vaccination: evidence from Germany. *Vaccine.* 2026;70:128038.

A.1.9 Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e. V., Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.

Autorinnen und Autoren

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

Stellungnahme zum Vorbericht

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 beigefügten 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
Flöhrmann, Iris
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.

Im Interesse der Patientinnen und Patienten mit COPD nehmen wir als Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) gerne die Gelegenheit zur „Stellungnahme zum Vorbericht, Berichtsnr: V25-02, Titel: Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)“ [1] wahr.

Diätassistentinnen und Diätassistenten sind in Deutschland der Gesundheitsfachberuf für Ernährungstherapie und werden mit dem Ausbildungsziel der eigenverantwortlichen Durchführung der Ernährungstherapie explizit für diese Aufgabe ausgebildet [2]. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens dem German-Nutrition Care Prozess (G-NCP)-Modell zum beruflichen Standard [3-5]. Folglich kann eine sichere Delegation von patientenzentrierter Ernährungstherapie mit den Aspekten Ernährungsassessment, Ernährungsdiagnose, Zielsetzung und Priorisierung, Monitoring und Evaluation allein schon mit Blick auf die Delegationsverantwortung nur an die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und vergleichbar qualifizierte Ernährungsfachkräfte [3-5] erfolgen.

Wir haben in unserer Stellungnahme zum IQWiG Berichtsplan V25-02 [6] die amerikanische Leitlinie „Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A 2019 Evidence Analysis Center Evidence-Based Practice Guideline“ hervorgehoben, die als Update der ersten COPD Evidence-Based Nutrition Practice Guideline (EBNPG) 2008 von 2014-2019 entwickelt, 2019 veröffentlicht (<https://www.andeal.org/topic.cfm?menu=5301&cat=5657>) und 2021 im Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics publiziert wurde [7]. Diese Leitlinie wird vom IQWiG unter „Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz“ (Seite 89) im Vorbericht [1] über nicht E7 (Publikationszeitraum) ausgeschlossen, obwohl sie in den USA weiterhin gültig ist. Wir möchten hier festhalten, dass das IQWiG durch ihre strikte fünf Jahre Regelung für den Publikationsraum von Leitlinien egal welcher Therapie für welche Krankheit, Leitlinien, die im Ausland länger als fünf Jahre gültig sind, in ihren Leitliniensynopsen systematisch ausschließt. Wir haben dies auch schon in unseren Stellungnahmen zu den IQWiG Berichtsplan und Vorbericht V21-05 Leitliniensynopse Adipositas - Erwachsene [8,9] (Dokumentation der Anhörung (DA) Berichtsplan ab Seite A36, DA Vorbericht ab Seite A8) und IQWiG Berichtsplan

und Vorbericht V21-07 Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche [10,11] (DA Berichtsplan ab Seite A18, DA Vorbericht ab Seite A5) bemängelt.

Das Negieren im Ausland noch gültiger Leitlinien ist nicht nachzuvollziehen (insbesondere unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Coronapandemie). Zudem ruft diese strikte „timeline“ international Befremdung hervor. Qualifizierte Ernährungsfachkräfte, die Ihre Patientinnen und Patienten mit COPD im Versorgungsalltag [3-4] evidenzbasiert behandeln möchten, werden exakt diese COPD EBNPG 2019 [7] zu Rate ziehen, da sie gute Qualität und umfänglich ernährungstherapeutische Ableitungen ermöglicht, ähnlich wie im Versorgungsalltag durch Fachärzte die Leitlinie der Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2025 GOLD Report [12] herangezogen wird, obwohl vom IQWiG über nicht E10a (AGREE II in Domäne 3 ≤ 30 %) ausgeschlossen.

Die Autorinnen und Autoren und die herausgebenden Organisationen der Nationalen VersorgungsLeitlinie COPD 2021 [13] schreiben, dass sie sich „Eine Optimierung des Therapiemanagements: insbesondere eine an die individuellen Voraussetzungen jeder Patientin oder jedes Patienten angepasste Therapie, die auch das Potenzial nicht-medikamentöser Verfahren ausschöpft sowie wichtige Aspekte wie Multimorbidität angemessen berücksichtigt.“ erhoffen.

Obwohl in der NVL COPD 2021 [13] für detaillierte Informationen zum interdisziplinären Versorgungsmanagement von Patientinnen und Patienten mit COPD und Komorbidität zu den NVL Asthma 2024 [14], NVL Chronische Herzinsuffizienz 2023 [15], NVL Koronare Herzkrankheit (KHK) 2024 [16], NVL Typ-2-Diabetes 2023 (nicht medikamentös) [17] und NVL Unipolare Depression 2023 [18] verwiesen wird und verschiedene S3- und internationale Leitlinien Patientinnen und Patienten mit COPD/Lungenerkrankungen (als Komorbidität) thematisieren oder umfassen [19-24], hat das IQWiG im Vorbericht [1] diese Leitlinien (unter Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan) über nicht E1 (Population) [14-23], oder nicht E2 (Versorgungsaspekte) [24] ausgeschlossen.

Trotzdem werden im Versorgungsalltag diese Leitlinien [7,12,14-24] – neben der NVL COPD 2021 [13] und den „Practical Guidelines by the Andalusian Group for Nutrition Reflection and Investigation (GARIN) on Nutritional Management of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review 2025“ [25], die beide im Vorbericht [1] eingeschlossen wurden –, für eine ganzheitliche bzw. bio-psycho-soziale Versorgung der Patientinnen und Patienten mit COPD und Komorbidität durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte herangezogen, nicht zuletzt weil die 2. Auflage der NVL COPD 2021 [13] noch nicht das Kapitel Komorbiditäten, das ein noch ausstehendes Thema ist, enthält (vgl. Seite 3 [13]).

Wir plädieren dafür, dass in „Kapitel A11 Leitlinien die im Versorgungsalltag herangezogen werden“ auch aus diesen Leitlinien [7, 14-24] diskrepante Empfehlungen zur DMP-A-RL [26], die Inkonsistenzen zu anderen eingeschlossenen Leitlinien und einen hohen GoR (bei unklarem GoR einen hohen LoE) aufweisen, dargestellt werden, siehe dazu unsere weiteren Ausführungen in der Tabelle mit spezifischen Aspekten und in Anlage 1.

