

Praxisinfo

DMP COPD

Aktualisierung

1. Wesentliche Änderungen im Überblick

Das Disease-Management-Programm (DMP) Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist an den neuesten medizinischen Wissensstand angepasst worden.

Zur Diagnostik können bei der Spirometrie nun die Referenzwerte der **Global Lung Initiative (GLI)** genutzt werden.

Weitere wesentliche Aktualisierungen betreffen die **medikamentöse Therapie**. Hier wird eine noch **stärkere Überwachung und Steuerung der Arzneimitteltherapie** empfohlen. Theophyllin soll nicht mehr gegeben werden. Die Indikation für **inhalative Kortikosteroide (ICS)** wurde eingeschränkt. Für die **Langzeitsauerstofftherapie** gibt es nun eine Mindestdauer.

Medikamentöse Therapie, Sauerstofftherapie und operative Therapie

Bei den **operativen Therapieoptionen** wurden die lungenfunktionsverbessernden Verfahren angepasst. So kann bei einem schweren Lungenemphysem nach Ausschöpfung aller Therapiemöglichkeiten eine **Lungenvolumenreduktion** erwogen werden. In Einzelfällen kann als letztes Mittel eine **Lungentransplantation** in Betracht gezogen werden.

Die Anforderungen für das durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aktualisierte DMP sind zum 1. April 2023 in Kraft getreten. Sie sollen ab dem **1. April 2024** in den Praxen umgesetzt werden. In der folgenden Übersicht finden Sie die Änderungen im Detail.

2. Teilnahmevoraussetzungen

Für Versicherte, die auf Basis der bis zum **31. März 2023** geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist eingeschrieben wurden, ist keine erneute Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

Wichtig: Neben Versicherten mit COPD ist eine Einschreibung in das DMP auch für Patientinnen und Patienten mit Lungenemphysem möglich.

3. Diagnostik

3.1 Entscheidung über das geeignete DMP

Für die erforderliche Abgrenzung von Asthma bronchiale und COPD können folgende typische Merkmale als Orientierung dienen:

Unterscheidungsmerkmale	Asthma bronchiale	COPD
Anamnese/Symptome		
Erkrankungsbeginn	häufig in Kindheit und Jugend	im höheren Lebensalter
Tabakrauchen	nicht ursächlich, eventuell Verschlechterung durch Tabakrauch	häufigste Ursache
Hauptbeschwerden: Luftnot, Husten, Auswurf	variierend, gegebenenfalls anfallsartig	chronisch, insbesondere Belastungsdyspnoe
Verlauf	variabel, oft episodisch auftretend (etwa saisonal/ im Frühjahr)	in der Regel fortschreitend
Allergie	häufig	kein Zusammenhang
Diagnostik		
Atemwegsobstruktion	reversibel oder partiell reversibel	kontinuierlich vorhanden, allenfalls partiell reversibel
Bronchiale Hyperreagibilität	meistens nachweisbar	selten nachweisbar
Eosinophile Zellen im Blut	oft erhöht	meist nicht erhöht
Therapie		
Glukokortikosteroide	in der Regel ein Ansprechen darauf	in der Dauertherapie meist kein Ansprechen darauf

Kriterien zur Abgrenzung von Asthma bronchiale und COPD

3.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

- Statt des für alle Altersgruppen fixierten Grenzwertes nach GOLD von $FEV_1/VC \leq 70\%$ beziehungsweise 75% zur Charakterisierung der Obstruktion können die neueren Sollwerte der **Global Lung Initiative (GLI)** eingesetzt werden.
- Vorteil: verringertes Risiko von altersbedingten Über- und Unterdiagnosen
- Dies gilt auch für den Nachweis einer **Atemwegswiderstandserhöhung, Lungenüberblähung** oder **Gasaustauschstörung**.

