

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 10. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation)

Vom 17. November 2017

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Bürokratiekostenermittlung.....	16
4. Verfahrensablauf	16
5. Fazit.....	18

1. Rechtsgrundlage

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Absatz 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die er gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Allgemeines

Die Anforderungen der DMP-A-RL an die Behandlung von DMP werden 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 normiert, vgl. § 137f Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V. Bei der Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch an Leitlinientexten orientieren.

Mit diesem Beschluss werden die am 21. Juli 2011 beschlossenen und als Teil B Abschnitt II. der DMP-Richtlinie (DMP-RL) in Kraft getretenen Regelungen zu Anforderungen an die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale aktualisiert und in die Anlage 9 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) überführt.

Wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung ist insbesondere die „Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma bronchiale“ des IQWiG vom 26. November 2013. Die folgenden Ausführungen erläutern die Änderungen der Anforderungen an die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale im Vergleich zu der zuvor geltenden Regelung in Teil B Abschnitt II. DMP-RL.

Zur Bezeichnung der Anlage

Bislang war unter der Bezeichnung „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen“ in der DMP-RL als Teil I „Asthma bronchiale“ (Teil B Abschnitt II. DMP-RL) geregelt. Bereits mit der neuen Bezeichnung der Anlage 11 der DMP-A-RL „Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)“ wurde die bisherige Regelung der Erkrankungen Asthma bronchiale und COPD als Untergliederungen des strukturierten Behandlungsprogramms „Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen“ aufgegeben. Mit der Überführung des DMP Asthma bronchiale in die DMP-A-RL wird dieser Schritt abgeschlossen.

Zu Nummer 1.1 Definition des Asthma bronchiale

Die Ergänzung der Charakteristika des Asthma bronchiale um „typische Symptome“ dient der Präzisierung.

Zu Nummer 1.2 Diagnostik

Vorgaben zur Einschreibung von Patientinnen und Patienten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm bei nebeneinander bestehendem Asthma bronchiale und COPD waren in der DMP-RL in Teil B II. in Nummer 1.2.1 „Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung“ geregelt. Da es sich um übergeordnete Regelungen handelt, wurden diese Absätze in Anlage 9 der DMP-A-RL in Nummer 1.2 verortet.

Die seit der letzten Überarbeitung aktualisierten Leitlinien betonen, dass die Diagnose Asthma in jedem Lebensalter ein Sammelbegriff für eine Reihe unterschiedlicher Verlaufsformen ist

(CTS CPS Position Paper 2015, BTS/SIGN 2016, GINA 2016).[10,27,33] Die Diagnose kann aufgrund anamnestischer Angaben und klinischer Befunde bei fehlendem Hinweis auf eine alternative Diagnose gestellt werden. Einen diagnostischen Goldstandard gibt es in keiner Altersgruppe, eine untere oder obere Altersgrenze für die Diagnose wird nicht benannt.

Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Erkrankung bei Kindern unter 5 Jahren (GINA 2016).[33] Die Diagnose Asthma wird in der Mehrzahl aller Fälle bereits vor dem 3. Lebensjahr gestellt.[58]

Die Häufigkeit von Hospitalisierungen als Ausdruck einer schweren Verlaufsform ist bei jüngeren Kindern signifikant höher [58,61] als in den bisher im DMP teilnehmenden Altersgruppen.

Zwischenzeitlich wurde zunehmend deutlich, dass die 2008 von der ERS (European Respiratory Society) statt der Diagnose Asthma empfohlenen Begriffe wie "Viral induced wheezing" oder "multitrigger wheeze" lediglich zur Charakterisierung des aktuellen Beschwerdebildes geeignet sind. Sie beschreiben keine konstanten Phänotypen, die eine valide prognostische Aussage ermöglichen.[7,8]

Es ist sinnvoll, auch in dieser Altersgruppe die Diagnose Asthma zu verwenden. Andere umschreibende Bezeichnungen („spastische Bronchitis“, „rezidivierende obstruktive Bronchitis“, „multitrigger wheeze“) sind für Eltern oft unverständlich und verschlechtern deshalb die Adhärenz für eine notwendige asthmaspezifische Therapie (CTS and CPS Position Paper, 2015).

Durch ein strukturiertes Management mit regelmäßigen Kontrollen kann auf die in diesem Alter häufige Veränderung der Symptomatik angemessen reagiert werden. Unter- und Überbehandlung können besser vermieden werden (GINA 2016, A; BTS/SIGN 2016, B).[10,33]

Zu Nummer 1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

Die Umformulierung des Spiegelstriches zu den zu berücksichtigenden Symptomen erfolgt aus Gründen der sprachlichen Präzisierung.

Die Präzisierung der anamnestisch zu erfragenden Symptome erfolgte in Anlehnung an die Leitlinie GINA 2016.[33]

Kann das Asthma bronchiale als Berufserkrankung identifiziert werden, ist eine Meldung an die zuständige Berufsgenossenschaft geboten. Die ausführlichere Darstellung dieses Aspekts, der eine Einschreibung ins DMP Asthma bronchiale ausschließt, hat hier eine klarstellende Funktion.

Die Frage nach bedeutsamen Komorbiditäten bei Asthma bronchiale wurde in die Anamnese aufgenommen, da diese zur Symptomatik, zur Verminderung der Lebensqualität und zu einer schlechteren Asthmakontrolle beitragen und damit auch therapie relevant sind.[33]

Zu Nummer 1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

Zwei Absätze wurden in Nummer 1.2 Diagnostik verschoben (siehe Begründung zu Nummer 1.2).

