

# Kooperationen bei der Leitlinienerstellung: ein Werkstattbericht aus der NVL COPD

Corinna Schaefer

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin



**31. Leitlinienkonferenz der AWMF**  
Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien  
im Hamsterrad der digital evolvierenden Wissenswelt

## Interessenkonflikte

- Direkt: Vortragshonorare diverser Ärztekammern und KV'en für Fortbildungen zum Thema Leitlinien
- Indirekt:
  - Arbeitgeber: ÄZQ, gemeinsames Institut von BÄK und KBV
  - Am ÄZQ u.a. verantwortlich für die Koordination und Durchführung des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien
  - Mitglied: AWMF-Leitlinienkommission, Guidelines International Network, DNEbM, DNGK

# Agenda

- Hintergrund: NVL COPD
- Kooperationen:
  - Mit anderen Leitliniengruppen
  - Mit anderen Fachgesellschaften
  - Mit Evidenzerstellern
  - Exkurs: mit Institutionen des Gesundheitswesens
- Lessons learned

# Hintergrund: NVL COPD

## COPD

### Verwandte Leitlinien:

S2k LL COPD

S2k LL Spirometrie

S2k LL chronische  
respiratorische Insuffizienz

S2k LL LTOT

S3 LL Sauerstoff in der  
Akuttherapie

S3 LL Tabakentwöhnung bei  
COPD

S3 LL Rauchen und  
Tabakabhängigkeit

### Nationale VersorgungsLeitlinie COPD (2021)

Die Überarbeitung der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) COPD erfolgt kapitelweise. Die aktuelle Auflage ist Teil eines späteren Gesamtdokumentes, weitere Themen werden im Rahmen der nächsten Auflage bearbeitet und veröffentlicht.

Publiziert: 17. August 2021

Gültig bis: 25. Juni 2026



<https://www.leitlinien.de>

#### NVL COPD (2021): Was ist wichtig? Was ist neu?

##### Das Wichtigste der aktuellen Auflage im Überblick.

Strukturierte Erfassung von Symptomen und Exazerbationen



Am wichtigsten: Tabakentwöhnung



Nicht-medikamentöse Therapie als Grundlage der Behandlung



Körperliches Training



Einweisung in das Inhalationssystem



##### Wichtige Änderungen in der aktuellen Auflage.

GLI-Referenzwerte bei der Spirometrie



Medikamentöse Langzeittherapie: Symptomatik oder Exazerbationen vordergründig?



Eingeschränkte Indikation für inhalative Corticosteroide



Indikation für ICS überprüfen!



Schriftlicher Aktionsplan



## COPD

### Nationale VersorgungsLeitlinie COPD (2021)

Die Überarbeitung der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) COPD erfolgt kapitelweise. Die **aktuelle Auflage** ist Teil eines späteren Gesamtdokumentes, weitere Themen werden im Rahmen der nächsten Auflage bearbeitet und veröffentlicht.

**Publiziert: 17. August 2021**

**Gültig bis: 25. Juni 2026**

Dr. Elisabeth Heister  
Prof. Dr. Alfred Simon  
**Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM)**

Prof. Dr. Martin Schulz  
Dr. Eric Martin  
**Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK)**

Prof. Dr. Harald Schäfer  
Prof. Dr. Klaus Dalhoff  
**Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)**

Dr. Michael Köhler  
**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE e. V. (BAG Selbsthilfe)/Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e. V. (DPLA)**

Prof. Dr. Carl-Peter Criée  
Prof. Dr. Andrea Koch (bis März 2019)  
**Deutsche Atemwegsliga e. V.**

Dr. Michael Weber  
Dr. Andreas Hellmann  
Dr. Thomas Hering (ab Oktober 2019)  
**Deutsche Forschungsgruppe Pneumologie in der Primärversorgung e. V. (DFPP)**

Prof. Dr. Michael Freitag, MPH  
Univ.-Prof. Dr. Daniel Kotz, PhD, MPH (ab August 2019)  
Univ.-Prof. Dr. Antonius Schneider  
**Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)**

Prof. Dr. Dennis Nowak  
Univ.-Prof. Dr. Thomas Kraus  
**Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM)**

Prof. Dr. Hans Jürgen Heppner  
PD Dr. Helmut Frohnhofen  
**Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)**

Dr. Katrin Knoll  
Dr. Manfred Gogol  
**Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG)**