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. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
5.1 (S. 37)	<p><u>Anmerkung 1</u></p> <p>Der Abschlussatz des Textes zu Ernährung unter 5.1 Einordnung der Diskrepanzen ist: „Es kann darüber diskutiert werden, in welchem Umfang die Ernährung Gegenstand der DMP-A-RL sein sollte.“ Wir sind der Meinung, dass die Ernährung vor dem Hintergrund der aktuell vorliegenden Evidenz aus Leitlinien [7,13,15-25] (siehe hierzu auch Anlage 1) sowie aktueller (systematischer) Reviews [27-30] im DMP-A-RL [26] in jedem Fall einen größeren Stellenwert einnehmen sollte, als dies derzeit der Fall ist.</p> <p>Zum Beispiel treten bei Patientinnen und Patienten mit COPD Untergewicht, Mangelernährung sowie verringerte Muskelmasse und Muskelkraft gehäuft auf und stellen damit relevante Risikokonstellationen für länger anhaltende Exazerbationen, Stürze und osteoporotische Frakturen dar [21,25,28-30]. Bei Patientinnen und Patienten mit COPD und erhöhtem Sarkopenie- und Osteoporoserisiko ist die Sicherstellung einer ausreichenden Energie- und Proteinzufuhr ein wesentlicher Bestandteil der Prävention und Therapie muskuloskelettaler Komplikationen [21,25,28-30].</p> <p>Wie das „European Respiratory Society (ESR) statement on frailty in adults with chronic lung disease“ 2023 [31] basierend auf systematischen Datenbankrecherchen darlegt, wird Frailty, definiert als „ein multidimensionales Syndrom, das durch verminderte physiologische Reserven und eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegenüber Stressoren gekennzeichnet ist“, „in den Leitlinien zu COPD nur unzureichend berücksichtigt, was dazu beitragen kann, dass ihre Bedeutung in einigen Bereichen der aktuellen klinischen Versorgung von COPD nur begrenzt anerkannt wird“. Laut der ESR [31]:</p> <ul style="list-style-type: none"> – „wird Frailty mit einem schnelleren Fortschreiten der COPD, einer höheren Schweregrad der Symptome, einem höheren Medikamentengebrauch und einer höheren Symptombelastung in Zusammenhang gebracht – hat Frailty insbesondere in schwereren Stadien der COPD negative Auswirkungen auf die Mobilität und Alltagsfunktionen – erhöht Frailty das Risiko für akute Exazerbationen der COPD und – kann Frailty mit höheren Konzentrationen von C-reaktiven Protein einhergehen, was wiederum zu vermehrten Exazerbationen, einer schlechteren Lungenfunktion und einer höheren Mortalität führen kann“. <p>Ein beeinträchtigter Ernährungszustand kann ein ätiologischer Faktor und/oder eine Folge von Frailty sein [31].</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
5.1 (S. 37)	<p>Für die Unterstützung von Patientinnen und Patienten mit COPD sind qualifizierte Ernährungsfachkräfte, die dem Vorliegen von Ernährungsproblemen als Ursache oder Folge von Frailty nachgehen, um dann anhand (einer) fundierten Ernährungsdiagnose(n) individualisiert zu therapieren bzw. den Ernährungszustand zu optimieren, wichtig. Weiteren aktuellen Reviews unterstützen dies [28-30]. Screening auf Mangelernährung und Ernährungsassessment sollten laut ESR so früh wie möglich in der multidisziplinären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit COPD integriert werden [31]. So scheint die Kombination von Bewegungs- und Ernährungstherapie eine gute Behandlungsoption zur Verbesserung der Muskelkraft, Muskelmasse und körperlichen Funktion bei Patientinnen und Patienten mit COPD zu sein [29,32], auch auf der Intensivstation [24,33,34].</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u> <u>„Es muss darüber diskutiert werden, in welchem Umfang die Ernährung Gegenstand der DMP-A-RL sein wird. Die Evidenz der Leitlinien und aktuellen (systematischen) Reviews legt nahe, dass der Umfang des Themenbereichs Ernährung inklusive der Kooperation mit qualifizierten Ernährungsfachkräften in Anlage 11 der DMP-A-RL wesentlich größer sein muss als bisher.“</u></p>
A3.5.3 Tabelle 22 (S.59-61)	<p><u>Anmerkung 2</u> Unter A3.5.3.1 Allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen (V1.5.1.1), Tabelle 22 V1.5.1.1 – K1 Allgemeine nicht-medikamentöse Maßnahmen – Ernährung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 4) (mehrseitige Tabelle), Seite 59-61 im Vorbericht [1], steht in der Spalte Original LoE bei der Leitlinie GARIN 2024 [25] überall: n.a., „nicht angegeben“. In der Leitlinie selbst steht aber deutlich erklärt, Seite 4, dass zu den Grade of Recommendations (GoR) A gehören: „At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated 1++ and directly applicable to the target population; or A body of evidence consisting primarily of studies rated 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating the overall consistency of the results“ und zu GoR B gehören: „A body of evidence that includes studies rated as 2++, directly applicable to the target population; or a body of evidence that includes studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or extrapolated evidence from studies rated 1++ or 1+“ [25]. Bei der GARIN 24 Empfehlung mit Original GoR A, Seite 8 [25], handelt es sich also um LoE 1++ oder mehrere 1+, also Original LoE: ++, + und Hoher LoE: ja.</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
A3.5.3 Tabelle 22 (S. 59)	<p>Bei den GARIN 24 Empfehlungen mit Original GoR B, Seiten 5-6, 11, 13 [25], handelt es sich um LoE: Extrapolation 1++ oder 1+ oder mehrere 2++ oder mehrere 2+. Das ist nicht gleichzusetzen mit „nicht angegeben“.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p> <p>Korrektur der Spalten Original LoE und Hoher LoE bei der GARIN 2024 Empfehlung „The patient’s degree of malnutrition should be previously established according to the latest ESPEN recommendations using the GLIM or SGA criteria (see Appendix A [in der Leitlinie])“, Seite 8, in: Original LoE: <u>++,+</u>, Hoher LoE: <u>ja</u>.</p> <p>Korrektur der Spalten Original LoE bei der GARIN 2024 Empfehlungen mit Original GoR B in: Original LoE: <u>1++^b, 1+^b, 2++, 2+</u></p> <p><u>b. Extrapolation</u></p>
A4.2.1 Tabelle 36 (S. 89)	<p><u>Anmerkung 3</u></p> <p>Das IQWiG hat unter A4.2.1 Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan in Tabelle 36, Seite 89 im Vorbericht [1], die NLV zu Asthma 2024, Chronische Herzinsuffizienz 2023, Chronische Koronare Herzkrankheit 2024, Typ 2 Diabetes (Nicht medikamentöse Therapie) 2023, und Unipolare Depression 2023 [14-18] über nicht E1 (Population) ausgeschlossen, obwohl in der NVL COPD [13] für detaillierte Informationen zum interdisziplinären Versorgungsmanagement von Patientinnen und Patienten mit COPD und Komorbidität zu diesen NVL verwiesen wird.</p> <p>Auch die „2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes“ [19] und die S3-Leitlinien zu Adipositas 2024, Osteoporose 2023, Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter 2025 und Heimenterale und heimparenterale Ernährung 2024 [20-23] wurden über nicht E1 (Population) ausgeschlossen.</p> <p>Die IQWiG-Auslegung von E1, dass die Leitlinie <i>spezifisch</i> für Patientinnen und Patienten mit COPD entwickelt sein sollte, ignoriert die für COPD charakteristische Tatsache, dass zahlreiche Komorbiditäten auftreten [13,28,29] und führt dazu, dass eine Leitlinie ausgeschlossen wird, wenn die Leitlinie die (Ernährungs-)Therapie von Patientinnen und Patienten mit COPD:</p> <ul style="list-style-type: none"> – in einem allgemeineren Rahmen (Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter 2025 [22], Heimenterale und Heimparenterale Ernährung [23], (und ggf. auch Klinische Ernährung in der Intensivmedizin [24], siehe hierzu Anmerkung 3 zu A4.2.1 Tabelle 36), oder – im Rahmen von Krankheiten mit COPD als Komorbidität (Asthma [14], chronische Herzinsuffizienz [15], chronische koronare Herzkrankheit [16],

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
A4.2.1 Tabelle 36 (S. 89) A11 (S. 127)	<p>– Typ-2-Diabetes [17], unipolare Depression [18], kardiovaskuläre Krankheit und Diabetes [19], Adipositas [20] und Osteoporose [21]) beschreibt. Damit wird Evidenz für das ganzheitliche Ernährungsmanagement bei höhergradiger COPD ausgeschlossen.</p> <p>Aus den in dieser Stellungnahme dargelegten Gründen, ersuchen wir für eine fachgerechte Betreuung der COPD-Betroffenen mit den zu erwartende Komorbidität dringend, hier eine entsprechende Nachbesserung durch Darstellung von diskrepanten Empfehlungen zur DMP-A-RL [26], die Inkonsistenzen zu anderen eingeschlossenen Leitlinien und einen hohen GoR (bei unklarem GoR einen hohen LoE) aufweisen, aus diesen evidenten Publikationen [14-23] in Kapitel A11 aufzunehmen, sowie auch beim GOLD Report 2025 [12] geschehen, siehe dazu unsere Ausführungen beim Kapitel A11 und in Anlage 1.</p>
A6.1 Nicht E1 (S. 101)	<p>Die Leitlinien [14-23] werden unter A6.1 Nicht E1, Seite 101, nicht aufgeführt. Wenn das IQWiG beim Ausschluss dieser Leitlinien bleibt, sollte das IQWiG hier konsequent sein und die ausgeschlossenen Leitlinien unter Nicht E1 nennen.</p>
A4.2.1 Tabelle 36 (S. 89)	<p>In der Spalte „Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz“, Tabelle 36, Seite 89 im Vorbericht [1], fehlt das Aufzählungszeichen bei „S3 Leitlinie zu Adipositas“ und wurde „hemienterale und hemiparenterale Ernährung“ statt „heimerterale und heimparenterale Ernährung“ geschrieben. Hier würden wir eine Tippfehlerkorrektur begrüßen.</p>
	<p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p>
A4.2.1 Tabelle 36 (S. 89)	<p>In der Spalte „Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz“ Tabelle 36, Seite 89 im Vorbericht [1], sollte es sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>S3 Leitlinie zu Adipositas</u> <input type="checkbox"/> <u>heimerterale und heimparenterale Ernährung</u>
A6.1 Nicht E1 (S. 101)	<p>Nicht E1 Hinzufügung der Quellen [14-23], wenn das IQWiG trotz der fachlichen Widersprüche beim Ausschluss dieser Leitlinien bleibt.</p>
A11 (S. 127)	<p>A11 Leitlinien die im Versorgungsalltag herangezogen werden Ergänzung von A11 mit diesen Leitlinien [15-23], siehe A11 und Anlage 1.</p>
A4.2.1 Tabelle 36 (S. 89)	<p><u>Anmerkung 4</u> Es erschließt sich uns nicht, dass die „ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit“ 2023 [24] keine</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
A4.2.1 Tabelle 36 (S. 89)	<p>Empfehlungen zu mindestens 1 der im Abschnitt A2.1.2 des Vorberichts genannten Versorgungsaspekte (Diagnostik, Therapieziele, Differenzierte Therapieplanung, Therapeutische Maßnahmen, Kooperation der Versorgungssektoren, Schulungen) enthalten soll. Zum Beispiel</p> <p>Recommendation 5: „To avoid overfeeding, early full EN and PN shall not be used in critically ill patients but shall be prescribed within three to seven days (Grade A)“ (Seite 1674-5),</p> <p>Recommendation 7: „If oral intake is not possible, early EN (within 48 h) shall be performed/initiated in critically ill adult patients rather than early PN (Grade A)“ (Seite 1675) und</p> <p>Recommendation 8: „Early EN should be performed in patients receiving extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) (Grade B)“ (Seite 1675) sollten keine Empfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen sein?</p>
A2.1.9 (S. 44)	<p>Wäre bei dieser Leitlinie nicht eher, statt nicht E2 (Versorgungsaspekte), wie bei den genannten Leitlinien des vorgehenden Punktes, der Ausschlussgrund Nicht E1 (Population), wenn E1 laut dem IQWiG so aufgefasst werden muss, dass die Leitlinie <i>spezifisch</i> für Patientinnen und Patienten mit COPD entwickelt sein sollte und nicht auch für andere Patientengruppen (siehe Anmerkung 3)?</p>
A11 (S. 127)	<p>Auch hier ersuchen wir für eine fachgerechte Betreuung der COPD-Betroffenen dringend, eine entsprechende Nachbesserung in Kapitel A11 aufzunehmen, siehe dazu unsere Ausführungen beim Kapitel A11 und in Anlage 1.</p> <p>Die konkret benannten therapeutischen Maßnahmen entsprechend den aktuellsten wissenschaftlichen Vorgaben dieser Leitlinie (die zurückgreift auf die „ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit“ 2019 [34] und die „Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines“ 2017 [35], siehe auch Anlage 1), sollten den COPD Betroffenen auf keinen Fall vorenthalten werden, da sie beitragen Komplikationen vorzubeugen sowie Exazerbationen und den Krankenhausaufenthalt zu verkürzen [24,34,35].</p>
A6.1 Nicht E1 (S. 101)	<p><u>Vorgeschlagene Änderung</u></p> <p>Nicht E1</p> <p>Hinzufügung der Quelle [24], wenn das IQWiG beim Ausschluss dieser Leitlinie bleibt.</p>
A11 (S. 127)	<p>A11 Leitlinien die im Versorgungsalltag herangezogen werden</p> <p>Ergänzung von A11 mit dieser Leitlinie [24], siehe A11 und Anlage 1.</p>
A4.2.1 Tabelle 36	<p><u>Anmerkung 5</u></p> <p>Das IQWiG hat unter A4.2.1 Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan in</p>