Erschwert wird die Diagnosestellung bei Kindern bis zu 5 Jahren dadurch, dass die Durchführung einer Lungenfunktion zum Nachweis der reversiblen Atemwegsobstruktion in dieser Altersgruppe oft noch nicht möglich ist. Als Aufnahmekriterium in das Programm müssen für diese Altersgruppe deshalb klinische Kriterien gelten. Die hier aufgeführten Kriterien sind übereinstimmend in allen aktuellen Leitlinien aufgeführt (GINA 2016, BTS/SIGN 2016, CTS 2015).[10,27,33]

Hauptkriterien:

≥ 3 asthmatypische Episoden im letzten Jahr

Im Alter unter 5 Jahren sind asthmaähnliche Symptome (Giemen, expiratorische Atemgeräusche) im Rahmen von Infekten sehr häufig. Durch die altersbedingte physiologische Enge der Bronchien kann dabei auch das asthmatypische Giemen auftreten. Ob es sich dabei um die initiale Manifestation eines Asthmas handelt, ist oft schwer zu entscheiden. Zum Ausschluss leichterer, passagerer Verläufe müssen deshalb mindestens 3 (GINA 2016)[33] Episoden asthmatischer Symptome in einer die Lebensqualität beeinträchtigenden Ausprägung innerhalb der letzten 12 Monate vor Einschreibung vorgelegen haben. Dies trifft insbesondere zu, wenn die Symptome länger als für einen Infekt typisch anhalten (GINA 2016 >10Tage)[33], den Nachtschlaf beeinträchtigen bzw. das Kind in seiner Vitalität einschränken (BTS/SIGN 2016 2++).[10]

Ansprechen der Symptome auf einen Therapieversuch mit antiasthmatischen Medikamenten

In der Regel wird der Nachweis durch einen Behandlungsversuch mit kurz wirksamen Bronchodilatoren geführt. Der Erfolg sollte nach Möglichkeit auskultatorisch bestätigt werden. Ein Therapieversuch kann auch in Kombination mit niedrig dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden für mindestens 8-12 Wochen durchgeführt werden (GINA 2016 Evidenzgrad D).[33] Wird ein solcher Therapieversuch zur Sicherung der Diagnose durchgeführt, ist ein anschließender Auslassversuch oft eine sinnvolle Ergänzung (BTS/SIGN 2016).[10]

Zusatzkriterien:

Giemen/Pfeifen auch unabhängig von Infekten, insbesondere bei körperlicher Anstrengung oder Allergenkontakt

Bei den betroffenen Kindern sollte immer auch gezielt nach Husten bei Lachen oder Weinen gefragt werden. Diese auf persistierendes Asthma hinweisenden Symptome werden oft nicht spontan angegeben. Bei der Auskultation im beschwerdefreien Intervall sollten die Kinder zu forcierter Atmung angehalten werden. Bei einem Teil der Kinder kann durch körperliche Anstrengung (z. B. freies Laufen) ein Giemen provoziert werden.

Stationärer Aufenthalt wegen obstruktiver Atemwegssymptome

Die stationären Aufenthalte wegen obstruktiver Atemwegssymptome sind ein gut untersuchter, wichtiger Hinweis auf eine ausgeprägte und unkontrollierte Symptomatik. Diese Kinder haben ein besonderes Risiko für ein persistierendes Asthma.[35]

Atopische Erkrankung des Kindes, Asthma bronchiale bei Eltern oder Geschwistern, Nachweis einer Sensibilisierung

Eine Erkrankung des Kindes an einem atopischen Ekzem, Nahrungsmittelallergien oder einer allergischen Rhinitis ebenso wie eine familiäre, insbesondere mütterliche Belastung mit Asthma bronchiale und/oder der Nachweis einer Sensibilisierung gegen Inhalations- oder Nahrungsmittelallergene, sind wichtige Risikofaktoren für ein über die frühe Kindheit hinaus bestehendes Asthma bronchiale (BTS/SIGN 2016 2++, GINA 2016 D).[10,33]

Diese diagnostischen Kriterien gelten auch für Kinder im Alter von 5 Jahren, deshalb wurde hier bewusst eine Überschneidung der Altersbereiche 1 bis 5 Jahre und 5 bis 17 Jahre zugelassen. In den Leitlinien wird die apparative Lungenfunktionsmessung durch Spirometrie regelhaft frühestens ab dem 5. Lebensjahr, meist erst ab dem Schulalter, empfohlen. Valide Lungenfunktionsuntersuchungen sind aber - zumeist auf der spezialisierten Versorgungsebene - bei einem Teil der Kinder unter 5 Jahren durchführbar und dann eine sinnvolle Ergänzung zur Bestätigung der Diagnose.[30]

Die Messwerte von FEV1/VC sind altersabhängig und liegen bei lungengesunden Kindern über 75 %, bei älteren lungengesunden Erwachsenen unter 70 %. Dieser Grenzwert von 70 % führt daher zu einer Unterschätzung der Obstruktion bei jungen Menschen und einer Überschätzung der Obstruktion bei älteren Menschen. Daher sind die neueren GLI-Sollwerte (GLI: Global Lung Initiative), die diese Altersabhängigkeit berücksichtigen, zur Charakterisierung der Obstruktion besser geeignet als ein fixierter Grenzwert

FEV1/VC \leq 70 %.[23] Sie werden in Deutschland derzeit noch zu selten genutzt, um sie bei allen Einschreibungen in das DMP zugrunde zu legen. Sie wurden für verschiedene Altersgruppen und umfangreichere Populationen der deutschen Bevölkerung erhoben und bieten genauere Gleichungen zur Bestimmung des Sollmittelwertes als die alten EGKS-Sollwerte (EGKS: Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl). Der untere Grenzwert (LLN: lower limit of normal) wird als 5. Perzentil definiert. Dies bedeutet, dass lediglich 5 % der gesunden Bevölkerung einen Messwert unterhalb des LLN aufweisen. Der LLN-Wert entspricht dem Sollmittelwert minus dem 1,64-fachen der Streuung.

