Anlage 5
Versorgungsinhalte zur Behandlung von Asthma bronchiale

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Asthma zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen

Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale (ab dem vollendeten 1. Lebensjahr)

1 Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V)

1.1 Definition des Asthma bronchiale

Asthma bronchiale ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege, charakterisiert durch bronchiale Hyperreaktivität, variable Atemwegsobstruktion und typische Symptome. Es lassen sich verschiedene Asthmaformen (Phänotypen) unterscheiden, die durch charakteristische Merkmale gekennzeichnet sind und Auswirkung auf die Therapie haben können.

1.2 Diagnostik

Die Diagnostik des Asthma bronchiale basiert auf einer für die Erkrankung typischen Anamnese, ggf. dem Vorliegen charakteristischer Symptome, und dem Nachweis einer (partiell-)reversiblen Atemwegsobstruktion bzw. einer bronchialen Hyperreaktivität.

Eine gleichzeitige Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale und das DMP COPD ist nicht möglich.

Neben dem Asthma bronchiale kann eine COPD bestehen. In Abhängigkeit des Krankheitsverlaufs sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt abwägen, welche der beiden Diagnosen als vorrangig einzustufen ist. Demnach ist auch die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

Für die Abgrenzung der Krankheitsbilder Asthma bronchiale und COPD können die in nachfolgender Übersicht dargestellten typischen Merkmale als Orientierung dienen:

Tabelle 1: Unterscheidungskriterien zwischen Asthma bronchiale und COPD

Unterscheidungsmerkmale	Asthma bronchiale	COPD
ANAMNESE/SYMPTOME		
Erkrankungsbeginn	Häufig in Kindheit und Jugend	Im höheren Lebensalter
Tabakrauchen	Nicht ursächlich. Eventuell Verschlechterung durch Tabakrauch	Häufigste Ursache der Erkrankung
Hauptbeschwerden: Luftnot, Husten, Auswurf	Variierend, ggf. anfallsartig, häufig nächtliche Symptome, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen	Chronisch, insbesondere Belastungsdyspnoe, meist keine nächtlichen Symptome
Verlauf	Variabel, oft episodisch auftretend (z. B. saisonal/im Frühjahr)	In der Regel progredient

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	Ansprechen in der Regel nachweisbar	In der Dauertherapie meist kein Ansprechen

Bei Kleinkindern sind asthmatypische Symptome häufig. Ein Teil der Kinder verliert die Symptome bis zum Schulalter. Oft handelt es sich dabei um Kinder, deren asthmatypische Symptome lediglich im Rahmen von Infekten auftreten. Eine sichere Aussage darüber, ob auch noch im Schulalter die Einschreibekriterien für das DMP Asthma bronchiale erfüllt sind, ist bei Aufnahme in das Behandlungsprogramm nicht möglich. Entscheidend ist die Einschränkung der Lebensqualität durch das Asthma bronchiale zum Zeitpunkt der Einschreibung.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Nummer 3. Die Ärztin oder der Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Wiederholtes Auftreten folgender – entweder gemeinsam oder einzeln angegebener – Symptome: anfallsartige, oftmals nächtliche oder frühmorgendliche Atemnot; Brustenge; Husten mit oder ohne Auswurf, Selbstwahrnehmung von Atemgeräuschen wie Giemen und Pfeifen, insbesondere bei Allergenexposition, während oder nach körperlicher Belastung, bei Infekten, thermischen Reizen, Rauch- und Staubexposition,
- Variabilität der Symptome, oft auch abhängig von der Jahreszeit,
- Positive Familienanamnese (Allergie, Asthma bronchiale),
- Tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten,
- Berufsbedingte Auslöser: Haben Ärztinnen und Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 SGB VII anzuzeigen. Eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale ist bei einer anerkannten Berufskrankheit nicht möglich.
- Komorbiditäten: u. a. chronische Rhinosinusitis, gesteigerter gastroösophagealer Reflux, Adipositas, Angstzustände und Depression.

Die körperliche Untersuchung zielt ab auf den Nachweis von Zeichen einer bronchialen Obstruktion, die aber auch fehlen können.

1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

Die Basisdiagnostik umfasst die Messung der Atemwegsobstruktion, ihrer Reversibilität und Variabilität. Die Lungenfunktionsdiagnostik dient somit der Sicherung der Diagnose, der differenzialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen obstruktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten sowie zur Verlaufs- und Therapiekontrolle.