Prof. Dr. Andreas Neumann  
**Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNOKHC)**

Prof. Dr. Stefan Andreas  
**Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)**

Prof. Dr. Tobias Welte  
Prof. Dr. Claus F. Vogelmeier  
**Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e. V. (DGIIN)**

PD Dr. Tobias J. Lange  
**Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e. V. (DGK)**

Prof. Dr. David Groneberg  
Dr. Ulf Ratje (bis Juni 2018)  
**Deutsche Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung e. V. (DGNTF)**

Prof. Dr. Claudia Bausewein, PhD  
Dr. Wiebke Nehls  
**Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)**

Christiane Freitag, B.A.  
**Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)**

Dr. Konrad Schultz  
**Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)**  
**Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW)**

Prof. Dr. Heinrich Worth  
PD Dr. Henrik Watz  
Dr. André de Roux (ab März 2018)  
**Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP)**

Prof. Dr. Stephan Mühlhög (ab August 2019)  
**Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs)**

PD Dr. Cora Weber (ab April 2018)  
Prof. Dr. Hans Christian Deter (bis März 2018)  
**Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)**

Prof. Dr. Georg Nilius  
**Deutsche Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin e. V. (DGSMS)**

Prof. Dr. Anil Batra (ab August 2019)  
**Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)**

Dr. Stephan Eggeling  
PD Dr. Stefan Welter  
**Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e. V. (DGT)**

Prof. Dr. Jan H. Storre  
Prof. Dr. Michael Dreher  
**Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e. V. (DIGAB)**

Prof. Dr. Claus Peter Heußel  
Prof. Dr. Hans-Ulrich Kauczor  
**Deutsche Röntgengesellschaft e. V. (DRG)**

Jan Kaufmann  
**Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK)**

Prof. Dr. Thomas Ritz (ab April 2018)  
Prof. Dr. Hans Christian Deter (bis März 2018)  
**Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DKPM)**

Prof. Dr. Jost Langhorst  
Dr. Petra Klose  
**Gesellschaft für Phytotherapie e. V. (GPT)**

## COPD

### Nationale VersorgungsLeitlinie COPD (2021)

Die Überarbeitung der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) COPD erfolgt kapitelweise. Die aktuelle Auflage ist Teil eines späteren Gesamtdokumentes, weitere Themen werden im Rahmen der nächsten Auflage bearbeitet und veröffentlicht.

**Publiziert: 17. August 2021**

**Gültig bis: 25. Juni 2026**

Dr. Elisabeth Heister  
Prof. Dr. Alfred Simon  
**Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM)**

Prof. Dr. Martin Schulz  
Dr. Eric Martin  
**Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK)**

Prof. Dr. Harald Schäfer  
Prof. Dr. Klaus Dalhoff  
**Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)**

Dr. Michael Köhler  
**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE e. V. (BAG Selbsthilfe)/Deutsche PatientenLiga  
Atemwegserkrankungen e. V. (DPLA)**

**Prof. Dr. Carl-Peter Criée**  
Prof. Dr. Andrea Koch (bis März 2019)  
**Deutsche Atemwegsliga e. V.**

Dr. Michael Weber  
Dr. Andreas Hellmann  
Dr. Thomas Hering (ab Oktober 2019)  
**Deutsche Forschungsgruppe Pneumologie in der Primärversorgung e. V. (DFPP)**

**Prof. Dr. Michael Freitag, MPH**  
**Univ.-Prof. Dr. Daniel Kolz, PhD, MPH (ab August 2019)**  
Univ.-Prof. Dr. Antonius Schneider  
**Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)**

Prof. Dr. Dennis Nowak  
Univ.-Prof. Dr. Thomas Kraus  
**Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM)**

Prof. Dr. Hans Jürgen Heppner  
PD Dr. Helmut Frohnhofen  
**Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)**

Dr. Katrin Knoll  
Dr. Manfred Gogol  
**Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG)**

Prof. Dr. Andreas Neumann  
**Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNOKHC)**

**Prof. Dr. Stefan Andreas**  
**Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)**

Prof. Dr. Tobias Welte  
Prof. Dr. Claus F. Vogelmeier  
**Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e. V. (DGIIIN)**

PD Dr. Tobias J. Lange  
**Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e. V. (DGK)**

Prof. Dr. David Groneberg  
Dr. Ulf Ratje (bis Juni 2018)  
**Deutsche Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung e. V. (DGNTF)**