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
A4.2.1 Tabelle 36 (S. 89)	Tabelle 36, Seite 89, die amerikanische Leitlinie „Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A 2019 Evidence Analysis Center Evidence-Based Practice Guideline“ [7] über nicht E7 (Publikationsraum) ausgeschlossen.
A11 (S. 127)	Wiederum ersuchen wir eine entsprechende Nachbesserung durch Darstellung von diskrepanten Empfehlungen zur DMP-A-RL [26], die Inkonsistenzen zu anderen eingeschlossenen Leitlinien und einen hohen GoR (bei unklarem GoR einen hohen LoE) aufweisen, aus dieser Publikation [7] in Kapitel A11 aufzunehmen, siehe dazu unsere Ausführungen beim Kapitel A11 und in Anlage 1.
A6.1 Nicht E7 (S. 103-104)	Die Leitlinie wird nicht aufgeführt unter A6.1 Nicht E7, Seite 103-104. Wenn das IQWiG beim Ausschluss bleibt, sollte das IQWiG hier konsequent sein und die ausgeschlossene Leitlinie unter A6.1 Nicht E7 nennen. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Nicht E7 Hinzufügung der Quelle [7], wenn das IQWiG beim Ausschluss dieser Leitlinie bleibt.
A11 (S. 127)	<u>A11 Leitlinien die im Versorgungsalltag herangezogen werden</u> <u>Ergänzung von A11 mit dieser Leitlinie [7], siehe A11 und Anlage 1.</u>
A11 (S. 127)	<u>Anmerkung 6</u> Die Tabellen 37 und 38 im Kapitel A11 stellen diskrepante Empfehlungen zur DMP-A-RL [26], die Inkonsistenzen zu anderen eingeschlossenen Leitlinien und einen hohen GoR (bei unklarem GoR einen hohen LoE) aufweisen, aus der Leitlinie GOLD 2025 [12], dar. Diese Leitlinie wurde über nicht E10a (AGREE II in Domäne 3 ≤ 30 %) ausgeschlossen, aber im Versorgungsalltag durch Fachärzte herangezogen. Wir plädieren dafür, dass aus den Leitlinien, die über nicht E1 (Population) oder nicht E7 (Publikationsraum) ausgeschlossen wurden [7,14-24], jedoch auch im Versorgungsalltag in Fachkreisen inklusive qualifizierte Ernährungsfachkräfte herangezogen werden, ebenso die diskrepanten Empfehlungen zur DMP-A-RL [26], die Inkonsistenzen zu anderen eingeschlossenen Leitlinien und einen hohen GoR (bei unklarem GoR einen hohen LoE) aufweisen, im „Kapitel A11 Leitlinien die im Versorgungsalltag herangezogen werden“ in einer zusätzlichen Tabelle 39 dargestellt werden. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> „A11 Leitlinien die im Versorgungsalltag herangezogen werden

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.</i>
A11 (S. 127)	Die Leitlinie GOLD 2025, die über nicht E10a (AGREE II in Domäne 3 \leq 30 %) ausgeschlossen wurde, ist bekannt dafür im Versorgungsalltag durch Fachärzte herangezogen zu werden. Die Empfehlungen aus der Leitlinie GOLD [12], IQWiG-Quelle 46], die diskrepant zur DMP-A-RL sind, Inkonsistenzen zu anderen eingeschlossenen Leitlinien aufweisen und einen hohen GoR (bei unklarem GoR einen hohen LoE) aufweisen, werden zur Übersicht in Tabelle 37 und Tabelle 38 dargestellt. <u>Diesbezügliche Empfehlungen aus weiteren Leitlinien, die im Versorgungsalltag durch Fachkreise inklusive qualifizierte Ernährungsfachkräfte herangezogen werden, aber über nicht E1 (Population) [14-23] oder nicht E7 (Publikationsraum) (vielleicht nicht E1?) [24] ausgeschlossen wurden, werden zur Übersicht in Tabelle 39 „Diskrepante Inhalte aus den Leitlinien, die über nicht E1 ausgeschlossen wurden“ dargestellt.“</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.

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen (COPD). Vorbericht. Projekt: V25-02. Version: 1.0. Stand: 09.12.2025. Köln: IQWiG, 2025. [Zugriff: 16.12.2025]. URL: https://www.iqwig.de/download/v25-02_dmp-chronisch-obstruktive-lungenerkrankung-copd_vorbericht_v1-0.pdf.
2. Bundestag, Bundesrat. Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Artikel 1 des Gesetzes über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten und zur Änderung verschiedener Gesetze über den Zugang zu anderen Heilberufen) (Diätassistentengesetz DiätAssG). Diätassistentengesetz vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist. [Zugriff: 17.12.2025]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/DiätAssG.pdf.
3. 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: 11.12.2025]. URL: <https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier-ag-emet-final-upload-tmp-upload-tmp.pdf>.

4. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung. Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Version 2.0 vom 04.07.2025 Seite 16 von 21 Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 01.02.2024. p. 1-30. [Zugriff: 11.12.2025]. URL: <https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf>.
5. 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: 11.12.2025]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/h_eilmittel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20211110_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie_barrierefrei.pdf.
6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen (COPD). Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan. Projekt: V25-02. Version: 1.0. Stand: 09.12.2025. Köln: IQWiG, 2025. [Zugriff: 16.12.2025]. URL: https://www.iqwig.de/download/v25-02_dmp-chronisch-obstruktive-lungenerkrankung-copd_da-berichtsplan_v1-0.pdf.
7. 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.
8. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas - Erwachsene. Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan. Projekt: V21-05. Version: 1.0. Stand: 07.04.2022. Köln: IQWiG, 2022. [Zugriff: 08.01.2026]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_da-berichtsplan_v1-0.pdf.
9. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas - Erwachsene. Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht. Projekt: V21-05. Version: 1.0. Stand: 18.08.2022. Köln: IQWiG, 2022. [Zugriff: 08.01.2026]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_da-vorbericht_v1-0.pdf.
10. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Kinder und Jugendliche. Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan. Projekt: V21-07. Version: 1.0. Stand: 29.04.2022. Köln: IQWiG, 2022. [Zugriff: 08.01.2026]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche_da-berichtsplan_v1-0.pdf.

11. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas - Kinder und Jugendliche. Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht. Projekt: V21-07. Version: 1.0. Stand: 18.08.2022. Köln: IQWiG, 2022. [Zugriff: 08.01.2026]. URL: https://www.iqwig.de/download/v21-07_leitliniensynopse-adipositas-kinder-und-jugendliche-da-vorbericht_v1-0.pdf.
12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2025 GOLD Report. [Zugriff: 08.01.2026]. URL: <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>.
13. 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: 09.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-003|_S3_COPD_2024-12.pdf.
14. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma. Version 5.0. AWMF-Register-Nr. nvl-002. Stand: 08/2024. [Zugriff: 09.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-002|_S3_Asthma_2024-08.pdf.
15. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Version 4.0. AWMF-Register-Nr. nvl-006. NVL-Programm 2023. [Zugriff: 09.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006|_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2023-12.pdf.
16. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK. Version 7.0. AWMF-Register-Nr. nvl-004. NVL-Programm 2024. [Zugriff: 09.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-004|_S3_Chronische-KHK_2024-09.pdf.
17. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes, Ergänzung zu Version 3: Kapitel Nicht-medikamentöse Therapie 2024. [Zugriff: 09.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/Nationale_Versorgungs-Leitlinie/nvl-001kaperg_S3_Typ-2-Diabetes_2024-12.pdf.
18. 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: 09.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-005|_S3_Unipolare-Depression_2023-07.pdf.
19. 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: 13.01.2026]. URL: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false>.
20. Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) e. V. S3-Leitlinie Adipositas – Prävention und Therapie. Version 5.0 Oktober 2024. AWMF-Register Nr. 050/001. [Zugriff: 13.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-001|_S3_Praevention-Therapie-Adipositas_2024-10.pdf.
 21. 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: 13.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/183-001|_S3_Prophylaxe-Diagnostik-Therapie-der-Osteoporose_2023-11.pdf.
 22. Volkert D, Bauer J, Benzinger P, Eglseer D, Frühwald T, Gehrke I, et al. S3-Leitlinie Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter. Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). *Aktuel Ernährungsmed* 2025;50(04):220-83. DOI: 10.1055/a-2548-7209. [Zugriff: 13.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/073-019|_S3_Klinische-Ernaehrung-Hydrierung-im-Alter_2025-09.pdf und <https://www.thieme-connect.de/media/akternmed/202504/supmat/10-1055-a-2548-7209-2025-02-0119.pdf>.
 23. Bischoff SC, Arends J, Decker-Baumann C, et al. S3-Leitlinie Heimenterale und heimpärenterale 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). *Aktuel Ernährungsmed* 2024; 49(2): 73-155. [Zugriff: 13.01.2026]. URL: https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Leitlinien/S3-Leitlinien/07a_Leitlinie_DGEM_Online-PDF_watermarked.pdf.
 24. 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: 13.01.2026]. URL: https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_practical_and_partially_revised_guideline_Clinical_nutrition_in_the_intensive_care_unit.pdf.
 25. 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: 13.01.2026]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11434837/pdf/nutrients-16-03105.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: 14.01.2026]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3940/DMP-A-RL_2025-06-18_iK-2025-10-01.pdf.
27. 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: 13.01.2026]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9086787/pdf/nuab077.pdf>.
28. 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: 13.01.2026]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10245132/pdf/ERR-0003-2023.pdf>.
29. 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: 13.01.2026]. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12242102/pdf/NCP-40-793.pdf>.
30. 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: 13.01.2026]. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11762775/pdf/13668_2025_Article_613.pdf.
31. Osadnik CR, Brighton LJ, Burtin C, Cesari M, Lahousse L, Man WDC, et al. European Respiratory Society statement on frailty in adults with chronic lung disease. *Eur Respir J* 2023;62(2). DOI: 10.1183/13993003.00442-2023. [Zugriff: 15.01.2026] URL: <https://publications.ersnet.org/content/erj/62/2/2300442.full.pdf>.
32. Ikeuchi T, Shingai K, Ichiki K, Jimi T, Kawano T, Kato K, et al. Effects of exercise intensity on nutritional status, body composition, and energy balance in patients with COPD: a randomized controlled trial. *BMC Pulm Med* 2025;25(1):34. DOI: 10.1186/s12890-024-03448-1. [Zugriff: 16.01.2026] URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11760669/pdf/12890_2024_Article_3448.pdf.
33. Watanabe S, Hirasawa J, Naito Y, Mizutani M, Uemura A, Nishimura S, et al. Association Between Intensive Care Unit-Acquired Weakness and Early Nutrition and Rehabilitation Intensity in Mechanically Ventilated Patients: A Multicenter Retrospective Observational Study. *Cureus* 2023;15(4):e37417. [Zugriff: 19.01.2026]. URL: DOI: 10.7759/cureus.37417. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10174679/pdf/cureus-0015-00000037417.pdf>.
34. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr* 2019;38(1):48-79. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.037 [Zugriff: 18.01.2026] URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561418324324>.