Mit zunehmender Nutzung der GLI-Sollwerte werden diese den unphysiologischen starren Grenzwert der FEV1/VC \leq 70 % bzw. 75 % ersetzen.

Zu Nummer 1.3 Therapieziele

Die Aufzählung erfolgt als Spiegelstrichliste, da keine Hierarchie der Therapieziele suggeriert werden soll.

Bei den Therapiezielen wurden Symptomkontrolle und Reduktion zukünftiger Risiken durch das Asthma bronchiale berücksichtigt.[33]

Um die Bedeutung der Komorbiditäten des Asthma bronchiale zu betonen und in Analogie zu den übrigen Regelungen in diesem strukturierten Behandlungsprogramm wurde die adäquate Behandlung der Komorbiditäten als weiteres Therapieziel ergänzt.

Die ersten vier Spiegelstriche im zweiten Hauptspiegelstrich „Vermeidung/Reduktion“ gelten für alle Altersgruppen und wurden deshalb zusammengefasst.

Das Therapieziel „das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen“ ist entscheidend für den Verlauf und die Prognose der Erkrankung und wurde daher neu aufgenommen.

Zu Nummer 1.4 Differenzierte Therapieplanung

Die Streichung des Satzes „Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach Aufklärung über Nutzen und Risiken.“ erfolgt aus redaktioneller Sicht, da dieser bereits in § 7 DMP-A-RL beschrieben wird.

Eltern verbinden mit der Diagnose Asthma oft die Vorstellung einer lebenslangen ausgeprägten Symptomatik. Es ist deshalb wichtig, darauf hinzuweisen, dass besonders oft im Kleinkindalter – aber auch bis ins Erwachsenenalter hinein – Patienten beschwerdefrei werden können. Je früher die Symptome beginnen, umso besser die Prognose (BTS/SIGN 2016 2++).[10] Kinder mit persistierenden oder ausgeprägten Symptomen können – unabhängig vom weiteren Verlauf – mit hoher Evidenz von einer medikamentösen Basistherapie mit einem niedrig dosierten inhalativen Glukokortikosteroid bei günstigem Nutzen/Risiko-Verhältnis im Hinblick auf die Gesamtsymptomatik profitieren (BTS/SIGN 2016 A,1++, GINA 2016 A).[10,14,33,41]

Durch die mit der Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm verbundenen regelmäßigen Kontrollen kann auf die in dieser Altersgruppe häufige Veränderung der Symptome angemessen reagiert werden. Unter- und Überbehandlung können so besser vermieden werden. Gerade bei Kindern, die unter Therapie mehrere Monate beschwerdefrei sind, muss in regelmäßigen Abständen überprüft werden, ob das Fehlen von Symptomen eine Folge der guten therapeutischen Einstellung ist oder auf einer spontanen Verbesserung der Symptomatik beruht.

Zu Nummer 1.4.1 Asthmakontrolle

Im Vergleich zur bisherigen Einteilung des Asthma bronchiale nach Schweregraden ist die Asthmakontrolle für die langfristige Verlaufskontrolle und als Grundlage der Therapie (-Anpassungen) geeigneter. Sie ist unabhängig von der aktuellen Langzeittherapie, während die Schwere eines Asthma bronchiale retrospektiv anhand der Intensität der Therapie abgeleitet wird, die zur Kontrolle von Symptomen und Exazerbationen erforderlich ist.[33] Die Therapiesteuerung kann mit den in der Tabelle genannten, einfach zu erfassenden Kriterien

erfolgen, die bei unkontrolliertem Asthma eine sofortige Therapieintensivierung, bei partiell kontrolliertem Asthma eine Überprüfung der Therapie und bei kontrolliertem Asthma eine Fortsetzung oder eventuell auch Reduktion der Medikation nach sich zieht (GINA 2017).[34] Die Kenngrößen zur Bestimmung der Asthmakontrolle gelten dabei sowohl für den bisher unbehandelten wie auch für den behandelten Patienten und sind damit im klinischen Alltag leicht nutzbar.

Das Konzept der Asthmakontrolle hat über die aktuelle Kontrolle der Erkrankung hinaus Bedeutung zur Vermeidung eines ungünstigen Krankheitsverlaufs, da das Ausmaß der Asthmakontrolle Auskunft gibt zu den möglichen Risiken der Erkrankung.[3] Außerdem spiegelt die Kontrolle der Erkrankung auch subjektiv für den Patienten eine bessere asthmabezogene Lebensqualität wider.[4]

Als Asthma-Exazerbationen werden Phasen einer progredienten Zunahme der Asthma-Symptome und/oder Abnahme der Lungenfunktion bezeichnet, welche über das für den Patienten übliche Maß an Variabilität hinausgehen und welche einer Änderung bzw. Intensivierung der Therapie über mehrere Tage bedürfen.

Zu Nummer 1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

Das Kapitel wurde neu eingefügt, um die Empfehlungen zu Inhalten der Kontrolluntersuchungen zu bündeln.

Die genannten Untersuchungen dienen der Umsetzung der unter Nummer 1.5.8 genannten Empfehlungen zur Therapieeskalation bzw. -reduktion und der Erreichung der unter Nummer 1.3 genannten Therapieziele und stehen im Einklang mit der Empfehlung der Leitlinie BTS/SIGN 2014.[11]

Der Einsatz von evaluierten Fragebögen erlaubt eine valide Abschätzung der Asthmakontrolle und stellt eine Entscheidungshilfe für die sinnvolle Eskalation oder Deeskalation der antientzündlichen Dauertherapie dar.

