

Stellungnahme

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie
(DMP-A-RL) vom 10. Mai 2017:**

Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und
der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation)

7. Juni 2017

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) stimmt den Ergänzungen in den Anlagen 9 (DMP Asthma bronchiale) und 10 (Asthma bronchiale Dokumentation) der DMP-Anforderungen-Richtlinie grundsätzlich zu. Lediglich zu den Anpassungen in den nicht-medikamentösen Therapien und allgemeinen Maßnahmen (1.5.1) haben wir Änderungsvorschläge. Studien zufolge ist der Anteil von Rauchern unter Patienten mit Asthma bronchiale hoch (NVL Asthma bronchiale, derzeit in Überarbeitung). Dabei sind die negativen Auswirkungen des Rauchens auf den Verlauf einer Asthmaerkrankung gut belegt und die Wirksamkeit von Maßnahmen der Tabakentwöhnung ist in zahlreichen Studien nachgewiesen worden. Entsprechend wird den Maßnahmen der Raucherentwöhnung, die auch in aktuellen evidenzbasierten Leitlinien bei diesen Patienten mit Asthma bronchiale mit der höchsten Empfehlungsstärke empfohlen werden, unter diesem Punkt ein hoher Stellenwert eingeräumt.

Nach Auffassung der BPtK berücksichtigt der Beschlussentwurf jedoch noch nicht ausreichend, dass es sich bei den indizierten Maßnahmen zur Tabakentwöhnung bei Asthma-Patienten mit Tabakabhängigkeit oder schädlichem Gebrauch von Tabak um Krankenbehandlung handelt, die vor dem Hintergrund einer fundierten Diagnostik durchgeführt werden soll und die den Betroffenen als Behandlungsleistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung anzubieten ist.

Vorschläge zu 1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

Die BPtK schlägt zum ersten Spiegelstrich zum Thema „Rauchen“ folgende Ergänzung vor:

- *Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden. Bei regelmäßigen Rauchern soll das Vorliegen einer Tabakabhängigkeit bzw. eines schädlichen Gebrauchs von Tabak diagnostisch abgeklärt werden. Um die Stärke der Zigarettenabhängigkeit einzuschätzen, soll der Faqerströmtest eingesetzt werden.*

Neben der Erfassung des Raucherstatus sollte bei regelmäßigen Rauchern auch die Dauer und Intensität des Inhalationsrauchens erfasst werden, um diejenigen Patienten zu identifizieren, bei denen die Diagnosekriterien für eine Tabakabhängigkeit oder einen schädlichen Gebrauch von Tabak erfüllt sind. Eine adäquate Diagnostik der Tabakabhängigkeit und der Stärke der Tabakabhängigkeit ist eine zentrale Voraussetzung für die weitere Therapieplanung, insbesondere ob eine Krankenbehandlung der tabakbezogenen Störung erforderlich ist und in welcher Intensität und in welchem Setting diese der Patientin oder dem Patienten angeboten werden sollte. In diesem Sinne setzt die S3-Leitlinie „Screening,

Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ eine Diagnostik der Tabakabhängigkeit nach den Kriterien des ICD-10 (F17.2 bzw. F17.1) voraus und empfiehlt in der Schlüsselempfehlung 3.1.3.1: „Der Fagerströmtest soll zur weiterführenden Diagnostik eingesetzt werden, um die Stärke der Zigarettenabhängigkeit einzuschätzen“. Angesichts der negativen Auswirkungen eines fortbestehenden Tabakkonsums auf den Verlauf einer Asthmaerkrankung kann in diesen Fällen an der Krankheitswertigkeit der Suchterkrankung nicht gezweifelt werden. Dieser Stand der Empfehlungen zur Diagnostik aus der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ sollte auch in den inhaltlichen Vorgaben zum DMP Asthma angemessen abgebildet werden.

Die BPtK schlägt in Spiegelstich 2 folgende Änderung und Ergänzung vor:

- *Raucherinnen und Raucher sollen ~~in einer klaren und persönlichen Form~~ dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören. Hierfür sollten Methoden des motivierenden Interviews eingesetzt werden.*

Begründung:

Entsprechend den in Leitlinien vorgeschlagenen Maßnahmen zur Raucherentwöhnung in der ärztlichen Praxis sollte zunächst geklärt werden, ob bei einem Patienten oder einer Patientin eine Aufhörmotivation bzw. die Bereitschaft besteht, unmittelbar einen Rauchstopp zu vereinbaren. Ist dies der Fall, können im nächsten Schritt die geeigneten Behandlungsmaßnahmen angeboten werden. Wenn dies jedoch nicht der Fall ist, dann sind Methoden des motivierenden Interviews indiziert. Diese haben sich gegenüber kurzer Beratung als wirksamer erwiesen, um Patientinnen und Patienten dazu zu motivieren, das Rauchen aufzugeben.¹ Das motivierende Interview ist eine besondere Form der Gesprächsführung, die das Ziel hat, dass sich Patientinnen und Patienten letztlich selbst für eine Veränderung entscheiden, d. h. hier für einen Verzicht auf den Tabakkonsum. Dies ist notwendig, um langfristig eine Abstinenz zu erreichen. Die Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung (Empathie, Respekt, Herausarbeiten von Ambivalenzen, flexibler Umgang mit Widerstand, Förderung von Veränderungszuversicht) sind nicht mit der Formulierung in der Richtlinie „in einer klaren und persönlichen Form“ vereinbar. Deshalb plädiert die BPtK für die Streichung dieser Formulierung und die o. g. Einfügung zum Verweis auf die Methoden des motivierenden Interviews.