35. Reintam Blaser A, Starkopf J, Alhazzani W, Berger MM, Casaer MP, Deane AM, et al. Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines. *Intensive Care Med* 2017;43(3):380-98. DOI: 10.1007/s00134-016-4665-0. [Zugriff: 18.01.2026] URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5323492/pdf/134_2016_Article_4665.pdf.
36. Groenendijk I, den Boeft L, van Loon LJC, de Groot L. High Versus low Dietary Protein Intake and Bone Health in Older Adults: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Comput Struct Biotechnol J* 2019;17:1101-12. DOI: 10.1016/j.csbj.2019.07.005. [Zugriff: 15.01.2026] URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6704341/pdf/main.pdf>.
37. Richter M, Baerlocher K, Bauer JM, Elmadfa I, Heseker H, Leschik-Bonnet E, et al. Revised Reference Values for the Intake of Protein. *Ann Nutr Metab* 2019;74(3):242-50. DOI: 10.1159/000499374 [Zugriff: 18.01.2026] URL: <https://karger.com/anm/article-pdf/74/3/242/2230894/000499374.pdf>.
38. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clin Nutr* 2020;39:5-22. DOI: 10.1016/j.clnu.2019.04.022 [Zugriff: 18.01.2026] URL: https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_guideline_on_home_enteral_nutrition.pdf.
39. Pironi L, Boeykens K, Bozzetti F, Joly F, Klek S, Lal S, et al. ESPEN guideline on home parenteral nutrition. *Clin Nutr* 2020;39(6):1645-66. DOI: 10.1016/j.clnu.2020.03.005. [Zugriff: 18.01.2026] URL: https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_guideline_on_home_parenteral_nutrition.pdf.
40. Singer P, Berger MM, van den Berghe G, Biolo G, Calder P, Forbes A, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: intensive care. *Clin Nutr* 2009;28(4):387-400. DOI: 10.1016/j.clnu.2009.04.024
41. Berger MM, Shenkin A, Amrein K, Augsburger M, Biesalski HK, Bischoff SC, et al. ESPEN micronutrient guideline. *Clin Nutr* 2022;41(6):1357-424. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.02.015. [Zugriff: 19.01.2026] URL: https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_micronutrient_guideline.pdf.

Anlage 1

Diskrepante Empfehlungen zur DMP-A-RL [26] für den Bereich Ernährung, die Inkonsistenzen zu anderen eingeschlossenen Leitlinien aufweisen und einen hohen GoR (bei unklarem GoR einen hohen LoE) aufweisen, in im Vorbericht V25-02 [1] ausgeschlossenen Leitlinien

Bemerkung: Die Leitlinienvergabe Empfehlungsgrad A oder Empfehlungsgrad B bei einer Evidenz von 1++ und 1+ ist nicht immer nachzuvollziehen, deshalb wurden auch diskrepante Empfehlungen mit Empfehlungsgrad B und Evidenz aus (systematischen Reviews von) RCTs aufgenommen.

- a. zum DMP-A-RL [26] diskrepante Empfehlung mit hohem GoR und/oder hohem LoE (LoE-Kategorie vgl. Klassifizierung der Unterlagen zu therapeutischen Methoden nach Verfahrensordnung des GBA (Seite 110 im Vorbericht V25-02 [1])).

Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A 2019 Evidence Analysis Center Evidence-Based Practice Guideline [7]:

„Recommendation 1^a. COPD: Assessment of Energy Intake (Seite 146)

The RDN should assess the energy intake of adults with COPD. Evidence suggests there was improvement in dyspnea scores with higher energy intakes. In addition, less robust evidence supported a beneficial relationship with functional status, health care utilization, or duration of illness. **Rating:** Fair; Imperative

Rationale: The recommendation is based on Fair (**Grade II**) evidence from nine studies, including four randomized controlled trials (RCTs)¹⁸⁻²¹ and six cross-sectional studies.²²⁻²⁶

Recommendation 2^a. COPD: Assessment of Body Weight Status (Seite 146, 153)

The RDN should assess body mass index (BMI; calculated as kg/m²) or other measures of BW in adults with COPD. **Rating:** Strong; Imperative

Rationale: The recommendation is based on Good/Strong (**Grade I**) evidence for mortality from 17 studies, including 9 prospective cohorts²⁷⁻³⁵ and eight retrospective cohorts,³⁶⁻⁴³ and Fair (Grade II) evidence for acute exacerbations outcomes from eight studies including four prospective cohorts,^{27-29,44} one of which was a longitudinal study,⁴⁴ three retrospective cohorts,^{37,45,46} and one case control study.⁴⁷

Recommendation 4.1. COPD: Assessment of Serum 25(OH)D Levels (Seite 157)

The RDN should assess serum 25(OH)D levels in adults with COPD as part of a routine nutrition assessment. Evidence from 60% of studies reviewed found positive associations between serum 25(OH)D and lung function measures. **Rating:** Fair; Imperative

Rationale: A total of 29 articles from 28 studies provide Fair (**Grade II**) evidence for the recommendation, including 14 cross-sectional studies,⁵⁴⁻⁶⁷ prospective cohort studies,⁶⁸⁻⁷³ 4 retrospective cohort studies,⁷⁴⁻⁷⁷ 2 RCTs^{78,79} 1 before-and-after study,⁸⁰ 1 descriptive study,⁸¹ and 1 case-control study.⁸²

Recommendation 5^a. COPD: Medical Nutrition Therapy (Seite 158)

The RDN should provide MNT to adults with COPD to improve patient outcomes. Evidence indicates that MNT intervention provided by an RDN (or international equivalent) as part of a multidisciplinary program was effective in improving BW status, QOL, exercise capacity, and body composition outcomes in adults with COPD. **Rating:** Strong; Imperative

Rationale: The recommendation is based on Good/Strong (**Grade I**) for BW status, QOL, and exercise capacity outcomes and Fair (Grade II) evidence for BW and lung function outcomes from a total of six articles (five studies) including one RCT,⁸⁸ one before-and-after clinical trial⁸⁹ and a secondary analysis,⁹⁰ one non-controlled trial,⁹¹ one non-randomized trial,⁹² and one prospective cohort.⁹³

Recommendation 6^a. COPD: Energy Prescription (Seite 158, 159)

For adults with COPD, the RDN should based on a nutrition assessment of energy intake, BW, and estimated energy needs to achieve and maintain an optimal weight status. Strong evidence indicates that the lowest BMI groups had higher mortality rates compared to higher BMI groups. A BMI classification of approximately 25.0 to 29.99 appeared to lower risk of mortality compared to both higher and lower BMI classifications. Furthermore, fair evidence suggests that higher energy intakes improved dyspnea scores and also showed a beneficial but less robust relationship with functional status, health care utilization, or duration of illness. [...] **Rating:** Fair; Imperative.

Rationale: The evidence supporting this recommendation is described in Recommendation 1. COPD: Assessment of Energy Intake; Recommendation 2. COPD: Assessment of Body Weight individualize the calorie prescription; [...].

Recommendation 9^a. COPD: Monitor and Evaluate Energy Intake and Body Weight for Energy Needs (Seite 160)

For adults with COPD, the RDN should routinely monitor and evaluate BW status and energy intake and adjust the estimated calorie prescription to achieve or maintain an optimal weight. Evidence suggests an association between BW status and both mortality and lung function in adults with COPD. **Rating:** Fair; Imperative

Rationale: The evidence supporting this recommendation is described in Recommendation 1. COPD: Assessment of Energy Intake; Recommendation 2. COPD: Assessment of Body Weight; [...].

Recommendation 10. COPD: Monitor and Evaluate Serum 25(OH)D Levels (Seite 160)

The RDN should periodically check serum 25(OH)D levels in adults with COPD as part of routine nutrition monitoring and evaluation. Evidence from 60% of studies reviewed, found positive associations between serum 25(OH)D and lung function measures. **Rating:** Fair; Imperative

Rationale: The evidence supporting this recommendation is described in Recommendation 4.1. COPD: Assessment of Serum 25(OH)D Levels. If serum 25(OH)D laboratory data are not available, the RDN should use professional judgment to request or obtain additional data.“

Bemerkung: Wir verweisen für die Titelbeschreibungen der hochgestellten Literaturverweise unter „Rationale“ zu [7], weil die Aufnahme in der Literaturliste dieser Stellungnahme den Rahmen dieser Stellungnahme sprengen würde.

NVL Asthma 2024 [14]

-

NVL Chronische Herzinsuffizienz 2023 [15]:

„Empfehlung 3-14^a (Seite 31)

Bei allen Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sollen regelmäßig folgende Parameter überprüft und dokumentiert werden:

- NYHA-Klasse;
- Körpergewicht und Hydratationszustand;
- Blutdruck, Herzrhythmus und -frequenz;
- Elektrolythaushalt und Nierenfunktion;
- Medikation;
- Alltagsfunktionalität, psychosozialer Status und Lebensqualität;
- Adhärenz.