Prof. Dr. Claudia Bausewein, PhD  
Dr. Wiebke Nehls  
**Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)**

Christiane Freitag, B.A.  
**Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)**

Dr. Konrad Schultz  
**Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)**  
**Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW)**

**Prof. Dr. Heinrich Worth**  
PD Dr. Henrik Watz  
Dr. André de Roux (ab März 2018)  
**Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP)**

Prof. Dr. Stephan Mühlig (ab August 2019)  
**Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs)**

PD Dr. Cora Weber (ab April 2018)  
Prof. Dr. Hans Christian Deter (bis März 2018)  
**Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)**

Prof. Dr. Georg Nilius  
**Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V. (DGSM)**

**Prof. Dr. Anil Batra (ab August 2019)**  
**Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)**

Dr. Stephan Eggeling  
PD Dr. Stefan Welter  
**Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e. V. (DGT)**

Prof. Dr. Jan H. Storre  
Prof. Dr. Michael Dreher  
**Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e. V. (DIGAB)**

Prof. Dr. Claus Peter Heußel  
Prof. Dr. Hans-Ulrich Kauczor  
**Deutsche Röntgengesellschaft e. V. (DRG)**

Jan Kaufmann  
**Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK)**

Prof. Dr. Thomas Ritz (ab April 2018)  
Prof. Dr. Hans Christian Deter (bis März 2018)  
**Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DKPM)**

Prof. Dr. Jost Langhorst  
Dr. Petra Klose  
**Gesellschaft für Phytotherapie e. V. (GPT)**

# Kooperationen



## Mit anderen Leitliniengruppen

### 1. Verweis, keine Doppelung

#### Beispiel: Diagnostik COPD

- Sichert Konsistenz und Aktualität, vermeidet Widersprüche durch zeitversetztes Aktualisieren
- Interaktion: Keine, nur sichten und prüfen bereits bestehender LL

#### 2.4.2 Spirometrie

Empfehlungen/Statements	Empfehlungsgrad
<p><b>2-2</b> Alle Patient*innen mit Verdacht auf COPD sollen eine Spirometrie erhalten.</p>	<p>↑↑</p>

#### ✓ Rationale

Die Leitliniengruppe schätzt die in einer systematischen Recherche identifizierten Studien als unzureichend ein, um die Frage des Stellenwertes der Spirometrie zu beantworten. Die Basis für die Diagnose einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung ist der Nachweis einer nicht oder kaum reversiblen Atemwegsobstruktion. Auch wenn die vorliegenden Studien wegen erheblicher methodischer Mängel keinen Vergleich der unterschiedlichen diagnostischen Verfahren erlauben, ist die Spirometrie nach Einschätzung der Leitliniengruppe eine breit verfügbare Untersuchung, die diesen Nachweis zuverlässig erlaubt. Daher spricht sie eine starke Empfehlung für die Lungenfunktionsprüfung mittels Spirometrie aus.

Für die Durchführung der Spirometrie sowie die Interpretation der gemessenen Lungenfunktionsparameter verweist die Leitliniengruppe auf die deutsche S2k-Leitlinie Spirometrie [\[1\]](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-017.html) ([www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-017.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-017.html)).

## Mit anderen Leitliniengruppen

### 2. Verständigung im Erstellungsprozess über gemeinsame Inhalte

#### Beispiel: Sauerstofftherapie

- S2k-LL LTOT parallel in der Entwicklung
- Autoren der S2k-LL auch in NVL-Gruppe
- Inhaltliche Abstimmung und formale Konsentierung gemeinsam erarbeiteter Inhalte
- Verweis nicht möglich da S2k-LL noch nicht erschienen
- Interaktion: Austausch zwischen LL-Gruppen, gemeinsames Verständigen auf Inhalte