Für die objektive Bewertung und Einstufung, auch im Hinblick auf die Deeskalation der ICS-Therapie (ICS: Inhalative Glukokortikosteroide) ist die Messung der Lungenfunktion notwendig [33], dies auch im Hinblick auf die häufigste Komorbidität COPD. Gerade bei langjährigem Verlauf der Asthmaerkrankung stimmt häufig die subjektive, anamnestisch erfassbare Beeinträchtigung des Patienten nicht mit der objektiven Einschränkung der Lungenfunktion überein, weshalb eine objektive Bewertung mittels Lungenfunktionsmessung notwendig ist. Eine dauerhafte Behandlung eines Asthmapatienten sollte nicht ohne jährliche Lungenfunktionsprüfung erfolgen. Die PEF-Messungen (PEF: Peak Expiratory Flow) alleine sind für eine Beurteilung der tatsächlichen Einschränkung der Lungenfunktion nicht ausreichend.[11,42]

Zu Nummer 1.4.3 Selbstmanagement

Zahlreiche Studien haben die hohe Relevanz und Effektivität eines guten Selbstmanagements bei Asthma bronchiale belegt. Zentrale Elemente hierfür sind eine Asthma-Schulung, die regelmäßige Peak-Flow-Protokollierung, um die Selbsteinschätzung zu verbessern und Verschlechterungen schneller zu erkennen, und die Bereitstellung eines individuellen Selbstmanagementplans.[31,57]

Zu Nummer 1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

Breit angelegte Studien belegen, dass die Morbidität und Progression sowie das Risiko der Exazerbation durch die Tabakkarenz bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale signifikant reduziert werden.[2,20,55,65,66]

Die vom IQWiG ausgewerteten Leitlinien enthalten Empfehlungen zur Tabakentwöhnung bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, teilweise mit dem höchsten Evidenzgrad. Hauptaspekt ist die klinische Effektivität.

Die höchsten Erfolgsraten werden mittels Kombination von strukturierten psychosozialen Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation mit medikamentösen Maßnahmen erreicht.

Hierfür eignen sich insbesondere

- die Nikotinersatztherapie,
- Bupropion und
- Vareniclin.

Es ist zu berücksichtigen, dass gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 1, 7 und 8 SGB V Medikamente zur Raucherentwöhnung nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind.

Die dringende ärztliche Aufforderung zur Nikotinkarenz soll sich an der „5-A-Strategie“ zur Kurzberatung von Raucherinnen und Rauchern orientieren [26,29]:

1. Abfragen des Rauchstatus (Ask)
2. Anraten des Rauchverzichts (Advise)
3. Ansprechen der Aufhormotivation (Assess)
4. Assistieren bei Rauchverzicht (Assist)
5. Arrangieren der Nachbetreuung (Arrange)

Bei den Tabakentwöhnungsprogrammen soll es sich um strukturierte Angebote handeln, die auf erprobten Konzepten (z. B. kognitiv-verhaltenstherapeutisch) basieren, deren Wirksamkeit im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation nachgewiesen wurde. Zur Verdeutlichung dieser Qualitätsanforderungen wurden diese in Nummer 1.5.1 zusätzlich aufgeführt. Die Erfüllung der Qualitätsanforderungen soll von den Vertragspartnern überprüft werden. Die teilnehmenden Ärzte sind über diese zur Verfügung stehenden Programme zu informieren.

Die Motivation nicht entwöhnungswilliger Raucherinnen und Raucher soll mit Hilfe der „5-R-Strategie“ gesteigert werden:

1. Relevanz aufzeigen
2. Risiken benennen
3. Reize und Vorteile des Rauchstopps benennen
4. Riegel (Barrieren) vor einem Rauchstopp ansprechen
5. Repetition der Ansprache motivationsfördernder Faktoren/Strategien

Zu Nummer 1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

Gemäß § 3 Absatz 2 DMP-A-RL können sich die teilnehmenden Patientinnen und Patienten Informationen über die zur Schulung qualifizierten Leistungsanbieter bei den Vertragspartnern einholen. Diese Informationen stehen auch Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung.

Der G-BA hat unter 1.5.2 die Ziele und Inhalte der Schulungen für Versicherte erläutert. Dies dient der Klarstellung und Verdeutlichung des Zwecks und der Ausrichtung von Versichertenschulungen im DMP Asthma bronchiale. Es handelt sich um beispielhaft genannte Inhalte, die bereits denen der bisherigen Schulungen des DMP Asthma bronchiale entsprechen.

Zu Nummer 1.5.6 Somatische Komorbiditäten

Die häufigsten somatischen Komorbiditäten bei Asthma bronchiale wurden dargestellt, da sie für die Differenzialdiagnostik der Erkrankung bedeutsam sind. Außerdem ist die Behandlung der genannten Komorbiditäten für eine gute Asthmakontrolle wesentlich.[33]

Zu Nummer 1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16.05.2006 beschlossen, sich dem auf allen Ebenen der Versorgung als relevant erachteten Problem der Multimorbidität im Kontext der Systematik bestehender strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) verstärkt zu widmen. Dies erfolgte zuerst durch die Ergänzung des DMP Koronare Herzkrankheit um das Modul „Chronische Herzinsuffizienz“. Darüber hinaus hat der Unterausschuss

Sektorenübergreifende Versorgung am 13.05.2009 eine Arbeitsgruppe eingerichtet mit dem Auftrag, sich mit der Abbildung von Multimorbidität im Rahmen von DMP zu befassen.