Empfehlungsgrad ↑↑

Empfehlung 5-11^a (Seite 46)

Bei Patienten mit stabiler chronischer Herzinsuffizienz soll sich die Flüssigkeitszufuhr an kurzfristigen Veränderungen des Gewichts im Verlauf sowie der Nierenfunktion orientieren. **Empfehlungsgrad** ↑↑

Empfehlung 5-15^a (Seite 48)

Patienten mit alkoholtoxischer Kardiomyopathie soll strikte Alkoholkarenz empfohlen und ihnen soll Unterstützung zur Abstinenz angeboten werden. **Empfehlungsgrad** ↑↑

Empfehlung 5-17^a (Seite 49)

Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz soll empfohlen werden, ihr Gewicht täglich zu messen, zu dokumentieren und bei einem unüblichen, kurzfristigen Gewichtsanstieg den behandelnden Arzt zu benachrichtigen. **Empfehlungsgrad** ↑↑

Empfehlung 8-20 (Seite 119)

Patienten mit Herzinsuffizienz sollten auf Anzeichen von Funktionsverlusten untersucht werden, insbesondere bei Veränderungen im Krankheitsverlauf (z. B. Dekompensationen). Dafür können geriatrische Assessmentverfahren angewendet werden.

Bei Hinweisen auf drohende oder manifeste Funktionsverluste sollten unterstützende Maßnahmen (z. B. Physiotherapie, Ernährungstherapie) eingeleitet werden.

Empfehlungsgrad ↑“

NVL KHK 2024 [16]

„Empfehlung 6-6 (Seite 62)

Betroffene mit stabiler KHK sollte eine kaloriengerechte, ballaststoffreiche Ernährung empfohlen werden, die reich an Früchten und Gemüse ist und wenig gesättigte Fette enthält. **Empfehlungsgrad** ↑

(Die Autoren der Leitlinie sprechen sich mit einer abgeschwächten Empfehlung für eine

gesunde Ernährung aus, da die identifizierte Evidenz nicht ausreichend ist, um eine konkrete Diät mit einer starken Empfehlungsstärke zu empfehlen.)

Empfehlung 6-7 (Seite 64)

Normalgewichtigen und übergewichtigen Betroffenen (BMI \leq 30) mit chronischer KHK sollte empfohlen werden, eine Gewichtszunahme zu vermeiden. **Empfehlungsgrad** $\hat{=}$

Empfehlung 6-13^a (Seite 67)

Betroffenen mit chronischer KHK und psychosozialen Belastungsfaktoren sollen multimodale Verhaltensinterventionen, bestehend aus

- Aufklärung über einen gesundheitsförderlichen Lebensstil;
- körperlichem Training;
- psychologischen Interventionen zur Reduktion psychosozialer Risikofaktoren und zur Förderung der Krankheitsverarbeitung

angeboten werden, um ihr psychosoziales Wohlbefinden und die Sekundärprävention der KHK zu verbessern. **Empfehlungsgrad** $\hat{=}\hat{=}$

Empfehlung 10-3 (Seite 133)

Bei Betroffenen mit nachgewiesener KHK sollte die Behandlung in Kooperation mit anderen Fachgebieten insbesondere bei den in Tabelle 24 aufgeführten Konstellationen erfolgen: – Abstimmung zur Ernährung (Abstimmung mit/Überweisung an Ernährungsmedizin, Ernährungstherapie). **Empfehlungsgrad** $\hat{=}$

NVL Typ-2-Diabetes 2024 [17]

„Empfehlung 6-1^a (Seite 12)

Vor Initiierung der nicht-medikamentösen Basistherapie sollen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes die beeinflussenden Lebensstilfaktoren, insbesondere Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten erhoben werden. Dabei sollen folgende Aspekte gemeinsam geprüft werden:

- Aktuelle Situation,
- Erfahrungen mit bisherigen Strategien in der Umsetzung der Basismaßnahmen (Ernährung und Bewegung),
- Beeinflussende Kontextfaktoren (z. B. soziales Umfeld, Arbeitssituation), individuelle Einstellung und Präferenzen (siehe auch Kapitel 2 Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) und Teilhabe in allen relevanten Lebensbereichen der Version 3).
- Für Menschen im höheren Lebensalter sollen zusätzlich Instrumente des geriatrischen Assessments eingesetzt werden.

Empfehlungsgrad $\hat{=}\hat{=}$

Empfehlung 6-2^a (Seite 13)

Auf der Grundlage des gemeinsamen Assessments sollen Patient*in und Ärztin/Arzt gemeinsam prüfen, welche Maßnahmen zur Verbesserung der Stoffwechselsituation (Ernährung und körperliche Aktivität) infrage kommen. **Empfehlungsgrad** $\hat{=}\hat{=}$

Empfehlung 6-3^a (Seite 13)

Allen Personen mit Typ-2-Diabetes sollen realistische nicht-medikamentöse Maßnahmen angeboten werden, die zur Lebenssituation und den Lebenszielen des betroffenen Menschen passen (siehe Abbildung 10). **Empfehlungsgrad** ↑↑

Empfehlung 6-4^a (Seite 17)

Allen Menschen mit Typ-2-Diabetes sowie ggf. ihren An- und Zugehörigen soll als zentraler Bestandteil der Diabetesbehandlung ein strukturiertes, evaluiertes und zielgruppen- und themenspezifisches Schulungs- und Behandlungsprogramm angeboten werden.

Empfehlungsgrad ↑↑

Empfehlung 6-6^a (Seite 20)

Menschen mit Typ-2-Diabetes und Übergewicht/Adipositas sollen über die Auswirkungen einer Gewichtsreduktion auf Verlauf und Prognose des Typ-2-Diabetes informiert werden.

Empfehlungsgrad ↑↑

Empfehlung 6-7^a (Seite 20)

Menschen mit Typ-2-Diabetes, die bereit sind, Übergewicht durch lebensstilmodifizierende Maßnahmen zu reduzieren, sollen entsprechende Angebote (z. B. Ernährungsberatung, multimodale Ernährungs- und Bewegungsprogramme) empfohlen und vermittelt werden.

Empfehlungsgrad ↑↑

Empfehlung 6-8 (Seite 23)

Personen mit Typ-2-Diabetes sollte eine kaloriengerechte, ballaststoffreiche Ernährung empfohlen werden, die reich an Gemüse, Früchten und bestimmten pflanzlichen Fetten ist. **Empfehlungsgrad** ↑

(Die Empfehlungsgraduierung („sollte“) wurde aufgrund der niedrigen Aussagesicherheit der Evidenz gewählt (Verzerrungsrisiken, Inkonsistenz, Indirektheit).)

Empfehlung 6-9^a (Seite 25)

Menschen mit Typ-2-Diabetes soll vermittelt werden, welche Nahrungsmittel die Plasmaglukose erhöhen. **Empfehlungsgrad** ↑↑

Empfehlung 6-11^a (Seite 26)

Menschen mit Typ-2-Diabetes soll empfohlen werden, die Zufuhr von Getränken mit zugesetztem Zucker zu minimieren. **Empfehlungsgrad** ↑↑

Empfehlung 6-12^a (Seite 27)

Menschen mit Typ-2-Diabetes sollen über die speziellen Risiken und Interaktionen durch jeglichen Alkoholkonsum informiert werden. **Empfehlungsgrad** ↑↑↑

NVL Unipolare Depression 2023 [18]**„Empfehlung 7-4^a** (Seite 130)

Wenn der Serumspiegel (von Antidepressiva) außerhalb des therapeutischen Bereichs liegt, sollen Maßnahmen ergriffen werden, um dies zu korrigieren, z. B.

- erneute Adhärenzprüfung und -förderung;

- Prüfung und ggf. Absetzen interagierender Substanzen (zu niedrige Spiegel, z. B. aufgrund von Rauchen, Gingko, Johanniskraut; zu hohe Spiegel, z. B. aufgrund der Ernährung mit Grapefruit); [...]

Empfehlungsgrad ↑↑

Empfehlung 9-14^a (Seite 170)

Patient*innen mit depressiven Störungen sollen dazu ermuntert werden, sich ausgewogen und gesund zu ernähren.

Empfehlungsgrad ↑↑“

2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes [19]

„Recommendation Table 3 – Recommendations for reducing weight in patients with type 2 diabetes with or without cardiovascular disease (Seite 4062)

It is recommended that individuals living with overweight or obesity aim to reduce weight and increase physical exercise to improve metabolic control and overall CVD risk profile^{a,56,79}

Class of Recommendation I, LoE: A

Recommendation Table 4 – Recommendations for nutrition in patients with type 2 diabetes with or without cardiovascular disease (Seite 4063)

It is recommended to adopt a Mediterranean or plant-based diet with high unsaturated fat content to lower cardiovascular risk^{a,82,85} **Class of Recommendation I, LoE: A**

Recommendation Table 7 – Recommendations for glycaemic targets in patients with diabetes (Seite 4064)

It is recommended to apply tight glycaemic control (HbA1c <7%) to reduce microvascular complications^{a,126–128,133} **Class of Recommendation I, LoE: A**

It is recommended to avoid hypoglycaemia, particularly in patients with CVD^{a,134–137,147}

Class of Recommendation I, LoE: B

It is recommended to individualize HbA1c targets according to comorbidities, diabetes duration, and life expectancy^{a,134,137} **Class of Recommendation I, LoE: B**

Recommendation Table 10 – Recommendations for blood pressure management in patients with diabetes (Seite 4074)

Lifestyle changes (weight loss if overweight, physical activity, alcohol restriction, sodium restriction, increased consumption of vegetables, using low-fat dairy products) are recommended in patients with diabetes and hypertension^{a,205–207,210} **Class of Recommendation I, LoE: A**

Recommendation Table 16 – Recommendations for a multifactorial approach in patients with type 2 diabetes with and without cardiovascular disease (Seite 4082)

Identifying and treating risk factors and comorbidities early is recommended^{a,357,358} **Class of Recommendation I, LoE: A**

Recommendation Table 27 — Recommendations for person-centred care in diabetes (Seite 4110)

Structured education programmes are recommended in patients with diabetes to improve diabetes knowledge, glycaemic control, disease management, and patient empowerment^a.^{811,812,821} **Class of Recommendation I, LoE: A**“

S3 Adipositas 2024 [20]

„Empfehlung 2.3 (Seite 28)

In der Prävention und Therapie der Adipositas sollen gewichtsbezogene Stigmatisierung und deren gesundheitliche Auswirkungen adressiert werden. **Empfehlungsgrad** ↑↑

Empfehlung 4.1 (Seite 70)

Zur Prävention der Adipositas soll eine ausgewogene und bedarfsgerechte Ernährung empfohlen werden. **Empfehlungsgrad** ↑↑

Empfehlung 4.5a^a (Seite 81)

Zur Prävention von Adipositas soll empfohlen werden, den Konsum von Getränken mit hohem Zuckergehalt zu begrenzen.