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung sind das Vorliegen einer aktuellen asthmatypischen Anamnese gemäß Nummer 1.2.1 und das Vorliegen mindestens eines der folgenden Kriterien aus Untersuchungen der letzten 12 Monate erforderlich:

Bei Erwachsenen:

- Nachweis der Obstruktion anhand der Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) für die FEV_1/FVC oder mittels FEV_1/FVC kleiner 70 %

  Statt des fixierten Grenzwertes von FEV_1/FVC kleiner 70 % zur Charakterisierung der Obstruktion können die neueren Sollwerte der GLI eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von FEV_1/FVC berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64-Faches der Streuung).
- Nachweis der (Teil-)Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 12 % gegenüber dem Ausgangswert und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV_1 um mindestens 12 % gegenüber dem Ausgangswert und mindestens 200 ml nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden,
- Zur Sicherung der Diagnose bei asthmatypischen Symptomen, aber normaler Lungenfunktion: Nachweis einer bronchialen Hyperreaktivität durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Im Alter von 5 bis 17 Jahren:

- Nachweis der Obstruktion anhand der Sollwerte der GLI für die FEV_1/FVC oder mittels FEV_1/FVC kleiner 75 %

  Statt des fixierten Grenzwertes von FEV_1/FVC kleiner 75 % zur Charakterisierung der Obstruktion können die neueren Sollwerte der GLI eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von FEV_1/FVC berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64-Faches der Streuung).
- Nachweis der (Teil-)Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 12 % gegenüber dem Ausgangswert nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
- Zunahme der FEV_1 um mindestens 12 % gegenüber dem Ausgangswert nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden,
- Zur Sicherung der Diagnose bei asthmatypischen Symptomen, aber normaler Lungenfunktion: Nachweis einer bronchialen Hyperreaktivität durch einen unspezifischen, standardisierten, nicht-inhalativen oder durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Kinder im Alter von 1 bis 5 Jahren:

Für Klein- und Vorschulkinder, bei denen eine valide Lungenfunktion noch nicht durchführbar ist, müssen für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung die folgenden Kriterien erfüllt sein:

- größer gleich drei asthmatypische Episoden im letzten Jahr und
- Ansprechen der Symptome auf einen Therapieversuch mit antiasthmatischen Medikamenten

und mindestens eines der folgenden Zusatzkriterien:

- Giemen/Pfeifen unabhängig von Infekten, insbesondere bei körperlicher Anstrengung,
- stationärer Aufenthalt wegen obstruktiver Atemwegssymptome,
- atopische Erkrankung des Kindes,
- Nachweis einer Sensibilisierung,
- Asthma bronchiale bei Eltern oder Geschwistern.

Die Diagnose gilt auch als gestellt, wenn die Einschreibekriterien entsprechend denen für Kinder ab fünf Jahren erfüllt werden.

1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik

Nach Sicherung der Diagnose Asthma bronchiale soll bei Verdacht auf eine allergische Genese eine allergologische Stufendiagnostik durchgeführt werden.

Die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung soll durch

- eine allergologisch qualifizierte und pneumologisch kompetente Ärztin bzw. einen allergologisch qualifizierten und pneumologisch kompetenten Arzt oder
- eine allergologisch und pneumologisch qualifizierte Ärztin bzw. einen allergologisch und pneumologisch qualifizierten Arzt

erfolgen.

1.3 Therapieziele

Die Therapie dient insbesondere der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken.

Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten anzustreben:

a) bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität Vermeidung/Reduktion
   - von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
   - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
   - einer Progredienz der Krankheit,
   - von unerwünschten Wirkungen der Therapie,
   - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,

b) Reduktion der Asthma-bedingten Letalität,

c) adäquate Behandlung von Komorbiditäten,

d) das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

1.4 Differenzierte Therapieplanung

Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen; dabei ist auch das Vorliegen von Phänotypen, Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) und Komorbiditäten (z. B. Rhinosinusitis) zu berücksichtigen.

Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen.

Bei Kindern im Alter von ein bis fünf Jahren ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die Einschreibung der Kontrolle der Beschwerden dient, aber noch keine endgültige Aussage über den weiteren Verlauf der Krankheitssymptome zulässt. Unter Berücksichtigung der individuellen Konstellation soll auf die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung der Erkrankung hingewiesen werden. Entsprechend ist mindestens einmal jährlich eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale aufgrund veränderter Symptome zu überprüfen.

1.4.1 Asthmakontrolle

Das Konzept der Asthmakontrolle beschreibt die Beeinträchtigung der oder des Erkrankten durch das Asthma bronchiale. Dieses Konzept umfasst die Symptomkontrolle sowie die Risikoabschätzung zukünftiger unerwünschter Auswirkungen des Asthma bronchiale und der Therapie (Häufigkeit von Exazerbationen, Auftreten einer durch Medikamente nicht reversiblen, fixierten Obstruktion, unerwünschte Wirkungen der Asthma-Medikation).

Die Beurteilung der Symptomkontrolle erfolgt anhand der Häufigkeit von Asthmasymptomen am Tage und in der Nacht, der Häufigkeit der Nutzung der Bedarfsmedikation sowie der Einschränkung der körperlichen Aktivität.

Mit den in den folgenden Tabellen genannten Kriterien kann die Güte der Asthmakontrolle, über die die medikamentöse Therapie gesteuert wird, in „kontrolliert“, „teilweise kontrolliert“ und „unkontrolliert“ eingeteilt werden. Bezugszeitraum sind jeweils die letzten 4 Wochen.