Optional: neuere altersadaptierte Sollwerte

Nachweis Obstruktion:

- **gemäß GLI:** $FEV_1/FVC <$ als die untere Normwertgrenze (LLN), entspricht der 5. Perzentile des GLI-Sollwerts

4. Behandlung

4.1 Differenzierte Therapieplanung

Stärkere Berücksichtigung einer möglichen **Überlappung** von **Asthma bronchiale** und **COPD** bei:

- Therapieplanung inklusive Medikamentenwahl
- Verlaufsevaluation
- beabsichtigter Dauertherapie: klären, ob zusätzlich Asthma-spezifische Therapie angezeigt ist

Stärker an der ursächlichen Symptomatik ausrichten

4.2 Nicht-medikamentöse Maßnahmen

4.2.1 Tabakentwöhnung

Aufklärung:

Stärkerer Hinweis auf die Risiken von:

- **aktivem** und **passivem** Tabakrauchen
- Konsum von **E-Zigaretten** oder **alternativen Tabakprodukten**

**Risikofaktoren:
Tabak in jeder
Form, E-Ziga-
retten**

4.2.2 Atemtherapie

- ersetzt im Bereich „allgemeine Krankengymnastik“ den Begriff „Atemphysiotherapie“
- Verordnung auch möglich bei Husten **ohne Auswurf**

4.3 Langzeitsauerstofftherapie (LTOT)

Kriterien bei chronischer Hypoxämie mit **PaO₂ 56-60 mmHg** wurden spezifiziert:

- Prüfung erforderlich, wenn **zusätzlich** eine **sekundäre Polyglobulie** (Hämatokrit \geq 55%) oder ein Cor pulmonale vorliegt oder **beide Zusatzkriterien gleichzeitig** erfüllt sind

Mindestdauer der LTOT:

- **15 Stunden pro Tag**

**Mindestdauer
festgelegt**

4.4 Außerklinische nicht-invasive Beatmung

Folgende Empfehlung wurde verstärkt:

- Bei chronischer Hyperkapnie mit PaCO₂-Werten \geq 50 mmHg **soll** geprüft werden, ob eine intermittierende nicht-invasive Beatmung notwendig ist.

**Indikation
für zeitweilig
aussetzende
Beatmung
immer prüfen**

4.5 Rehabilitation

- Als Ziel ergänzt: **Behinderung** oder **Pflegebedürftigkeit** abwenden, beseitigen oder vermindern
- Notwendigkeit einer Rehabilitation **frühzeitig** beurteilen

**Behinderung
und Pflegebe-
dürftigkeit**

4.6 Operative Verfahren

- **Lungenvolumenreduktion** bei schwerem Lungenemphysem erst **nach Ausschöpfung** der medikamentösen und anderer nicht-invasiver Therapieoptionen erwägen
- **Lungentransplantation** in **Einzelfällen** bei sehr schwerer COPD als Ultima Ratio möglich

**In Einzelfällen
Lungentrans-
plantation**

4.7 Komorbiditäten

Folgende Komorbiditäten sollen stärker bedacht werden:

- **schlafbezogene Atemstörungen** – neu ergänzt als häufige Komorbidität
- **Lungenkarzinome**

**Schlafbezo-
gene Atem-
störungen und
Lungenkarzi-
nome**

4.8 Maßnahmen bei Multimedikation

Strukturierte Erfassung aller Arzneimittel:

- **anlassbezogen**, mindestens aber jährlich
- Betroffene über den **Anspruch auf einen Medikationsplan** bei dauerhafter Verordnung von fünf oder mehr Medikamenten informieren

**Strukturierte
Erfassung
anlassbezogen**

4.9 Medikamentöse Therapie

4.9.1 Konkretisiertes Monitoring:

- Überwachung und Steuerung **grundsätzlich erforderlich** anhand der Kontrolle der Symptomatik und der Lungenfunktion auch **Anzahl und Schwere der Exazerbationen**
- bei Reduktion der Symptome sollte versucht werden, **Medikation zu reduzieren** beziehungsweise einzelne **Wirkstoffgruppen auszulassen**