Nach orientierenden Recherchen wurde deutlich, dass es problematisch würde, Leitlinienempfehlungen zum Vorgehen bei konkreten individuellen Krankheitskonstellationen zu identifizieren. Deshalb ist die AG DMP und Multimorbidität übereingekommen, sich dem Problem der Multimorbidität in einem ersten Schritt durch Empfehlungen zu Maßnahmen des strukturierten Medikamentenmanagements bei Patienten mit Multimedikation („Polypharmacy“ als internationales Synonym) zu nähern.

Auf chronische Einzelerkrankungen fokussierte Therapieempfehlungen führen häufig zu einer additiven Anwendung medikamentöser Maßnahmen mit einer gegebenenfalls daraus resultierenden Multimedikation. Diese kann wiederum Arzneimittelwechselwirkungen bedingen, die gewünschte Therapieeffekte ggf. verhindern, zum Auftreten bzw. zur Verstärkung von Nebenwirkungen führen, die ihrerseits neue Arzneimittelverordnungen induzieren, und insgesamt negative Folgen für die Therapieadhärenz der Patientinnen und Patienten haben.

Auch im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme werden krankheitsspezifische Therapieempfehlungen gegeben, durch die sich die oben angesprochenen Aspekte einer Multimedikation für die individuelle Patientin oder den individuellen Patienten ergeben können. Dies gilt insbesondere bei Multimorbidität, d. h. bei gleichzeitigem Vorliegen mehr als einer behandlungsbedürftigen, in der Regel chronischen Erkrankung, in einigen Fällen bei entsprechendem Schweregrad selbst bei nur einer Erkrankung.

Deshalb wurde die Multimedikation auch für die DMP als wesentliches Thema erkannt, das über einzelne DMP-Diagnosen hinaus für multimorbide Patientinnen und Patienten bedeutsam ist.

Unbeschadet der geltenden Regelungen der Arzneimittelrichtlinie bezüglich einer individuellen Verordnung von Arzneimitteln wurde die Entwicklung von Empfehlungen zur besonderen Berücksichtigung von Multimedikation, die DMP-übergreifend anwendbar sein sollen, angestrebt. Diese sollen im Rahmen der regelmäßigen Aktualisierung der Anforderungen in die einzelnen DMP integriert werden und können, wo fachlich geboten, indikationsspezifisch angepasst werden.

Basierend auf den Erkenntnissen aus Expertengesprächen sowie einer systematischen Literaturrecherche im Juni 2010 resultieren 9 Quellen als Beratungsgrundlage zu Managementempfehlungen bei Multimedikation.[5,6,13,36,37,51,53,64,71]

Bei den extrahierten Referenzen handelt es sich um acht evidenzbasierte Leitlinien [5,6,13,36,37,51,53,71] und eine systematische Übersichtsarbeit[64]. Insgesamt behandeln fast alle Arbeiten Empfehlungen für geriatrische Patientinnen und Patienten, nur eine nimmt keine altersbezogene Eingrenzung der Zielgruppe vor. Dabei handelt es sich um eine umfangreiche Leitlinie zur Verbesserung der Adhärenz [53] der Behandelten.

Im weiteren Beratungsprozess wurde aus den ausgewerteten Leitlinien eine Synopse der Kernempfehlungen erstellt. Dies ermöglichte eine Identifizierung von Maßnahmen, die mit einer hohen Konsistenz von verschiedenen Quellen empfohlen wurden und eine Analyse der zugrundeliegenden Evidenz. Bei der Auswahl der für die hier vorliegenden Anforderungen infrage kommenden Empfehlungen wurde insbesondere auf die Übertragbarkeit auf ein nicht-geriatrisches Patientinnen- und Patientenkollektiv und die oben erwähnte Konsistenz der Empfehlung geachtet.

Es existiert keine allgemeingültige Definition für Multimedikation. Die Festlegung auf fünf oder mehr Arzneimittel basiert auf Bergmann Evans [6] und spiegelt die in Studien zur Multimedikation am häufigsten verwendete Definition wider.

Die vorgesehenen Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements gehen inhaltlich über den bereits in § 31a SGB V geregelten Anspruch auf die Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplanes hinaus. Der sich unmittelbar aus § 31a SGB V

ergebende Anspruch der Versicherten besteht zudem unabhängig von den Voraussetzungen für die hier vorgesehenen Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements. Vor diesem Hintergrund ist auch das Abstellen auf fünf oder mehr Arzneimittel gegenüber der Regelung in § 31a SGB V (Anwendung von mindestens drei verordneten Arzneimitteln) sachlich gerechtfertigt.

Soweit jedoch im Rahmen des strukturierten Medikamentenmanagements die Erstellung einer Liste zur Erfassung der verordneten Arzneimittel vorgesehen ist, wird diese aus Gründen der sprachlichen Vereinheitlichung auch als Medikationsplan bezeichnet. Erfolgt die Erstellung eines Medikationsplanes bereits in Erfüllung des Anspruchs aus § 31a SGB V kann auf diesen Medikationsplan dann selbstverständlich auch im Rahmen des strukturierten Medikamentenmanagements zurückgegriffen werden.

Die Erfassung der von der Patientin oder dem Patienten tatsächlich eingenommenen Medikamente wird in Leitlinien als Grundvoraussetzung einer Überprüfung der medikamentösen Therapie gewertet. Diese sollte zumindest einmal jährlich oder anlassbezogen (z. B. Änderung der Medikation nach einem stationären Aufenthalt) erfolgen und eine Dokumentation der jeweiligen Indikation für das einzelne Medikament beinhalten [5,6,36,53,64,71]. Mögliche Arzneimittelinteraktionen sollten kritisch evaluiert werden.[13]

Die Vertragspartner können Regelungen vereinbaren, die der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt die Erfassung der gesamten verordneten Medikamente erleichtern, z. B. durch entsprechende patientenbezogene Verordnungslisten (Medikationsplan).