Tabelle 2: Grade der Asthmakontrolle bei Erwachsenen

Grad der Asthmakontrolle (Angaben aus den letzten 4 Wochen)	kontrolliert	teilweise kontrolliert	unkontrolliert
Kriterium	alle Kriterien erfüllt	1 bis 2 Kriterien erfüllt	mindestens 3 der 4 Kriterien des teilweise kontrollierten Asthmas erfüllt
Symptome am Tage	≤ 2-mal/Woche	> 2-mal/Woche	> als 2-mal/Woche
Nächtliche Symptome	Keine	Vorhanden	Vorhanden
Einschränkung der Alltagsaktivitäten	Keine	Vorhanden	Vorhanden
Einsatz der Bedarfsmedikation[1]	≤ 2-mal/Woche	> 2-mal/Woche	> 2-mal/Woche

[1] Ohne den prophylaktischen Einsatz vor geplanter sportlicher Betätigung

Tabelle 3: Grade der Asthmakontrolle bei Kindern und Jugendlichen

Grad der Asthmakontrolle (Angaben aus den letzten 4 Wochen)	kontrolliert	teilweise kontrolliert	unkontrolliert
Kriterium	alle Kriterien erfüllt	1 bis 2 Kriterien erfüllt	mindestens 3 der 4 Kriterien erfüllt
Symptome am Tage	< 1-mal/Woche	≥ 1-mal/Woche	≥ 1-mal/Woche
Nächtliche Symptome	Keine	Vorhanden	Vorhanden
Einschränkung der Alltagsaktivitäten	Keine	Vorhanden	Vorhanden
Einsatz der Bedarfsmedikation[1]	< 1-mal/Woche	≥ 1-mal/Woche	≥ 1-mal/Woche

Darüber hinaus sollen für die Therapiesteuerung auch die aktuellen Ergebnisse der Lungenfunktionsprüfung und die Häufigkeit von Exazerbationen innerhalb der letzten 12 Monate berücksichtigt werden. Hinweise auf ein teilweise kontrolliertes Asthma bronchiale oder unkontrolliertes Asthma bronchiale sind auch gegeben, wenn die Lungenfunktion eingeschränkt ist oder mindestens eine Exazerbation innerhalb der letzten zwölf Monate aufgetreten ist.

Die Asthmakontrolle beruht somit auf klinisch leicht zu erfassenden Parametern und ist für die langfristige Verlaufskontrolle geeignet und bildet die Grundlage der medikamentösen Therapie (-Anpassungen) gemäß Nummer 1.5.9.

1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

Die Frequenz der Kontrolluntersuchungen orientiert sich an der medizinischen Notwendigkeit und der Schwere des Krankheitsbildes.

Folgende Untersuchungen und Maßnahmen sollten bei jedem Patientenkontakt durchgeführt werden:

- Anamnese und Abschätzung des Kontrollgrades, gegebenenfalls mit Prüfung der Asthmatagebücher/PEF-Protokolle („Peak Expiratory Flow“),
- Körperliche Untersuchung (Auskultation),
- Prüfung von Medikation und Begleitmedikation, Medikamenten- und Notfallplan,
- Prüfung der Inhalationstechnik, gegebenenfalls Einleitung von Schulungsmaßnahmen,
- Prüfung der Therapieadhärenz,
- Entscheidung über Weiterführung, Steigerung oder Absenkung der Dosis inhalativer Glukokortikosteroide,
- Entscheidung über eventuell notwendige weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen nach Nummer 1.6.2,
- Entscheidung über das zukünftige Kontrollintervall.

Die Dokumentation im Rahmen dieser Richtlinie erfolgt in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten vierteljährlich oder halbjährlich.

Unabhängig vom Kontrollintervall soll ab der Vollendung des 5. Lebensjahres mindestens einmal pro Jahr eine Lungenfunktionsmessung durchgeführt und dokumentiert werden (Fluss/Volumen-Kurve).

1.4.3 Selbstmanagement

Für ein effektives Selbstmanagement benötigt die Patientin oder der Patient folgende Fähigkeiten und Inhalte, die insbesondere im Rahmen von Schulungen vermittelt und vertieft werden:

- ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser (Allergien und/oder Triggerfaktoren),
- Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der Krankheitsverschlechterung (z. B. mittels Peak-flow-Protokollierung),
- einen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin erstellten individuellen Selbst managementplan,
- eine korrekte Inhalationstechnik,
- Erlernen von Selbsthilfetechniken zur Linderung der Atemnot (z. B. atmungserleichternde Körperstellung, dosierte Lippenbremse).

Die digitale medizinische Anwendung „Propeller Health“ kann eine geeignete Möglichkeit zur Unterstützung von Aspekten des Selbstmanagements (z. B. durch Erinnerung an die Einnahme der inhalativen Medikation sowie deren digitaler Erfassung) darstellen.

1.4.4 Weitere Maßnahmen bei Jugendlichen

Bei pädiatrisch betreuten Jugendlichen sollen rechtzeitig Maßnahmen zur Transition in die Erwachsenenmedizin erwogen werden.

Zudem soll bei Jugendlichen mit Asthma bronchiale die anstehende Berufswahl thematisiert werden, um sie und ihre Angehörigen bei der Berufswahl dafür zu sensibilisieren, dass es Berufe gibt, die weniger geeignet für Patientinnen und Patienten mit Asthma sind.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll die Patientin oder den Patienten insbesondere hinweisen auf:

– relevante Allergene und deren Vermeidung,

- sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen) und Möglichkeiten zur Vermeidung,
- Bedeutung von emotionaler Belastung,
- Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des Asthma bronchiale führen können.

Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens und des Passivrauchens bei Asthma bronchiale auf, verbunden mit den folgenden spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben:

- Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden.
- Raucherinnen und Raucher sollten in einer klaren und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es ist festzustellen, ob die Raucherin oder der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse, insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung und geeignete, von der Patientin oder dem Patienten selbst zu tragende Medikamente.
- Jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten.
- Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.
- Nicht entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher sollen zum Rauchverzicht motiviert werden.
- Die Betreuungspersonen sollen über die Risiken des Passivrauchens für asthmakranke Kinder und die Notwendigkeit einer rauchfreien Umgebung informiert werden.

1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

Jede Patientin und jeder Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten.

Die Schulung dient insbesondere der Einübung und Vertiefung eines adäquaten Selbstmanagements, z. B. durch ein Grundverständnis der Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser, und der Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der Krankheitsverschlechterung.

Im Übrigen gelten die in § 4 genannten Anforderungen. Bei jeder Vorstellung des Patienten und der Patientin soll im Falle einer noch nicht erfolgten Schulung geprüft werden, ob eine Schulung empfohlen werden soll.

1.5.3 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)

Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemtherapie ist ein ergänzender Teil der nicht-medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale. In geeigneten Fällen (z. B. bei Koinzidenz von Asthma bronchiale und dysfunktionaler Atmung) kann daher die Ärztin oder der Arzt Krankengymnastik-Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinie verordnen.

1.5.4 Körperliche Aktivitäten

Körperliche Aktivität kann zu einer Verringerung der Asthma-Symptomatik und zur Verbesserung von Belastbarkeit und Lebensqualität beitragen.

Daher sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass die Patientin oder der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der körperlichen

Aktivität ergreift und ggf. zur Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen motiviert wird (z. B. im Rahmen ambulanter Rehabilitationssportgruppen).

Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal jährlich überprüft werden. Insbesondere sollte darauf hingewirkt werden, dass Schulkinder mit Asthma bronchiale unter Berücksichtigung der individuellen und aktuellen Leistungsfähigkeit regelmäßig am Schulsport teilnehmen.

1.5.5 Rehabilitation

Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist eine interdisziplinäre und multimodale Maßnahme, bei der Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale darin unterstützt werden, ihre individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen oder aufrechtzuerhalten, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder zu vermindern oder die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, um somit ihre selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation verfolgt das Ziel, die durch ein Asthma bronchiale resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe oder Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden, zu vermindern oder ihnen entgegenzuwirken.

Die Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten, auch des Kind- und Jugendalters, mit Asthma bronchiale sein.

Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung ist gemäß Nummer 1.6.4 individuell und frühzeitig zu beurteilen.

1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

Aufgrund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale ist durch die Ärztin oder den Arzt zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen (z. B. verhaltenstherapeutischen) und/oder psychiatrischen Behandlungen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

1.5.7 Somatische Komorbiditäten

Erkrankung der oberen Atemwege:

Häufige und bedeutsame Komorbiditäten des Asthma bronchiale sind Rhinosinusitis, Polyposis nasi, zusätzlich bei Kindern Pseudokrupp und adenoide Vegetationen. Da diese das Asthma bronchiale ungünstig beeinflussen können, kommt ihrer frühzeitigen Diagnostik und adäquaten Therapie große Bedeutung zu.

Adipositas:

Asthma bronchiale wird häufiger bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten angetroffen als bei normalgewichtigen Personen. Die Adipositas kann zu Atemnot und Giemen von Asthmakranken beitragen. Daher sollte bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten eine Gewichtsreduktion angestrebt werden.

Gastroösophageale Refluxkrankheit:

Der gesteigerte gastroösophageale Reflux wird bei Asthmatikern häufiger als bei lungengesunden Personen angetroffen. Er kann trockenen Husten verursachen. Er sollte deshalb in der Verlaufskontrolle sowie in der Differenzialdiagnostik des Asthma bronchiale berücksichtigt werden. Eine medikamentöse Behandlung sollte allerdings nur bei Vorliegen von Refluxbeschwerden (Sodbrennen, saures Aufstoßen) erfolgen.

1.5.8 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, bei denen auf Grund von Multimorbidität oder der Komplexität sowie der Schwere der Erkrankung die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements von besonderer Bedeutung:

Die Ärztin oder der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich sämtliche von der Patientin oder dem Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden.

Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach § 31a SGB V informiert.

Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (eGFR) überwacht werden. Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.

1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen

Zur medikamentösen Therapie sind mit der Patientin oder dem Patienten ein individueller Therapieplan zu erstellen und Maßnahmen zum Selbstmanagement zu erarbeiten (siehe auch strukturierte Schulungsprogramme, Nummer 4).

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. Dabei sollen diejenigen Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen oder Kombinationen bevorzugt werden, die diesbezüglich den größten Nutzen erbringen.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirksamkeitsbelege bezüglich der in Nummer 1.3 genannten Therapieziele vorliegen.