Stärkere Überwachung und Steuerung

4.9.2 Intensivierung/Deeskalation:

- bei Zunahme der Symptomatik und/oder der Zahl und Schwere der Exazerbationen medikamentöse Therapie **intensivieren**
- nach Stabilisierung **Deeskalation** prüfen

4.9.3 Nicht empfohlene Wirkstoffe:

- Theophyllin soll nicht mehr gegeben werden (geringe Wirkung und geringe therapeutische Breite), dies gilt für die Bedarfs- und Dauertherapie sowie bei Infektionen und Exazerbationen.

Kein Theophyllin mehr

4.9.4 Dauertherapie

Die Empfehlungen wurden spezifiziert:

- lang wirksames Anticholinergikum **oder** lang wirksames Beta-2-Sympathomimetikum
- bei **unzureichender Wirkung einer Monotherapie**, Kombination von lang wirksamem Anticholinergikum und lang wirksamem Beta-2-Sympathomimetikum

Zusätzlich in begründeten Fällen:

- **ICS** bei gehäuft (≥ 2 -mal pro Jahr) auftretenden Exazerbationen oder einer **krankenhauspflichtigen Exazerbation trotz Bronchodilatatortherapie** oder bei gleichzeitig vorliegenden Charakteristika eines Asthma bronchiale
- **Roflumilast** bei schwerer COPD, ausgeprägten Bronchitis-Zeichen (Husten, Auswurf) und häufigen Exazerbationen (≥ 2 -mal pro Jahr)

ICS und Roflumilast

Art der Inhalationstherapie:

- bei **schlechter Lungenfunktion** mit starker Einschränkung der inspiratorischen Flussgeschwindigkeit prioritär **Dosieraerosole** statt Pulverinhalatoren

In schweren Fällen Dosieraerosole statt Pulverinhalatoren

4.9.5 Schutzimpfungen

Generische Empfehlung:

- Empfehlungen richten sich nach der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
[g-ba.de](http://www.g-ba.de) → Richtlinien → Schutzimpfungs-Richtlinie

Richtlinie des G-BA wegweisend

4.9.6 Exazerbationen/Atemwegsinfekte

Theophyllin:

- soll nicht mehr gegeben werden (geringe Wirkung und therapeutische Breite)

Kein Theophyllin mehr

Infekte:

- als Indikatoren für eine bakterielle Ursache ergänzt: **erhöhter CRP-Wert** und **Leukozytose**
- bei der Erwägung einer Antibiotikabehandlung wurde das Wort „frühzeitig“ gestrichen

Exazerbationsprophylaxe

- Von **Antibiotika** wird wegen des Risikos der Resistenzentwicklung und der Nebenwirkungen **abgeraten**.

Keine Antibiotika zur Prophylaxe

Schwere Exazerbation:

- Kommt es zu einer akuten Hypoxämie, sollte diese durch die Gabe von O₂ bis zu einer Zielsättigung von 88-92% gebessert werden.

5. Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Neue Ziele:

- **leitliniengerechter Einsatz an ICS:** niedriger Anteil mit einer Dauertherapie
- hoher Anteil **geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer**, die bei DMP-Einschreibung noch keine Schulung besucht hatten

Hoher Stellenwert der Schulung

6. Weitere Fragen?

Der G-BA-Beschluss mit Begründung zu den Änderungen im Internet:

→ [g-ba.de/beschluesse/5591](https://www.g-ba.de/beschluesse/5591)

Das Gesundheitspartner-Portal der AOK bietet weitere Infos zum DMP sowie zu Themen rund um Arzt und Praxis: → [aok.de/gp](https://www.aok.de/gp)

Impressum

Herausgeber und verantwortlich für den Text: AOK-Bundesverband eGbR – Arbeitsgemeinschaft von Körperschaften öffentlichen Rechts;

Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin; 24-0061_03;

Grafik: Ulrich Scholz; Stand: April 2024