Empfehlungsgrad ↑↑

Empfehlung 4.8^a (Seite 89)

Zur Prävention von Adipositas soll empfohlen werden, auf einen hohen Ballaststoffanteil in der Ernährung zu achten.

Empfehlungsgrad ↑↑

Empfehlung 4.13^a (Seite 102)

Zur Vermeidung einer ungesunden Gewichtszunahme soll empfohlen werden, sich in Alltag, Freizeit und Beruf regelmäßig körperlich zu bewegen. **Empfehlungsgrad** ↑↑

Empfehlung 4.14^a (Seite 106)

Zur Prävention von Adipositas soll empfohlen werden, sitzende Tätigkeiten zu begrenzen.

Empfehlungsgrad ↑↑

Empfehlung 5.7^a (Seite 137)

Grundlage jedes Gewichtsmanagements soll eine Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie sein. Diese Komponenten sollen unter Berücksichtigung der individuellen Situation kombiniert werden. **Empfehlungsgrad** ↑↑

Empfehlung 5.8^a (Seite 138)

Menschen mit Adipositas sollen individualisierte Ernährungsempfehlungen erhalten, die an die Lebenssituation, das Risikoprofil und die Therapieziele angepasst sind.

Empfehlungsgrad ↑↑

Empfehlung 5.42^a (Seite 197)

Nach erfolgreicher Gewichtsreduktion sollen Maßnahmen zur dauerhaften Gewichtsstabilisierung empfohlen werden. **Empfehlungsgrad** ↑↑

Empfehlung 5.43^a (Seite 199)

Maßnahmen zur dauerhaften Gewichtsstabilisierung sollen Interventionen zu Ernährung, Bewegung und Verhalten sowie die Motivation der Betroffenen berücksichtigen.

Empfehlungsgrad ↑↑↑

DVO S3 Osteoporose 2023 [21]

„Empfehlung^a (Seite 156)

1. Die Zufuhr einer ausreichenden Menge an Calcium und Vitamin D soll sichergestellt werden.
 - a. Hierbei soll eine Zufuhr von 1.000 mg/Tag von Calcium empfohlen werden.
 - b. Vitamin-D soll in einer Mindestmenge von 800 IE/Tag mit der Ernährung oder vor dem 70. Lebensjahr durch Sonnenlichtexposition zugeführt werden.
2. Supplemente sollten eingenommen werden, wenn durch Ernährung und Sonnenlichtexposition keine ausreichende Menge erreicht werden kann.

Grad der Empfehlung 1A/ 2B, Güte der Evidenz 1 (Evidenzgrad 1b Oxford)

Empfehlung^a (Seite 156)

Menschen mit erhöhtem Frakturrisiko sollte ab dem Alter von 65 Jahren eine eiweißreiche Ernährung mit einer täglichen Aufnahme von mindestens 1,0 g Eiweiß/kg Körpergewicht/Tag empfohlen werden. **Grad der Empfehlung B, Güte der Evidenz 2 (Syst. Rev + Metaanalyse)** (Bei der Evidenz handelt es sich um ein direkt bei der Empfehlung in der DVO-Leitlinie, Seite 156, genanntes systematisches Review durch Groenendijk et al. 2019 [36] von 12 Kohortenstudien aus Australien, China, Finnland und den USA, sowie einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) aus Australien, mit Metaanalyse von 4 der Kohortenstudien. Das wäre gemischte Evidenz (RCT low risk of Bias to some concerns vgl. Evidenzgrad 1b Oxford und „einen Graubereich“ zwischen Evidenzgrad 2a und 2b Oxford; 1b ist eine hohe LoE-Kategorie).

Empfehlung^a (Seite 215)

Die Versorgung mit einer ausreichenden Menge an Calcium und Vitamin D soll sichergestellt werden. **Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 1**

Empfehlung^a (Seite 215)

Bei Patientinnen und Patienten ohne eine spezifische medikamentöse Therapie soll die Ernährung mindestens 1.000 mg Calcium täglich enthalten.

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 1

Empfehlung^a (Seite 216)

Calcium-Supplemente sollten eingenommen werden, wenn die Menge von 1.000 mg Calcium/Tag durch die Ernährung nicht sicher erreicht werden kann.

Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 1 (1++ und 1+ SIGN)

Empfehlung^a (Seite 216)

Bei Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen medikamentösen Therapie, insbesondere bei der Anwendung von Antiresorptiva, soll die Versorgung mit 1.000 mg

Calcium zur Vermeidung einer Hypokalzämie bei ausreichender Einnahme von Vitamin D sichergestellt werden. Darauf soll besonders bei der Anwendung parenteraler Antiresorptiva und dem Osteoanabolikum Romosozumab geachtet werden.

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 1

Empfehlung^a (Seite 217)

Die Vitamin D-Supplementierung soll, bei einer generell empfohlenen Tagesdosis von 800 IE Cholecalciferol, 2.000-4.000 IE Cholecalciferol nicht überschreiten. **Grad der Empfehlung A, Güte der Evidenz 1**

Empfehlung^a (Seite 219)

Vitamin K2 soll nicht zur spezifischen Therapie der Osteoporose verwendet werden.

Grad der Empfehlung A, Güte der Evidenz 2“

S3 Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter 2025 [22]

„Empfehlung 1 (Seite 224)

Der Richtwert für die Energiezufuhr älterer Personen beträgt 30 kcal pro kg Körpergewicht und Tag; dieser Wert sollte individuell je nach Ernährungsstatus, körperlicher Aktivität, Gesundheitszustand und Toleranz angepasst werden. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 1-, 2++, 2+

Empfehlung 2 (Seite 225)

Die Proteinzufuhr älterer Personen sollte mindestens 1 g Protein pro kg Körpergewicht und Tag betragen und individuell je nach Ernährungsstatus, körperlicher Aktivität, Gesundheitszustand und Toleranz angepasst werden. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 2 x 1+, 2++, 2+ und Nationale Richtlinie DGE 2017 [37]

Empfehlung 3 (Seite 225)

Die Gesamtflüssigkeitszufuhr älterer Personen sollte ausgehend von 30 mL pro kg Körpergewicht und Tag an die individuellen Flüssigkeitsverluste und die klinische Situation angepasst werden. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 2+

Empfehlung 4 (Seite 226)

Ältere Personen sollten täglich angemessene Mengen an Ballaststoffen zu sich nehmen; auch bei enteraler Ernährung sollten ballaststoffhaltige Produkte verwendet werden. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 1+, 2+

Empfehlung 7 (Seite 227)

Einrichtungen, die ältere Personen medizinisch und/oder pflegerisch versorgen, sollten ein Ernährungsversorgungskonzept haben, in dem Standardabläufe für die Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung festgelegt sowie Verantwortlichkeiten und Kommunikationswege klar geregelt sind. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 2+, 3, 2 x IIa

Empfehlung 13^a (Seite 232)

Älteren Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung und eingeschränkter Selbständigkeit beim Essen und Trinken sollte die individuell benötigte Unterstützung beim Essen und Trinken angeboten werden, um eine angemessene

Nahrungsaufnahme und die Selbständigkeit zu fördern. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 2 x 1++, 7 x 1+, 3 x 1-, 2 x 2+, 3

Empfehlung 15^a (Seite 233)

In Einrichtungen, die ältere Personen medizinisch und/oder pflegerisch versorgen, soll die Umgebung bei den Mahlzeiten angenehm gestaltet werden, um die Nahrungsaufnahme älterer Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung zu unterstützen.

Empfehlungsgrad A, LoE: 2 x 1++, 2 x 1+, 1-, 3

Empfehlung 16^a (Seite 234)

Ältere Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung sollten ermutigt werden, ihre Mahlzeiten in Gesellschaft einzunehmen, um die Nahrungsaufnahme zu unterstützen. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 2 x 1++, 3 x 1+, 2 x 1-, 3

Empfehlung 17^a (Seite 235)

Ältere Personen im Privathaushalt können durch nach Hause gelieferte Mahlzeiten unterstützt werden. Für ältere Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung sollten diese Mahlzeiten energiedicht und proteinreich sein und durch Zwischen-Mahlzeiten ergänzt werden, um eine angemessene Energie- und Nährstoffaufnahme zu fördern.

Empfehlungsgrad B, LoE: 3 x 1++, 2 x 1-

Empfehlung 18^a (Seite 236)

Älteren Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung sollten im Rahmen eines umfassenden Interventionskonzepts Ernährungsinformationen angeboten werden, um das Bewusstsein für und das Wissen über Ernährungsprobleme zu verbessern und dadurch eine adäquate Ernährung zu fördern. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 3 x 1++, 4 x 1+

Empfehlung 19^a (Seite 236)

Professionell und informell Pflegenden sollten Ernährungsschulungen angeboten werden, um das Bewusstsein und Wissen zu Ernährungsproblemen zu gewährleisten und so eine angemessene Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme älterer Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung zu fördern. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 3 x 1++, 1+, 3 x 1-

Empfehlung 21^a (Seite 238)

Ältere Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung sollten auch während Phasen körperlichen Trainings mit ausreichenden Mengen an Energie und Protein versorgt werden, um den erhöhten Bedarf zu decken und dadurch das Körpergewicht und die Muskelmasse zu erhalten oder zu steigern. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 1++, 2 x 1+, 1-

Empfehlung 22^a (Seite 238)

Älteren Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung und/oder ihren Bezugspersonen sollte eine individuelle Ernährungsberatung angeboten werden, um eine angemessene Nahrungsaufnahme zu unterstützen und den Ernährungszustand zu verbessern oder aufrechtzuerhalten. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 3 x 1++, 1+

Empfehlung 24^a (Seite 239)

Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten für ältere Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung sollten den individuellen Erfordernissen entsprechend modifiziert werden, um eine bedarfsgerechte Aufnahme an Energie und Nährstoffen zu ermöglichen.