In der Inhalationstherapie ist nur die im Bronchialsystem deponierte Medikamentenmenge wirksam. Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege, dem Atemmuster, der Partikelgröße und dem jeweiligen Applikationssystem. Es sollte daher das Applikationssystem und die Instruktion bezüglich der Anwendung individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten (insbesondere Alter und Koordination) angepasst werden. Bei Kleinkindern und Vorschulkindern sollten Treibgasdosieraerosole mit Spacer bevorzugt werden. Eine Gesichtsmaske soll nur so lange angewendet werden, bis das Kind durch das Mundstück eines Spacers atmen kann.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, bei Verwendung mehrerer inhalativer Medikamente bei allen Präparaten nach Möglichkeit das gleiche Applikationssystem einzusetzen. Nach einer initialen Einweisung in die Applikationstechnik sollte diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden. Bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein Wechsel des Applikationssystems absehbar Probleme bereiten wird, kann unter Dokumentation der besonderen Gründe im Einzelfall bei der Verordnung die Substitution durch Setzen des Aut-idem-Kreuzes ausgeschlossen werden.

In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika (Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika (Medikamente, die bei Bedarf, z. B. zur Behandlung von akuten Symptomen, z. B. Atemnot und insbesondere bei Asthma-Anfällen eingesetzt werden) unterschieden.

Die medikamentöse Therapie von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale soll nach einem Stufenplan für Erwachsene (Stufen 1-5) oder Kinder und Jugendliche (Stufen 1-6) erfolgen.

Bei bisher medikamentös unbehandelten Patientinnen und Patienten ergibt sich die Einordnung in eine konkrete Stufe gemäß der in Nummer 1.4.1 aufgeführten Kriterien zur Asthmakontrolle.

Liegen bei bisher medikamentös unbehandelten Patientinnen und Patienten die Kriterien eines „teilweise kontrollierten“ Asthmas vor, soll die medikamentöse Therapie in der Regel auf Stufe 2 des Stufenschemas begonnen werden. Liegen die Kriterien eines „unkontrollierten“ Asthmas vor, sollte die medikamentöse Therapie mindestens auf Stufe 3 begonnen werden.

Bei bereits medikamentös behandelten Patientinnen und Patienten ist eine Reduktion („Herabstufung“) oder Intensivierung („Hochstufung“) der Therapie anhand des Stufenplans zu prüfen.

Das Asthma soll vor einer Reduktion der Therapie mindestens drei Monate kontrolliert sein. Dies gilt insbesondere für eine Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden. Bei unzureichender Asthma-Kontrolle sollte vor einer Intensivierung der medikamentösen Therapie immer versucht werden, die folgenden Fragen abzuklären:

- Wurden die verordneten Medikamente angewendet?
- Wurden sie richtig angewendet?
- Haben sich die Risikofaktoren verändert? (Auslöser, Komorbiditäten, Interaktion mit weiteren Medikationen)
- Ist die Diagnose Asthma bronchiale korrekt?
- Besteht (erneuter) Bedarf an einer strukturierten Asthmaschulung?

Besteht nach Abklärung weiterhin ein „teilweise kontrolliertes“ Asthma, ist eine Intensivierung der Behandlung zu erwägen. Liegt nach Abklärung weiterhin ein „unkontrolliertes“ Asthma vor, soll eine Intensivierung der medikamentösen Therapie erfolgen.

1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene

Eine Bedarfsmedikation soll in jeder Therapiestufe bei akuten asthmatypischen Beschwerden eingesetzt werden. Zur Dauertherapie sollen inhalative Glukokortikosteroide (ICS) als Basistherapie ab Stufe 2 eingesetzt werden.

Stufe 1

Bei geringgradigen, selten auftretenden Beschwerden kann eine Bedarfstherapie mit kurz wirkenden SABA ausreichend sein. Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden.

Stufe 2

Zusätzlich zur Bedarfstherapie mit SABA soll ein niedrigdosiertes ICS als Dauertherapie eingesetzt werden.

Stufe 3

Als Dauertherapie soll bevorzugt eine Kombination aus einem niedrigdosierten ICS und einem lang wirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (LABA) eingesetzt werden. Alternativ kann als Dauertherapie auch ein ICS in mittlerer Dosis eingesetzt werden. In begründeten Fällen kann das ICS anstelle des LABA auch mit einem lang wirkenden Anticholinergikum (LAMA) kombiniert werden. Sofern eine Kombinationstherapie von ICS und LABA nicht in Betracht kommt, kann in begründeten Fällen als Dauertherapie auch ein kombinierter Einsatz von ICS mit einem Leukotrienrezeptorantagonisten (LTRA; Montelukast) bei Patientinnen und Patienten bis zu einem mittelgradig persistierenden Asthma bronchiale erfolgen. Die Bedarfstherapie kann entweder mit einem SABA erfolgen oder mit einer Kombination aus ICS und dem schnell wirkenden LABA Formoterol bei Patientinnen und Patienten, bei denen diese Wirkstoffe auch im Rahmen der Dauertherapie eingesetzt werden.

Stufe 4

Als Dauertherapie soll bevorzugt eine Kombination aus einem mittel- bis hochdosierten ICS und einem LABA eingesetzt werden. Als zweite Wahl der Dauertherapie kann diese Kombination mit LAMA ergänzt werden.