Die Indikationsstellung zur Verordnung von Arzneimitteln erfolgt insbesondere bei Vorliegen einer Multimorbidität in der Regel durch mehrere behandelnde Ärztinnen und Ärzte. Dies kann ggf. Rücksprachen durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt notwendig machen. Auch kann eine Priorisierung [5] der Behandlungsziele erforderlich sein, welche ggf. auch zu dem Verzicht einer Arzneimittelverordnung führen kann. Diesbezüglich existieren aufgrund der individuell unterschiedlichen Fallkonstellationen keine generalisierbaren Leitlinienempfehlungen.

Im Medikationsplan sollen alle von der Patientin oder dem Patienten eingenommenen Medikamente erfasst und übersichtlich (einschließlich der Dosierung) für die Ärztin oder den Arzt dargestellt werden.[5,13,36,71] Durch das zusätzliche Bereitstellen eines für Patientinnen und Patienten verständlichen Medikationsplans kann die Therapieadhärenz und Einnahmesicherheit unterstützt werden. Es existieren bereits unterschiedliche Vorlagen für einen Medikamentenplan.

Die Überwachung der Nierenfunktion wird bei älteren Patientinnen und Patienten zum Vermeiden von Nebenwirkungen empfohlen.[6,36,71] Die direkte Messung der glomerulären Filtrationsrate (GFR) ist für die tägliche Praxis zu aufwendig. Die Konzentration des Serum-Kreatinins ist allerdings nur ein sehr ungenaues Maß für die GFR. Es wurden deshalb zahlreiche Schätzformeln entwickelt, mit denen aus Serum-Kreatinin und anderen Parametern (u. a. Alter, Gewicht, Geschlecht) die glomeruläre Filtrationsrate berechnet wird (eGFR).[22,46,47] Die sehr häufig verwendete Formel von Cockcroft-Gault hat unter anderem den Nachteil, dass die GFR bei stark übergewichtigen Patientinnen und Patienten überschätzt wird, selbst wenn das Ergebnis auf die Körperoberfläche bezogen wird.[60] Diesen Nachteil hat die MDRD-Formel nicht, weshalb in den letzten Jahren in der internationalen Literatur dieser Formel der Vorzug gegeben wird. Die MDRD-Formel liefert GFR-Werte von akzeptabler Genauigkeit, die vom Körpergewicht unbeeinflusst sind.

Die Adhärenz zur medikamentösen Therapie nimmt mit steigender Anzahl eingenommener Medikamente ab. Bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen werden 30-50 % der verordneten Medikamente nicht wie empfohlen eingenommen.[53] Neben den bereits genannten Maßnahmen können eine angemessene Einbeziehung der Patientin oder des Patienten in Therapieentscheidungen und eine verständliche Aufklärung über die medikamentöse Therapie generell adhärenzsteigernd wirken.[53] Darüber hinaus können für ausgewählte Patientinnen und Patienten weitergehende, am individuellen

Versorgungsbedarf orientierte Angebote, auch unter Einbeziehung hierfür qualifizierter medizinischer Fachkräfte, sinnvoll sein.[6,36,53]

Zu Nummer 1.5.8 Medikamentöse Maßnahmen

Zur sprachlichen Präzisierung wurde der Begriff „Inhalationssystem“ durch „Applikationssystem“ ersetzt.

Die Ergänzung bezüglich Treibgasdosieraerosolen mit Spacer ist eine Anpassung an die aktuellen Leitlinien (GINA 2016, A).[33]

Um das Risiko einer fehlerhaften Anwendung von Applikationssystemen zu verringern, sollte in der Dauertherapie nach Möglichkeit nur ein Applikationssystem verwendet werden.[12,25,32,38,69] Im Praxisalltag hat sich gezeigt, dass der Wechsel von Applikationssystemen bei bestimmten Patientinnen und Patienten zu Problemen führen kann. Daher soll hier auf die Option des Substitutionsausschlusses aufmerksam gemacht werden [19,21,24,45,48].

Die aktuellen Leitlinien betonen übereinstimmend, dass eine sehr häufige Ursache für eine mangelnde Kontrolle in einer mangelnden Adherence / Compliance bzw. Fehlanwendung der verordneten Medikation liegt.[10,33]

Zu Nummer 1.5.8.1 Dauertherapie bei Erwachsenen

Mehrere Studien haben gezeigt, dass die Sterblichkeit unter Monotherapie mit LABA erhöht ist. Daher wurde klargestellt, dass die Gabe von LABA nur zusätzlich zur ICS-Gabe zu erfolgen hat.[15,16,17,18,52,63]

Die Streichung von „in begründeten Fällen“ und Neuformulierung dieses Spiegelstriches dient der sprachlichen Präzisierung bzw. Klarstellung, wann und welche begründeten Fälle gemeint sind.

Die Aufnahme von langwirksamen Anticholinergika als Eskalationsmaßnahme erfolgt aufgrund der Therapieempfehlungen in mehreren Leitlinien.[11,33]

Die Streichung von „Anti-IgE“ erfolgte im Zusammenhang mit der Neuformulierung des darunter stehenden Absatzes zum Einsatz einer Antikörper-Therapie als Eskalationsmaßnahme bei nicht ausreichend kontrolliertem, schwerem persistierendem Asthma bronchiale trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie.[33] Die derzeit möglichen Antikörpertherapien Anti-IgE und Anti-IL-5 sind beispielhaft genannt.

Die Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung wird an dieser Stelle wegen seiner besonderen Bedeutung aufgrund der Komplexität bei nicht ausreichend kontrolliertem, schwerem persistierendem Asthma bronchiale gesondert erwähnt, findet sich jedoch auch in den Überweisungsregeln unter Nummer 1.6.2 (siehe hierzu auch TrGr zu Nummer 1.6.2).