¹ Lindson-Hawley, N., Thompson, T. P. & Begh, R. (2015). Motivational Interviewing for smoking cessation (Review). The Cochrane Collaboration, 3, abrufbar unter: www.cochranelibrary.com.

Die BPtK schlägt bei Spiegelstrich 4 folgende Änderungen vor:

- ~~Ausstiegsbereiten~~ Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Behandlungen ~~Hilfen~~ zur Tabakentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören ~~nicht-medikamentöse~~, insbesondere verhaltenstherapeutische Interventionen ~~verhaltensmodifizierende Maßnahmen~~ im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung und geeignete, vom Patienten oder von der Patientin selbst zu tragende, Medikamente.

Die BPtK schlägt bei Spiegelstrich 5 folgende Änderungen vor:

- Jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einer Behandlung mit einem wirksamen, strukturierten, ~~evaluierten~~ und publizierten verhaltenstherapeutischen Tabakentwöhnungsprogramm erhalten.

Begründung:

Die in der Entwurfsfassung verwendete Einschränkung des Behandlungsangebots auf die ausstiegsbereiten Raucherinnen und Raucher erscheint unangemessen. Zum einen stellt die Förderung der Motivation zum Verzicht oder zur Reduktion des Tabakkonsums eine kontinuierliche Aufgabe der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes dar, so dass die kategoriale Unterscheidung zwischen ausstiegsbereiten und nicht ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern nicht allein handlungsleitend sein sollte. Darüber hinaus sollten auch die gegenwärtig nicht ausstiegsbereiten Raucherinnen und Raucher über die entsprechenden Behandlungsangebote zur Tabakentwöhnung informiert und ihnen ein entsprechendes Angebot unterbreitet werden für den Fall, dass sie sich in der Zukunft für einen Rauchverzicht entscheiden sollten. Über die Verwendung des Begriffs „Behandlung“ anstelle von „Hilfen“ sollte deutlich gemacht werden, dass es hierbei insbesondere um das Angebot von wirksamen Behandlungsmaßnahmen geht, die nicht als Präventionsmaßnahme gemäß § 20 SGB V im Sinne von Satzungsleistungen der Krankenkassen mit Zuzahlung durch den Versicherten ausgestaltet werden dürfen, sondern als Krankenbehandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung vollständig zu tragen sind. Studien weisen zudem auf einen positiven Zusammenhang zwischen Finanzierung der Intervention zur Raucherentwöhnung und den erzielbaren Abstinenzraten hin.²

² Flodgren, G, Eccles, MP, Shepperd, S, Scott, A, Parmelli, E, Beyer, FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2011;6(7).

Die in dem Beschlussentwurf vorgeschlagene Formulierung „nicht-medikamentöse, insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung“ erscheint aus Sicht der BPtK zu unpräzise, als dass diese sicherstellen könnte, dass die nachweislich wirksamen psychotherapeutischen Interventionen im Rahmen eines strukturierten multimodalen Entwöhnungskonzepts eingesetzt werden. In der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ wird mit der höchsten Empfehlungsstärke empfohlen, dass verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen (Empfehlung 4.3.3.1) bzw. verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen (Empfehlung 4.3.3.2) angeboten werden sollen. Dies sollte sich auch in der konkreten Formulierung der anzubietenden Maßnahmen bzw. Behandlungen widerspiegeln. In den Tragenden Gründen sollten dabei ergänzend beide Behandlungsformen verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen und Gruppeninterventionen explizit aufgeführt werden.

Die BPtK schlägt zudem folgenden ergänzenden Spiegelstrich vor:

- Bei asthmakranken Kindern soll der Raucherstatus der Eltern erfragt werden. Rauchende Eltern asthmakranker Kinder sollen über die spezifischen Risiken des Passivrauchens informiert und auf Präventionsangebote der Krankenkassen zur Raucherentwöhnung hingewiesen werden.

Begründung:

Die negativen Auswirkungen des Passivrauchens auf den Verlauf einer Asthmaerkrankung sind hinreichend belegt. Sofern Kinder im Rahmen des DMP behandelt werden, soll deshalb auch der Raucherstatus der Eltern erfasst werden. Die Eltern sollen über die spezifischen Risiken des Passivrauchens für den Krankheitsverlauf der Asthmaerkrankung ihres Kindes informiert sowie auf Präventionsangebote der Krankenkassen zur Förderung des Nichtrauchens hingewiesen und zur Teilnahme an diesen Raucherentwöhnungskursen motiviert werden.

Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die BPtK begrüßt, dass aufgrund der Bedeutung, die das Tabakrauchen für die Auslösung und Verschlechterung des Asthmas bronchiale hat, als neues Qualitätsziel ein „Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern“ aufgenommen wurde. Aus unserer Sicht ist die Abbildung dieses Indikators allein jedoch nicht ausreichend bzw. aussagekräftig, um zu beurteilen inwieweit durch die Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale und die wirksame Umsetzung der dort beschriebenen Therapiemaßnahmen der

Anteil der „Nichtraucher“ erhöht werden konnte oder nicht. Hierfür wäre es notwendig, weitere Qualitätsziele, wie sie auch in das DMP COPD aufgenommen wurden, zu ergänzen. Hierzu zählen die Ziele „Hoher Anteil an rauchenden Patienten, die eine Empfehlung zum Tabakverzicht erhalten“ sowie „Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die nach einer Empfehlung zur Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm noch nicht an einem solchen Programm teilgenommen haben.“ Anlage 10 „Asthma bronchiale – Dokumentation“ müsste entsprechend um die Parameter „Empfehlung zum Tabakverzicht ausgesprochen“, „Empfehlung zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogramm ausgesprochen“ und „Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm seit der letzten Empfehlung“ ergänzt werden.