Sofern eine Kombinationstherapie von ICS und LABA nicht in Betracht kommt, kann in begründeten Fällen als Dauertherapie auch ein kombinierter Einsatz von ICS mit einem Leukotrienantagonisten (LTRA; Montelukast) bei Patientinnen und Patienten bis zu einem mittelgradig persistierenden Asthma bronchiale erfolgen.

Die Bedarfstherapie kann entweder mit SABA erfolgen oder mit einer Kombination aus ICS und dem schnell wirkenden LABA Formoterol bei Patientinnen und Patienten, bei denen ICS und Formoterol auch im Rahmen der Dauertherapie eingesetzt werden.

Stufe 5

Als Dauertherapie soll ein ICS in Höchstdosis in Kombination mit LABA und LAMA eingesetzt werden. Die Indikation zur Therapie mit individuell geeigneten monoklonalen Antikörpern ist bei schwerem Asthma bronchiale zu erwägen, wenn mit der Kombinationstherapie nach drei Monaten keine Asthmakontrolle erreicht wird. Hierfür soll eine Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen. Die Gabe von oralen Glukokortikosteroiden ist eine nachrangige Therapieoption.

Die Bedarfstherapie kann entweder mit einem SABA erfolgen oder mit einer Kombination aus dem ICS und dem schnell wirkenden LABA Formoterol bei Patientinnen und Patienten, bei denen diese Wirkstoffe auch im Rahmen der Dauertherapie eingesetzt werden.

Die folgende Tabelle stellt eine Übersicht der bevorzugten Empfehlungen in den jeweiligen Behandlungsstufen dar.

Tabelle 4: Medikamentöses Stufenschema Asthma-Therapie: Erwachsene

<table>
<tr><th>Stufe</th><th>Bedarfstherapie</th><th>Dauertherapie</th></tr>
<tr><td>Stufe 1</td><td rowspan="2">SABA</td><td>Keine

Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden.</td></tr>
<tr><td>Stufe 2</td><td>ICS niedrigdosiert</td></tr>
<tr><td>Stufe 3</td><td rowspan="3">SABA
oder
ICS – Formoterol
(wenn Teil der Dauertherapie)</td><td>ICS niedrigdosiert + LABA (1. Wahl)
oder
ICS mitteldosiert</td></tr>
<tr><td>Stufe 4</td><td>ICS mittel- bis hochdosiert + LABA (1. Wahl)
oder
ICS mittel- bis hochdosiert + LABA + LAMA</td></tr>
<tr><td>Stufe 5</td><td>ICS Höchstdosis + LABA + LAMA
Bei unzureichender Kontrolle:
Überweisung zur qualifizierten fachärztlichen Ebene:
Zur Indikationsstellung und ggf. Therapie mit geeigneten monoklonalen Antikörpern
Nachrangig: OCS</td></tr>
</table>

(In der Tabelle verwendete Abkürzungen: ICS: Inhalative Glukokortikosteroide, LABA: Lang wirkende Beta-2-Sympathomimetika, LAMA: Lang wirkende Anticholinergika, LTRA: Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten, SABA: Kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika, OCS: Orale Glukokortikosteroide)

1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Eine Bedarfsmedikation soll in jeder Therapiestufe bei akuten asthmatypischen Beschwerden eingesetzt werden und vorrangig mit einem kurz wirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) erfolgen. In begründeten Fällen kann Ipratropiumbromid alternativ oder zusätzlich zum SABA gegeben werden.

Zur Dauertherapie sollen inhalative Kortikosteroide (ICS) als Basistherapie ab Stufe 2 eingesetzt werden. Die medikamentöse Dauertherapie soll so angepasst werden, dass alle Alltagsaktivitäten ohne Bedarfsmedikation möglich sind. Bei der Verordnung sind die altersabhängigen Zulassungseinschränkungen zu berücksichtigen.

Stufe 1

Bei geringgradigen, selten auftretenden Beschwerden kann eine Bedarfstherapie mit kurz wirkenden Beta-2-Sympathomimetika (SABA) ausreichend sein. Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden.

Stufe 2

Zusätzlich zur Bedarfstherapie mit SABA soll ein niedrigdosiertes ICS als Dauertherapie eingesetzt werden. In begründeten Fällen kann alternativ als Dauertherapie der Einsatz eines Leukotrienrezeptorantagonisten (LTRA; Montelukast) erfolgen.

Stufe 3

Zusätzlich zur Bedarfstherapie mit SABA soll als Dauertherapie in Stufe 3 ein mitteldosiertes ICS als Monotherapie angewandt werden.

Stufe 4

Als Dauertherapie soll in Stufe 4 eine Kombinationstherapie aus einem mitteldosierten ICS und einem lang wirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (LABA) oder/und LTRA (Montelukast) eingesetzt werden. In begründeten Fällen kann zusätzlich zur Kombination aus mitteldosiertem ICS, LABA und LTRA ein lang wirkendes Anticholinergikum (LAMA; Tiotropium) eingesetzt werden.

Die Bedarfstherapie kann entweder mit SABA erfolgen oder ab dem vollendeten 12. Lebensjahr mit einer Kombination aus ICS und dem schnell wirkenden LABA Formoterol, sofern diese Wirkstoffe auch im Rahmen der Langzeittherapie eingesetzt werden.