Empfehlungsgrad B, LoE: 1+, Ib, 2 x IIa, 2 x IIb, III

Empfehlung 25^a (Seite 240)

Älteren Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung sollten zusätzliche Zwischenmahlzeiten angeboten werden, um die Nahrungsaufnahme zu unterstützen.

Empfehlungsgrad B, LoE: 1++, 5 x 1+, 4 x 1-, 1b

Empfehlung 26^a (Seite 240)

Älteren Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung soll(t)en angereicherte Lebensmittel und Mahlzeiten angeboten werden, um die Energie- und Proteinaufnahme zu steigern [A]^a und den Ernährungszustand zu verbessern [B].

Empfehlungsgrad A/B, LoE: 1++, 3 x 1+

Empfehlung 29^a (Seite 242)

Älteren Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung sollen orale bilanzierte Diäten (Trinknahrung) angeboten werden, um die Energie- und Nährstoffaufnahme zu steigern und das Körpergewicht zu steigern bzw. zu erhalten.

Empfehlungsgrad A, LoE: 4 x 1++, 3 x 1+, 1-

Empfehlung 30^a (Seite 244)

Auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sollten älteren Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung orale bilanzierte Diäten (Trinknahrung) angeboten werden, um die Nahrungsaufnahme und den Ernährungszustand zu verbessern und das Risiko für funktionellen Abbau und Mortalität zu reduzieren.

Empfehlungsgrad B, LoE: 2 x 1++, 4 x 1+, 1-, 2-

Empfehlung 31^a (Seite 244)

Angeborene orale bilanzierte Diäten (Trinknahrung) für ältere Personen mit Mangelernährung oder Risiko für Mangelernährung sollten individuell verordnet werden, jedoch täglich mindestens 300 kcal enthalten und proteinreich ($\geq 20\%$ der Energie) sein.

Empfehlungsgrad B, LoE: 1++, 3 x 1+

Empfehlung 42^a (Seite 250)

Älteren Personen mit Mangelernährung oder einem Risiko für Mangelernährung sollen individualisierte Ernährungsinterventionen angeboten werden, um eine angemessene Nahrungsaufnahme zu ermöglichen, den Ernährungszustand zu erhalten oder zu verbessern, funktionelle Parameter und die Lebensqualität zu verbessern sowie das Mortalitätsrisiko zu reduzieren. **Empfehlungsgrad A**, LoE: 2 x 1++, 7 x 1+, 2++

Empfehlung 43^a (Seite 251)

Ernährungsinterventionen für ältere Personen mit Mangelernährung oder einem Risiko für Mangelernährung sollten Teil einer multimodalen und multiprofessionellen Teamintervention sein, um eine angemessene Nahrungsaufnahme zu unterstützen, das Körpergewicht zu halten oder zu erhöhen sowie den funktionellen und klinischen Verlauf und die Lebensqualität zu verbessern. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 1++, 13 x 1+, 1-

Empfehlung 52^a (Seite 258)

Mangelernährten älteren Patienten mit stabiler COPD sollten orale bilanzierte Diäten (Trinknahrung) angeboten werden, um das Körpergewicht zu erhöhen und funktionelle Parameter zu verbessern. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 1++, 2 x 1+, 1-

Empfehlung 67^a (Seite 266)

Wenn eine Gewichtsreduktion bei älteren Personen mit Adipositas erwogen wird, soll diese im Rahmen einer multimodalen Therapie bestehend aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie erfolgen. **Empfehlungsgrad A**, LoE: 1++, 6 x 1+

Empfehlung 69^a (Seite 268)

Im Rahmen der multimodalen Therapie bei älteren Personen mit Adipositas soll ein strukturiertes körperliches Training erfolgen, um dem durch die Ernährungsintervention induzierten Verlust von Muskelmasse entgegenzuwirken sowie den funktionellen Status zu verbessern. **Empfehlungsgrad A**, LoE: 1++, 2 x 1+, 3 x 1-“

S3-Leitlinie Heimenterale und heimparenterale Ernährung der DGEM 2024 [23]

„Empfehlung 1^a (Seite 75)

HEE sollte mangelernährten Patienten oder Patienten mit einem Ernährungsrisiko angeboten werden, die ihren Nährstoffbedarf nicht durch die orale Nahrungsaufnahme decken können und über einen ausreichend funktionierenden Gastrointestinaltrakt verfügen, mit dem Ziel, das Körpergewicht, den funktionellen Status und die Lebensqualität zu verbessern bzw. zu erhalten. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 1++, 1+, ESPEN Guideline on home enteral nutrition 2020 [38]

Empfehlung 2^a (Seite 76)

Patienten, bei denen ein hohes Risiko für Mangelernährung bzw. eine Schluckstörung besteht, sollte vor der Entlassung aus dem Krankenhaus die Möglichkeit einer Ernährungstherapie mit oraler Nahrungssupplementation (ONS) (sofern die Schluckstörung keine Kontraindikation für ONS darstellt) oder eine HEE empfohlen werden. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 1++, 2 x 2+, 2 x 2-

Empfehlung 3^a (Seite 76)

Eine HEE kann auch bei Patienten mit Demenz durchgeführt werden, wenn eine medizinische Indikation vorliegt, wobei Schweregrad der Erkrankung und ethische Aspekte auf individueller Ebene zu berücksichtigen sind. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 1++, 2 x 2+, 2 x 2-

Empfehlung 4^a (Seite 77)

HPE sollte denjenigen Patienten empfohlen werden, welche ihren Nährstoffbedarf nicht ausreichend über den oralen und/oder enteralen Weg decken können und welche außerhalb des Krankenhauses sicher behandelt werden können. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 1+

Empfehlung 10^a (Seite 80)

Sowohl HEE als auch HPE sollen mit oraler Ernährung kombiniert werden, wenn die orale Ernährung möglich, aber nicht hinreichend zum Erhalt bzw. zur Verbesserung des Ernährungszustandes und der ernährungsabhängigen Lebensqualität ist. **Empfehlungsgrad A**, LoE: 2 x 1+

Empfehlung 11^a (Seite 80)

HPE sollte in Kombination mit HEE bzw. oraler Ernährung verordnet werden, wenn HEE oder orale Ernährung möglich aber nicht hinreichend zum Erhalt bzw. zur Verbesserung des

Ernährungszustandes und der ernährungsabhängigen Lebensqualität ist. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 2 x 1+ (gleiche Quellen wie Empfehlung 10)

Empfehlung 13^a (Seite 81)

Eine HEE/HPE sollte nur durchgeführt werden, wenn eine Verbesserung des Ernährungszustands, des funktionellen Status oder der Lebensqualität zu erwarten oder ein Status quo nicht anders zu erhalten ist. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 2 x 1+ (gleiche Quellen wie Empfehlung 10)

Empfehlung 21^a (Seite 84)

HEE/HPE sollte grundsätzlich und entsprechend etablierter Standards von einer spezialisierten Ernährungsfachkraft oder einem multidisziplinären Nutrition Support Team (NST) eines Krankenhauses oder einer ambulanten Einrichtung koordiniert werden, da dies die Qualität der Maßnahmen erhöht, die Komplikationsraten reduziert und damit einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten sowie zur Kosteneffizienz der Maßnahmen leistet. **Empfehlungsgrad B**, LoE: Ib, 2+, 3

Empfehlung 25^a (Seite 87)

Das Schulungsprogramm für den Patienten und/oder das häusliche Pflegepersonal sollte von kundigem Fachpersonal (z. B. Ernährungsfachkräfte oder Pflegefachkräfte eines klinischen NST oder eines beauftragten „Provider“ bzw. Homecare-Unternehmens) durchgeführt werden. **Empfehlungsgrad B**, LoE: Ib, III, 3

Empfehlung 35^a (Seite 91)

Bei geriatrischen Patienten und im Palliativbereich sollte unter ambulanten Bedingungen eine leichte bis mittelschwere Dehydratation, die nicht oral kompensierbar ist, mittels Infusion von Flüssigkeit in das Subkutangewebe behandelt werden. **Empfehlungsgrad B**, LoE: Ib, IIa

Empfehlung 36^a (Seite 92)

Die HEE soll bevorzugt über eine PEG oder, falls indiziert, eine perkutane endoskopische Jejunostomie (PEJ) appliziert werden. **Empfehlungsgrad A**, LoE: 3 x 1++, 1-, 2 x 2-

Empfehlung 42^a (Seite 94)

Um mechanische Komplikationen der HEE (Okklusion, Dislokation) zu reduzieren, sollten bei langfristigem Bedarf (spätestens nach 6 Wochen) anstelle von Nasensonden perkutane Sonden verwendet werden. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 1++, 2-

Empfehlung 53^a (Seite 97)

Die HPE soll aus Gründen der Sicherheit und Effektivität mittels einer Infusionspumpe verabreicht werden. **Empfehlungsgrad A**, LoE: ESPEN Guideline on home parenteral nutrition 2020 [39]

Empfehlung 55^a (Seite 98)

Eine tragbare, netzunabhängige Pumpe soll für mobile Patienten mit HPE verwendet werden, wodurch die Lebensqualität und die Mobilität dieser Patienten im Vergleich zu stationären Pumpen verbessert wird. **Empfehlungsgrad A**, LoE: 1-, 3

Empfehlung 73^a (Seite 103)

Erwachsene mit einer unkomplizierten Platzierung der Gastrostomiesonde sollen innerhalb von 2–4 Stunden nach dem Eingriff mit der EE beginnen. **Empfehlungsgrad A**, LoE: 2+

Empfehlung 74^a (Seite 103)

Die Einleitung der EE sollte einem Stufenplan folgend einschleichend über mehrere Tage erfolgen, um Komplikationen zu reduzieren. Bei jejunaler Sondenlage sollte besonders langsam appliziert werden, um die Gefahr von osmotisch bedingten Unverträglichkeiten zu reduzieren. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 2-, ESPEN Guideline on home enteral nutrition 2020 [38]

Empfehlung 107^a (Seite 115)

Bei Patienten mit Diarrhoe sollen ballaststoffreiche Sondennahrungen bevorzugt werden.