Empfehlungen/Statements	Empfehlungsgrad
<p><b>4-15</b></p> <p>Patient*innen mit stabiler COPD und einer chronischen hypoxämischen respiratorischen Insuffizienz soll eine Langzeit-Sauerstofftherapie empfohlen werden bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• einem wiederholt gemessenem <math>pO_2 \leq 55\text{mmHg}</math> in Ruhe unter adäquater medikamentöser Therapie, oder</li> <li>• einem <math>pO_2 &gt; 55</math> und <math>\leq 60\text{mmHg}</math>, wenn zusätzlich eine sekundäre Polyglobulie (Hämatokrit <math>\geq 55\%</math>) und/oder ein Cor pulmonale mit und ohne Rechtsherzinsuffizienz vorliegen.</li> </ul>	
<p><b>4-16</b></p> <p>Die Indikation zur Verordnung einer Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT) soll geprüft werden, wenn in einer stabilen Krankheitsphase der Verdacht auf eine chronische Hypoxämie (pulsoxymetrische Sättigung in Ruhe <math>\leq 92\%</math>) besteht. Die alleinige Messung des <math>SpO_2</math> mittels Oxymetrie reicht zur Indikationsstellung einer LTOT nicht aus.</p>	



#### Rationale

Die Leitliniengruppe hat sich nach Prüfung im multidisziplinären Gremium dazu entschieden, die Empfehlung analog der S2k-Leitlinie zur Langzeit-Sauerstofftherapie  auszusprechen. Die identifizierte Evidenz unterstützt diese Formulierung.

## Mit anderen Leitliniengruppen

### 3. Teilen von Rechercheergebnissen und Evidenzaufbereitung

#### Beispiel: Tabakentwöhnung

- Zeitgleiche Erstellung S3-LL
- Bearbeitung identischer Themen mit etwas anderem Schwerpunkt (Population)
- Identisches methodisches Niveau
- Austausch Recherchen, Prüfen der Anwendbarkeit durch NVL-Gruppe
- Interaktion: Austausch mit Methodikern (über LL-Koordinator als Mitglied der NVL-Gruppe)

#### 3.3 E-Zigaretten



##### Stellenwert und Hintergrund

-

##### Evidenzbeschreibung

Um mögliche Effekte der E-Zigarette beschreiben zu können, wurde im Rahmen der Aktualisierung der S3-Leitlinie "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung" eine systematische Update-Recherche bezüglich der Nutzung von E-Zigaretten durchgeführt. [Die identifizierten Volltexte wurden der Arbeitsgruppe Tabakentwöhnung der NVL COPD zur Verfügung gestellt.](#) Es konnten keine Publikationen gefunden werden, welche die Wirkung der E-Zigaretten speziell bei Patient\*innen mit COPD untersuchten. Eine Grundlage für den Nutzen speziell bei Patient\*innen mit COPD liefern die Daten daher nicht.

# Mit anderen Fachgesellschaften

## Zusammenführung von Leitlinien

### Beispiel: Tabakentwöhnung bei COPD

- Aktualisierungsbedürftige S3-Leitlinie von 2013
- Koordinator Mitglied in NVL-Gruppe
- Fortführung als Kapitel der NVL COPD → Übernahme der Recherchen durch NVL-Gruppe
- Eigene Publikation des Kapitels „Tabakentwöhnung“ durch DGP in Fachorgan (in Vorbereitung)
- Interaktion: Formale Abstimmung mit FG, Beschluss durch Präsidium DGP

#### Leitlinie 020/005

#### Tabakentwöhnung bei COPD

##### S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

S. Andreas<sup>1</sup>, A. Batra<sup>2</sup>, J. Behr<sup>3</sup>, J.-F. Chenot<sup>4</sup>, A. Gillissen<sup>5</sup>, T. Hering<sup>6</sup>, F.J.F. Herth<sup>7</sup>, M. Kreuter<sup>8</sup>, R. Meierjürgen<sup>9</sup>, S. Mühlig<sup>10</sup>, D. Nowak<sup>11</sup>, M. Pfeifer<sup>12</sup>, T. Raupach<sup>13</sup>, K. Schultz<sup>14</sup>, H. Sitter<sup>15</sup>, J. W. Walther<sup>16</sup>, H. Worth<sup>16</sup>

<sup>1</sup> Lungenfachklinik Immenhausen, Immenhausen und Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen

<sup>2</sup> Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen

<sup>3</sup> Fachkliniken München-Gauting und Medizinische Klinik und Poliklinik V der Ludwig-Maximilians Universität München, München

<sup>4</sup> Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald

<sup>5</sup> Klinik für Lungen- und Bronchialmedizin, Klinikum Kassel, Kassel

<sup>6</sup> Facharztpraxis für Pneumologie, Berlin

<sup>7</sup> Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg, Translational Lung Research Center Heidelberg, Mitglied des DZL, Heidelberg