Bei einem ab Stufe 4 nicht ausreichend kontrollierten Asthma soll eine Überweisung zu einer pädiatrischen Pneumologin oder zu einem pädiatrischen Pneumologen oder in ein kinderpneumologisches Zentrum erfolgen, um weitere therapeutische Optionen zu erwägen. Die Indikationsstellung und Initiierung einer Behandlung mit monoklonalen Antikörpern soll bei Kindern und Jugendlichen durch in der Versorgung von schwerem Asthma erfahrene pädiatrische Pneumologinnen oder pädiatrische Pneumologen erfolgen. Die Gabe von oralen Glukokortikosteroiden ist eine nachrangige Therapieoption.

Die folgende Tabelle stellt eine Übersicht der bevorzugten Empfehlungen in den jeweiligen Behandlungsstufen dar.

Tabelle 5: Medikamentöses Stufenschema Asthma-Therapie: Kinder und Jugendliche

<table>
<tr><th>Stufe</th><th>Bedarfstherapie</th><th>Dauertherapie</th></tr>
<tr><td>Stufe 1</td><td rowspan="3">SABA**</td><td>Keine

Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden.</td></tr>
<tr><td>Stufe 2</td><td>ICS niedrigdosiert (1. Wahl)
oder
LTRA*</td></tr>
<tr><td>Stufe 3</td><td>ICS mitteldosiert</td></tr>
<tr><td>Stufe 4</td><td rowspan="3">SABA**
oder
ICS – Formoterol
ab dem vollendeten 12. Lebensjahr
(wenn auch Teil der Langzeittherapie)</td><td>ICS mitteldosiert + LABA
oder
ICS mitteldosiert + LTRA
oder
ICS mitteldosiert * LABA +LTRA

Bei unzureichender Kontrolle:
ICS mitteldosiert + LABA + LTRA + LAMA*** (Tiotropium)</td></tr>
<tr><td>Stufe 5</td><td>Bei einem ab Stufe 4 nicht ausreichend kontrollierten Asthma Überweisung zu einer pädiatrischen Pneumologin/zu einem pädiatrischen Pneumologen oder in ein kinderpneumologisches Zentrum, um weitere therapeutische Optionen (wie eine hohe ICS-Dosis) zu erwägen.</td></tr>
<tr><td>Stufe 6</td><td>Zusätzlich zu Stufe 5
Geeignete monoklonale Antikörper
(wenn Indikation es erlaubt)
Nachrangig: OCS</td></tr>
</table>

* Als Monotherapie nur zugelassen vom vollendeten 2. bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.
** Alternativ kann in begründeten Fällen zusätzlich oder alternativ Ipratropiumbromid gegeben werden.
*** Zulassung für Tiotropium ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.

(In der Tabelle verwendete Abkürzungen: ICS: Inhalative Kortikosteroide, LABA: Lang wirkende Beta-2-Sympathomimetika, LAMA: Lang wirkende Anticholinergika, LTRA: Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten, SABA: Kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika, OCS: Orale Glukokortikosteroide)

1.5.9.3 Therapie der Exazerbation

Vorrangig sollen bei einer akuten Verschlechterung die individuellen Bedarfsmedikamente gemäß Stufenschema eingesetzt werden.

Bei unzureichendem Ansprechen kommen in Betracht:

- der kurzfristige Einsatz oraler Glukokortikosteroide (maximal bis zu 2 Wochen). In der Regel ist bei Kindern ein Einsatz für drei bis fünf Tage, bei Erwachsenen für fünf bis sieben Tage ausreichend.
- kurz wirkende Anticholinergika

Die Asthma-Exazerbation kann durch Infekte, Allergenexposition, Medikamentenunverträglichkeit, irritativ-toxische Ursachen sowie körperliche Belastung hervorgerufen werden. Die Gabe von Antibiotika ist bei der Asthma-Exazerbation in der Regel nicht indiziert.

1.5.9.4 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung

Bei Vorliegen eines allergischen Asthma bronchiale sind zeitnah zur Erstdiagnose die Möglichkeiten einer Allergenkarenz und die Indikation zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie zu prüfen. Auch im Verlauf eines behandelten Asthma bronchiale soll neben der Allergenkarenz die Indikation zur spezifischen Immuntherapie geprüft werden.

1.5.9.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft

Die medikamentöse Langzeittherapie und die Bedarfstherapie des Asthma bronchiale sollen mit dem Ziel einer guten Asthmakontrolle während der Schwangerschaft in der Regel in der gewohnten Weise fortgeführt werden. Hierüber soll mit Blick auf die Bedeutung und Sicherheit der Fortführung der medikamentösen Therapie zu Beginn einer Schwangerschaft beraten werden.

1.5.9.6 Schutzimpfungen

Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale sollen Schutzimpfungen nach Maßgabe der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (SI-RL) in der jeweils geltenden Fassung empfohlen werden.