Empfehlungsgrad A, LoE: 1-

Empfehlung 112^a (Seite 117)

Eine modifizierte enterale Sondennahrung mit reduziertem Gehalt an schnell resorbierbaren Kohlenhydraten sowie einem Fettanteil aus v. a. ungesättigten Fettsäuren, insbesondere einfach ungesättigten Fettsäuren, sollte bei Patienten mit Diabetes mellitus verwendet werden. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 1-, 2-

Empfehlung 118^a (Seite 118)

Mehrflaschensysteme sollen für die HPE wegen höherer Risiken und aufwändigerer Handhabung durch das Personal und den Patienten nicht verwendet werden.

Empfehlungsgrad A, LoE: 4 x III

Empfehlung 121^a (Seite 120)

Das Zuspritzen von Elektrolyten (Elektrolytkorrekturen) und Supplementen (z. B. Glutamin, n-3-Fettsäuren, Vitamin B1, Zink u. a.) in industriell hergestellten Mehrkammerbeuteln sollte nach den Vorgaben der Hersteller bzgl. Stabilität und Kompatibilität bzw. nach Prüfung durch einen Pharmazeuten erfolgen. **Empfehlungsgrad B**, LoE: n/a (pharmazeutische Studien)

Empfehlung 122^a (Seite 120)

Die Verabreichungsdauer von Mehrkammerbeuteln zur HPE sollte nicht länger als 24 Stunden betragen, d. h. die Nährlösung und das Infusionssystem sollten spätestens nach 24 h gewechselt werden. **Empfehlungsgrad A**, LoE: n/a, regulatorischer bzw. legaler Charakter der Empfehlung

Empfehlung 123^a (Seite 120)

Für individuelle und ready-to-use AiO-Mischungen sollte die Kühlkette während des Transports und die gekühlte Lagerung bei 2–8 °C bei den Patienten zu Hause garantiert sein.

Empfehlungsgrad A, LoE: n/a, regulatorischer bzw. legaler Charakter der Empfehlung

Empfehlung 127^a (Seite 122)

Zur Prävention und Therapie hepatischer Komplikationen unter HPE sollten alternative Fettemulsionen, die neben Sojaöl weitere Öle wie MCT-, Oliven- oder Fischöl enthalten, verwendet werden. **Empfehlungsgrad B**, LoE: 1++, 1-, 3

Empfehlung 152^a (Seite 134)

HEE sollte beendet werden, wenn die Ernährungsziele erreicht sind und die orale Energieaufnahme des Patienten seinem Energie- und Nährstoff bedarf entspricht.

Empfehlungsgrad B, LoE: ESPEN Guideline on home enteral nutrition 2020 [38]

Empfehlung 155^a (Seite 135)

Um einem Refeeding Syndrom (RFS) vorzubeugen oder ein Refeeding Syndrom zu behandeln, sollen die Nahrungszufuhr und die Flüssigkeitsgabe via HEE langsam (z. B. innerhalb von 7 Tagen) aufgebaut werden sowie ein rascher Ausgleich der Elektrolyte angestrebt werden.

Empfehlungsgrad A, LoE: 1++“

ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit 2023 [24]

„Recommendation 5^a (Seite 1674)

To avoid overfeeding, early full EN and PN shall not be used in critically ill patients but shall be prescribed within three to seven days. **Grade A** (Syst. Rev + Metaanalyse von RCTs)

Recommendation 6^a (Seite 1675)

If oral intake is not possible, early EN (within 48 h) in critically ill adult patients should be performed/initiated rather than delaying EN. **Grade B** (ESPEN Guideline on clinical nutrition in the intensive care unit 2019 [34]. Zu der Evidenz gehören 3 RCTs zu „patients receiving mechanical ventilation“, „critically ill patients“ und „ventilated adults with shock“; European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) clinical practice guidelines 2017, basierend auf Metaanalysen von RCTs [35])

Recommendation 7^a (Seite 1675)

If oral intake is not possible, early EN (within 48 h) shall be performed/initiated in critically ill adult patients rather than early PN. **Grade A** (ESPEN Guideline on clinical nutrition in the intensive care unit 2019 [34]. Zu der Evidenz gehören 3 RCTs zu „patients receiving mechanical ventilation“, „critically ill patients“ und „ventilated adults with shock“)

Recommendation 8^a (Seite 1675)

Early EN should be performed in patients receiving extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) **Grade B** (European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) clinical practice guidelines 2017, basierend auf Metaanalysen von RCTs [35])

Recommendation 11^a (Seite 1675, 1676)

EN should be delayed in several conditions displayed on Fig. 4

- if shock is uncontrolled and hemodynamic and tissue perfusion goals are not reached, whereas low dose EN can be started as soon as shock is controlled with fluids and vasopressors/inotropes, while remaining vigilant for signs of bowel ischemia;
- in case of uncontrolled life-threatening hypoxemia, hypercapnia or acidosis, whereas EN can be started in patients with stable hypoxemia, and compensated or permissive hypercapnia and acidosis; [...]

Grade B (European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) clinical practice guidelines 2017, basierend auf Metaanalysen von RCTs [35])

Recommendation 12^a (Seite 1676)

Low dose EN should be administered

- in patients receiving therapeutic hypothermia and increasing the dose after rewarming;

- in patients with intra-abdominal hypertension without abdominal compartment syndrome, whereas temporary reduction or discontinuation of EN should be considered when intra-abdominal pressure values further increase under EN; and
- in patients with acute liver failure when acute, immediately life-threatening metabolic derangements are controlled with or without liver support strategies, independent on grade of encephalopathy.

Grade B (European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) clinical practice guidelines 2017, basierend auf Metaanalysen von RCTs [35])

Recommendation 14^a (Seite 1676)

Continuous rather than bolus EN should be used. **Grade B** (ESPEN Guideline on clinical nutrition in the intensive care unit 2019 [34]. Zu der Evidenz gehören 1 RCT und Metaanalyse von 5 Studien (mindestens 2 RCTs))

Recommendation 16^a (Seite 1677)

In patients with gastric feeding intolerance not solved with prokinetic agents, postpyloric feeding should be used. **Grade B** (ESPEN Guideline on clinical nutrition in the intensive care unit 2019 [34].

Recommendation 17^a (Seite 1677)

In case of contraindications to oral and EN, PN should be implemented within three to seven days. **Grade B** (Viele Guidelines, u.a. ESPEN Guideline on clinical nutrition in the intensive care unit 2019 [34] und European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) clinical practice guidelines 2017, basierend auf Metaanalysen von RCTs [35])

Recommendation 19^a (Seite 1677)

In critically ill mechanically ventilated patients, energy expenditure (EE) should be determined by using indirect calorimetry. **Grade B** (Guidelines und Metaanalysen)

Recommendation 22^a (Seite 1678)

If predictive equations are used to estimate the energy need, hypocaloric nutrition (below 70% estimated needs) should be preferred over isocaloric nutrition for the first week of ICU stay. **Grade B** (ESPEN Guideline on clinical nutrition in the intensive care unit 2019 [34])

Recommendation 23^a (Seite 1679)

Hypocaloric nutrition (not exceeding 70% of EE) should be administered in the early phase of acute illness. **Grade B** (A larger Database Analysis, retrospektive Kohortstudie, Nutrirea-3 Permit EPANIC)

Recommendation 26^a (Seite 1679)

Statement 3: Physical activity may improve the beneficial effects of nutritional therapy.

Consensus (ESPEN Guideline on clinical nutrition in the intensive care unit 2019 [34]: 2 RCTs zu Bewegungstherapie bei kritisch kranken Patientinnen und Patienten, aktuell untermauert durch Watanabe et al. 2023 [33])

Recommendation 30^a (Seite 1680)

In patients with burns >20% body surface area, additional enteral doses of glutamine (GLN) (0.3e0.5 g/kg/d) should be administered for 10e15 days as soon as EN is commenced.

Grade B (ESPEN Guideline on clinical nutrition in the intensive care unit 2019 [34])

Recommendation 32^a (Seite 1681)

In ICU patients except burn and trauma patients, additional enteral GLN should not be administered. **Grade B** (1 beobachtende Studie, 1 doppelblinde RCT)

Recommendation 33^a (Seite 1681)

In unstable and complex ICU patients, particularly in those suffering from liver and renal failure, parenteral GLN-dipeptide shall not be administered. **Grade A**

Recommendation 34^a (Seite 1681)

High doses of omega-3-enriched EN formula should not be given by bolus administration. **Grade B** (Syst. Rev + Metaanalyse von RCTs, 1 doppelblinde RCT)

Recommendation 36^a (Seite 1681)

High doses of omega-3-enriched EN formula should not be given by bolus administration. **Grade B** (MetaPlus RCT)

Recommendation 38^a (Seite 1682)

To enable substrate metabolism, micronutrients (i.e. trace elements and vitamins) should be provided daily with PN. **Grade B** (ESPEN Guidelines on parenteral nutrition: intensive care 2009 [40], untermauert durch die ESPEN micronutrient guideline 2022 mit den **Grade A** Recommendations 1 (Seite 1363): „Adequate amounts of all essential trace elements and vitamins shall be supplied to all patients receiving medical nutrition from the beginning of the period of nutritional support“ und 2 (Seite 1363): „Micronutrient supplements shall be provided orally or enterally if this can be done safely and effectively“ [41])

Recommendation 39^a (Seite 1682)

Antioxidants as high-dose monotherapy or combination therapy should not be administered without proven deficiency. **Grade A**

Recommendation 49^a (Seite 1685)

Trauma patients should preferentially receive early EN instead of early PN. **Grade B** (ESPEN Guideline on clinical nutrition in the intensive care unit 2019 [34], u.a. 1 prospektive RCT)

Recommendation 54^a (Seite 1686)

Insulin shall be administered, when glucose levels exceed 10 mmol/L. **Grade A**

Recommendation 55^a (Seite 1686)

In critically ill patients with gastric feeding intolerance, intravenous erythromycin should be used as a first line prokinetic therapy. **Grade B** (ESPEN Guideline on clinical nutrition in the intensive care unit 2019 [34], Metaanalyse)

Recommendation 59^a (Seite 1686)

In patients with refeeding hypophosphatemia energy supply should be restricted for 48 h and then gradually increased. **Grade B** (u.a. 1 RCT)