Zu Nummer 1.5.8.2 Dauertherapie bei Kindern und Jugendlichen (1 bis 17 Jahre)

Die bei Kindern von 1 bis 5 Jahren eingesetzten Wirkstoffe unterscheiden sich nicht von den bei älteren Kindern eingesetzten. Berücksichtigt werden müssen aber die bei jüngeren Kindern häufigeren, jeweils aktuellen altersabhängigen Zulassungseinschränkungen. Die folgende Liste gibt den Stand der Zulassungen zum Zeitpunkt der aktuellen Überarbeitung (Januar 2017) des Programmes wieder. Da es hier auch Unterschiede zwischen bestimmten Produkten des gleichen Wirkstoffes gibt, gelten die aufgeführten Grenzen nicht für alle den genannten Wirkstoff enthaltenden Arzneimittel.

- Salmeterol ab 4 Jahren; Formoterol ab 6 Jahren
- Omalizumab ab 6 Jahren
- Fluticason ab 4 Jahren
- spezifische Immuntherapie ab 5 Jahre

Für die Wirkstoffe Salbutamol, Ipratropiumbromid, Beclomethason, Budesonid, Montelukast und Theophyllin (mit verzögerter Wirkstofffreisetzung) gibt es für die Altersgruppe von 1 bis 5 Jahren zugelassene Präparate.

Die klarstellende Formulierung zu den inhalativen Glukokortikosteroiden als Basistherapie entspricht aktuellen Leitlinien.

Die Korrektur der Beschränkung der inhalativen Glukokortikosteroide auf die mittelhohe Dosis bei der erweiterten Basistherapie ist der Tatsache geschuldet, dass die Verordnung auch hoher Dosen leitliniengemäß bei der erweiterten Basistherapie gerechtfertigt ist.

Der Satz zu den Antikörpern wurde neu formuliert, um eine mögliche Erweiterung der verfügbaren Wirkstoffe abzubilden. Für die IL-5-Antikörper besteht derzeit keine Zulassung für das Kindes- und Jugendalter.

Bei der Verordnung sind die Zulassungseinschränkungen für bestimmte Altersgruppen zu berücksichtigen, ebenso wie die gültigen wirkstoffbezogenen Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie.

Zu Nummer 1.5.8.3 Bedarfstherapie/Therapie der Exazerbation

Der einleitende Satz wurde bezüglich der Indikation der Bedarfsmedikation präzisiert. Im Einklang mit den aktuell geltenden Leitlinien wurde der Begriff „Anfallstherapie“ durch „Therapie der Exazerbation“ ersetzt.

Die kurz wirksamen Anticholinergika sind in den aktuellen Leitlinien nachrangig einzusetzen. Entsprechend erfolgte eine Streichung bei der primären Bedarfsmedikation.

Die Anpassung des Spiegelstriches zu den systemischen Glukokortikosteroiden erfolgte in Anpassung an die Empfehlungen der aktuellen Leitlinien.[10,33] Bei Kindern von 1-5 Jahren sollten die systemischen Steroide nur in Einzelfällen zur häuslichen Anwendung als Bedarfsmedikation verordnet werden, wenn die korrekte Anwendung durch die Bezugspersonen sichergestellt ist.[34]

Zu Nummer 1.5.8.4 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung

Es gibt neuere Studien, die einen positiven Effekt der Immuntherapie auch auf das Asthma bronchiale belegen. Insbesondere bei einem gut kontrollierten Asthma bronchiale mit begleitender allergischer Rhinokonjunktivitis sollte deshalb – unabhängig von der Basistherapie – die Indikation für eine Immuntherapie geprüft werden. Das schwere unkontrollierte Asthma bronchiale bleibt eine Kontraindikation für die Immuntherapie.[1,9,28,39,40,43,49,54,56,62,68]

Zu Nummer 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

Die Anpassung der Paragrafenangabe zur gesetzlichen Grundlage für die Zulassung von Krankenhäusern zur Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (jetzt § 137f Absatz 7 SGB V) ist redaktionell.

Hausärzte sind für Patienten und Patientinnen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr auch die Kinder- und Jugendärzte.

Ob bei einer Stabilisierung des Zustandes weiterhin eine kontinuierliche Betreuung der Patientinnen und Patienten durch den qualifizierten Facharzt, die qualifizierte Fachärztin bzw. die qualifizierte Einrichtung erfolgen soll oder ob eine weitere Betreuung in der hausärztlichen Versorgung möglich ist, ist weiterhin zu überprüfen. Die diesbezüglichen Regelungen wurden inhaltlich nicht verändert, sondern lediglich sprachlich präzisiert und in Nummer 1.6.2 verortet.

Zu Nummer 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 der Formulierung der Überweisungsregeln wird in Übereinstimmung mit der Systematik internationaler und nationaler Leitlinien die „soll“- Formulierung verwendet, um den hier angemessenen sehr hohen Empfehlungsgrad sprachlich auszudrücken. Diese Formulierung wird auch im gesamten übrigen Anforderungstext bei starken Empfehlungen verwendet.

Der Begriff des „schweren, nicht kontrollierten“ Asthma bronchiale hat sich in den letzten Jahren zu einer definierten Krankheitsentität entwickelt und sich als Begriff für die unterschiedlichen Formen des unkontrollierten Asthma bronchiale etabliert. Deshalb wurden die bisherigen Beschreibungen „bei vorausgegangenem lebensbedrohlichen Anfall“ und bei „unzureichender Asthmakontrolle trotz intensivierter Behandlung“ durch „schweres, nicht kontrolliertes“ Asthma bronchiale ersetzt.