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Asthma bronchiale erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Asthma bronchiale eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin oder einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.6.2 sind von der gewählten Ärztin oder dem gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und/oder zur erweiterten Diagnostik von Patientinnen und Patienten zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen:

- bei schwerem unkontrollierten Asthma bronchiale,
- zur Überprüfung der Indikation einer Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden,
- bei Verschlechterung der Asthma bronchiale in der Schwangerschaft,
- bei Einleitung einer Therapie mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper, Anti-IL-5-Antikörper),
- bei Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale.

Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen werden:

- bei fehlender Asthmakontrolle trotz Basistherapie und leitliniengerechter Therapieintensivierung,
- bei Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinosinusitis, rezidivierender Pseudokrupp),
- zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer spezifischen Immuntherapie bei allergischem Asthma bronchiale.

Im Übrigen entscheidet die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der Fachärztin oder des Facharztes oder der qualifizierten Einrichtung befinden, hat diese bzw. dieser bei einer Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob die weitere Behandlung durch die Hausärztin oder den Hausarzt möglich ist.

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

Indikationen zur sofortigen stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patienten (Erwachsene und Kinder/Jugendliche) unter folgenden Bedingungen:

a) Verdacht auf lebensbedrohlichen Anfall,
b) schwerer, trotz initialer Behandlung persistierender Anfall.

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

a) bei Erwachsenen:
   - Absinken des Peakflows unter ca. 30 % des persönlichen Bestwertes bzw. unter 100 l/min,
   - deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung,
   - Atemfrequenz von mehr als ca. 25 pro Minute,
   - Sprech-Dyspnoe,
   - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
b) bei Kindern und Jugendlichen:
   - Absinken des Peakflows unter ca. 50 % des persönlichen Bestwertes,
   - fehlendes Ansprechen auf kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika,
   - deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung,
   - Sprech-Dyspnoe,
   - Einsatz der Atemhilfsmuskulatur,
   - deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz,
   - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
c) bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,
d) bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen Kindes.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. Dabei sind die Schwere des Asthma bronchiale, ggf. bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die psychosoziale Belastung zu beachten. Insbesondere soll bei erwachsenen Patientinnen und Patienten vor der Behandlung in Stufe 5 (gemäß Nummer 1.5.9.1) die Indikation zu einer Rehabilitation geprüft werden, bei Kindern und Jugendlichen vor der Behandlung in Stufe 5 sowie Stufe 6 (gemäß Nummer 1.5.9.2) die Indikation zu einer stationären Rehabilitation.

Bei Kindern und Jugendlichen ist eine Rehabilitationsmaßnahme außerdem zu erwägen bei krankheitsbedingt drohender Leistungs- und Entwicklungsstörung.

2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V)

Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt.

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Laufende Nummer	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
2	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit unkontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit unkontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
3	Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale bzw. deren Betreuungspersonen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (bzw. deren Betreuungspersonen), die an einer empfohlenen Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, denen eine Schulung empfohlen wurde
4	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Asthma bronchiale mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
5	Niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlungen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlung des Asthma in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale mit Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der ungeplanten, auch notfallmäßigen (ambulant und stationär) ärztlichen Behandlungen
6	Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
7	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationszeitraum die Inhalationstechnik überprüft wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit inhalativer Medikation
8	Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Niedriger Anteil	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-

Laufende Nummer	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
	einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika	Sympathomimetika erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
9	Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	1. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer 2. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben
10	Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen ab dem vollendeten 5. Lebensjahr: Hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentiertem FEV_1-Wert	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV_1-Wert in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das 5. Lebensjahr vollendet haben

3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose des Asthma bronchiale gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser Richtlinie geregelt.

Die Ausführungen in § 3 dieser Richtlinie gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer aktuellen oder längstens zwölf Monate zurückliegenden asthmatypischen Anamnese gemäß Nummer 1.2.1 und das Vorliegen mindestens eines der in Nummer 1.2.2 genannten Kriterien erforderlich. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als zwölf Monate sein.

Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, die aktuell unter Regelmedikation stehen, können eingeschrieben werden, wenn die Diagnose vor Therapiebeginn wie in Nummer 1.2.2 gestellt wurde und eine asthmatypische Anamnese aus dem Zeitraum der letzten zwölf Monate vor Einschreibung vorliegt.

Eine gleichzeitige Einschreibung in ein DMP Asthma bronchiale und ein DMP COPD ist nicht möglich.

Nach zwölfmonatiger Symptomfreiheit ohne asthmaspezifische Therapie soll die Ärztin oder der Arzt prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

Für Versicherte, die auf Basis der bis zum 30. September 2023 geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Abs. 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

4 Schulungen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)

Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

4.2 Schulungen der Versicherten

Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in Nummer 1.5.2 und § 4 dieser Richtlinie geregelt.

5 Evaluation (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)

Für die Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 1 DMP-A-RL sind mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

a) Tod
b) Raucherquote allgemein
c) Raucherquote im Kollektiv der Raucher
d) Ungeplante notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale (altersspezifische Auswertung)
e) Asthmakontrolle (kontrolliert, teilkontrolliert, unkontrolliert) (altersspezifische Auswertung)
f) Medikation
g) Schulungen (altersspezifische Auswertung)

Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 DMP-A-RL ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Deshalb wurden keine Parameter festgelegt.