<sup>8</sup> Barmer GEK, Wuppertal

<sup>9</sup> Technische Universität Chemnitz, Chemnitz

<sup>10</sup> Ludwig-Maximilians-Universität München, München

<sup>11</sup> Lungenfachklinik Donaustauf und Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg

<sup>12</sup> Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen

<sup>13</sup> Klinik Bad Reichenhall

<sup>14</sup> Institut für Theoretische Chirurgie, Philipps-Universität Marburg, Marburg

<sup>15</sup> Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH, Ruhr-Universität Bochum, Bochum

<sup>16</sup> Klinikum Fürth, Fürth

Unter Mitwirkung der folgenden Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Institutionen:  
Wissenschaftlicher Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V., Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) e.V., Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Bundesverbandes der Pneumologen (BDP), Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V., Deutsche Atemwegsliga e.V.

Verabschiedet von den Vorständen der beteiligten Fachgesellschaften am 21.12.2013

##### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Stefan Andreas  
Lungenfachklinik Immenhausen, Krs. Kassel  
Robert-Koch-Straße 3, 34376 Immenhausen  
Gastprofessor Universitätsmedizin Göttingen  
Abteilung Kardiologie und Pneumologie

# Mit Evidenzerstellern

## Weiterführung von Recherchen

### Beispiel: Tabakentwöhnung bei COPD

- Cochrane Review (2016) als Grundlage der Empfehlung, aber: LL-Gruppe fand Suchzeitraum bis 2015 etwas alt
- Letztautor des Cochrane Reviews Mitglied der LL-Gruppe
- Cochrane-Autoren lassen ihre Suche noch einmal laufen und übermitteln Trefferliste
- ÄZQ screent, schließt ein und bewertet
- Interaktion: mit Cochrane Gruppe, gemeinsames Arbeiten an einer Recherche



#### Evidenzbeschreibung

Ein in der Recherche identifizierter Cochrane-Review [\[1\]](#) untersuchte die Wirksamkeit verhaltensbezogener und/oder pharmakologischer Maßnahmen zur Raucherentwöhnung bei rauchenden Patient\*innen mit COPD. Als primärer Endpunkt wurde der prozentuale Anteil der Teilnehmer\*innen erfasst, welcher dauerhaft oder über einen längeren Zeitraum ( $\geq 6$  Monate) abstinent war.

Wurde eine verhaltenstherapeutische Intervention mit einer üblichen medizinischen Versorgung (Usual Care) verglichen, so zeigte sich eine prolongierte Abstinenz nach 6 Monaten zu Gunsten der Verhaltenstherapie (44/1 000 vs. 2/1 000; RR 25,38 (95% KI 8,03; 80,22); 1 RCT, n = 3 562, Evidenzqualität moderat). Eine hochintensive verhaltenstherapeutische Maßnahme resultierte in verbesserten Abstinenzraten nach 6 Monaten im Vergleich zu Verhaltenstherapien mit niedriger Intensität (17/42 vs. 8/43; RR 2,18 (95% KI 1,05; 4,49); 1 RCT, n = 85, Verzerrungsrisiko (RoB) 4x niedrig/1x hoch/2x unklar).

Wenn eine Nikotinersatztherapie gegen Placebo untersucht wurde, so zeigte sich eine Risk Ratio von 2,6 nach 12 Monaten (95% KI 1,29; 5,24); 1 RCT, n = 370, Evidenzqualität hoch). Ähnliche Aussagen konnten zum Vergleich Nortriptylin vs. Placebo nach 6 Monaten hinsichtlich der längeren Abstinenz abgeleitet werden (RR 2,54 (95% KI 0,87, 7,44); 1 RCT, n = 100; Evidenzqualität niedrig). Vareniclin zeigt nach 12 Monaten ebenfalls eine Verbesserung der prolongierten Abstinenz (RR 3,34 (95% KI 1,88; 5,92); 1 RCT, n = 504; Evidenzqualität hoch). Für Bupropion vs. Placebo nach 6 Monaten ergab sich eine RR von 2,03 ((95% KI 1,26; 3,28); 2 RCTs, n = 503, Evidenzqualität moderat).

Verglich man die Kombination aus verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und pharmakologischen Verfahren im Allgemeinen gegen Placebo und Verhaltenstherapie, konnte eine verlängerte Abstinenz nach 6-12 Monaten dargestellt werden (168/1 000 vs. 66/1 000; RR 2,53 (95% KI 1,83; 3,50);  $I^2 = 0\%$ , 4 RCTs, n = 1 429, Evidenzqualität hoch).

Aufgrund klinischer und statistischer Heterogenität zwischen den Studien konnte keine Metaanalyse für eine Kombination aus Verhaltenstherapie und pharmakologischer Verfahren gegenüber anderen Kombinationen bzw. Usual Care durchgeführt werden. Alle Einzelstudien ergaben jedoch höhere Effekte hinsichtlich einer dauerhaften Abstinenz zu Gunsten der Kombinationstherapie (individuelle Risk Ratios der Einzelstudien: RR 4,10 (95% KI 3,36; 5,00); RR 2,22 (95% KI 1,06; 4,60); RR 1,91 (95% KI 0,65; 5,61); RR nicht beurteilbar).

Eine in Zusammenarbeit mit der Cochrane Airways Group durchgeführte systematische Update-Recherche ergab zwei zusätzliche RCTs [\[2\]](#), welche die Aussagen des Cochrane-Reviews [\[1\]](#) stützen.

## Exkurs: mit Institutionen im Gesundheitswesen

Hintergrund: NVL dienen häufig als Grundlage für die Ausgestaltung der DMP-Richtlinie

- Problem: G-BA sieht mit NVL-Disclaimer zum Urheberrechtsschutz ein rechtliches Problem, Texte und Abbildungen in die DMP-Richtlinie zu übernehmen
- Lösung: Erarbeitung eines Disclaimers, der die besondere Situation des G-BA spiegelt, damit sind Übernahmen aus der NVL wieder sicher
- Interaktion: langfristige Verständigung der Rechtsabteilungen von G-BA, AWMF und ÄZQ (KBV)

### Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der VersorgungsLeitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Nutzenden aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der pharmazeutischen Unternehmen zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall entsprechende Fachleute zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollen bitte im allgemeinen Interesse der NVL-Redaktion mitgeteilt werden.

Die Nutzenden selbst bleiben verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In dieser VersorgungsLeitlinie sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des ÄZQ unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des ÄZQ reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

Abweichend davon stimmen die Rechteinhaber\*innen der uneingeschränkten Nutzung ihrer für diese Leitlinie erstellten Abbildungen und Tabellen durch Dritte ausdrücklich zu. Insbesondere ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Nutzung gestattet, einschließlich der vollständigen oder teilweisen Aufnahme von Abbildungen und Tabellen in veränderter oder unveränderter Form in amtlichen Werken, wie den Richtlinien und Tragenden Gründen des Gemeinsamen Bundesausschusses, und deren Veröffentlichung, unter anderem im Bundesanzeiger und im Internet.

# Lessons learned

## Wer profitiert?

Leitliniengruppen untereinander:

- Vermeidung von Doppelarbeit und sinnvoller Einsatz von Ressourcen
- Qualifiziertes gegenseitiges Feedback kann Inhalte verbessern helfen
- Erhöhte Sichtbarkeit von Leitlinien
- Sicherung von Konsistenz fördert Akzeptanz und Implementierbarkeit von Leitlinien(empfehlungen)

Leitliniengruppen und Evidenzersteller:

- Vermeidung von Doppelarbeit und sinnvoller Einsatz von Ressourcen
- Implementierung und Impactverbesserung von Systematic Reviews
- Spezifisches Feedback aus Leitliniengruppen kann die klinische Relevanz von SR-Fragestellungen erhöhen und Anwendbarkeit verbessern
- Methodische Weiterentwicklung von LL-Gruppen durch Austausch mit Evidenzerstellern



# Probleme



## Förderliche Faktoren

- Transparenz über Ziele und Gründe für eine Kooperation
- Neugier auf andere Arbeitsweisen
- Respekt vor der Kompetenz der Kooperationspartner (Begegnung „auf Augenhöhe“)
- Geben & nehmen
- Transparente Darstellung der Kooperation und angemessene Anerkennung der Einzelleistungen
- Unmittelbarer persönlicher Kontakt, Kooperationspartner in Leitliniengruppe
- Raus aus den „Silos“

[schaefer@azq.de](mailto:schaefer@azq.de)