Die Einleitung einer Antikörpertherapie gemäß Nummer 1.5.8.1 bzw. Nummer 1.5.8.2 wurde als Überweisungsanlass aufgenommen, da diese Wirkstoffe lediglich in Ausnahmefällen bei schwerem, nicht kontrolliertem Asthma zum Einsatz kommen und einen eng begrenzten Zulassungsstatus haben. Eine Verordnung und die Betreuung von Patienten mit schwerem, unkontrolliertem Asthma sollten aufgrund der schwierigen Indikationsstellung und der potentiellen Nebenwirkungen durch den qualifizierten Facharzt bzw. die qualifizierte Fachärztin bzw. die qualifizierte Einrichtung erfolgen.

Für die spezifische Immuntherapie gibt es inzwischen für die Behandlung des allergischen Asthma bronchiale ausreichende Hinweise für eine Wirksamkeit (siehe auch „Zu Nummer 1.5.8.4“). Deshalb sollte beim allergischen Asthma bronchiale die Indikation für eine solche Behandlung durch den qualifizierten Facharzt bzw. die qualifizierte Fachärztin bzw. die qualifizierte Einrichtung geprüft werden.

Die Langzeittherapie mit systemisch wirksamen Glukokortikosteroiden wird nur im Ausnahmefall durchgeführt und sollte deshalb nur durch eine qualifizierte Fachärztin oder einen qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung begonnen oder beendet werden.

Insbesondere bei Kindern ist in der Regel durch die erweiterte Basistherapie mit mittelhohen Dosen von inhalativen Glukokortikosteroiden eine Kontrolle der Symptome zu erreichen. Vor der Steigerung auf eine hohe Dosis sollte – auch mit Blick auf mögliche systemische Nebenwirkungen auf den wachsenden Organismus – erwogen werden, ob eine Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung zur Überprüfung der Indikation für eine weitere Diagnostik indiziert ist.[59]

Zu Nummer 1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

Die Indikationen zur Einweisung in ein Krankenhaus wurden neu sortiert und übersichtlicher dargestellt. Eine niedrige oder abfallende Sauerstoffsättigung ist bei Erwachsenen und Kindern ein wichtiger Hinweis für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung. Da Patienten im Asthmaanfall tendenziell hyperventilieren, ist ein Sättigungsabfall unverzüglich abzuklären und zu behandeln.

Zu Nummer 1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Der Absatz wurde aktualisiert, da die bisherige Einschränkung auf ausgeprägte Formen nicht mehr sachgerecht ist.

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

Die in der Teil B II. DMP-RL für Asthma bronchiale geregelten allgemeinen Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in § 2 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt und mussten deshalb nicht in die Anlage 9 der DMP-A-RL überführt werden.

Die bisher in der Begründung abgebildete Tabelle mit den Qualitätszielen und Qualitätsindikatoren wurde in die Anlage 9 DMP-A-RL aufgenommen und es wurden folgende Änderungen vorgenommen:

Die Formulierungen „Steigerung des Anteils“ bzw. „Erhöhung des Anteils“ wurden durch die Formulierung „Hoher Anteil“ ersetzt. Das jeweils intendierte Ziel einer möglichst weitgehenden Umsetzung der Qualitätsziele ist mit dieser Formulierung wegen des nunmehr längeren Bestehens dieses strukturierten Behandlungsprogrammes passender: Im Vordergrund steht mittlerweile weniger die Erhöhung, sondern der Erhalt der hohen Zielerreichungsquoten.

Die Qualitätsindikatoren wurden den Qualitätsdefinitionen der aktuellen Leitlinien angepasst (GINA).[33] Eine entscheidende Neuerung war die Differenzierung zwischen kontrolliertem, teilkontrolliertem und unkontrolliertem Asthma bronchiale, um hierdurch Therapieziele besser operationalisieren zu können. Entsprechend wurde der Richtlinienentwurf um ein Kapitel zur Asthmakontrolle erweitert und zugehörige Qualitätsziele definiert.

Die Häufigkeit der stationären Notfallbehandlungen ist in den letzten Jahren erheblich zurückgegangen, sodass eine Beschränkung auf stationäre Notfallbehandlungen nicht mehr sachgerecht ist. Außerplanmäßige ärztliche Behandlungen umfassen sowohl die ambulante als auch die stationäre Notfallbehandlung sowie eine unterminierte ärztliche Behandlung aufgrund einer akuten Verschlechterung. Entsprechend wurde der zugehörige Dokumentationsparameter angepasst.

Aktuelle Auswertungen des DMP Asthma bronchiale zeigen, dass nach wie vor ein nicht unerheblicher Anteil von Patienten eine Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika (LABA) erhält [50]. Die Studienlage weist signifikant auf eine erhöhte Morbidität und Letalität bei einer LABA-Monotherapie hin.[16,52] Daher sollte bei der weiteren Umsetzung des DMP Asthma bronchiale auf eine Reduktion dieser Monotherapie geachtet werden. Um diesen Aspekt besser kontrollieren bzw. in Feedback-Reports darstellen zu können, wurde der neue Qualitätsindikator „Vermeidung einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-2 Sympathomimetika“ entwickelt.

Das Qualitätsziel einer möglichst geringen Raucherquote wurde aufgenommen, da Tabakrauchen zur Auslösung und Verschlechterung des Asthma bronchiale führen kann [33], die Entwicklung eines prognostisch ungünstigen ACOS (Asthma COPD Overlap Syndrome) und einer auf Medikamente nicht ansprechenden fixierten Atemwegsobstruktion begünstigt.[33] Außerdem wird die Wirkung von inhalativ applizierten Glukokortikosteroiden deutlich reduziert.[44,67,70]

Erläuterungen zu dem neu eingeführten Qualitätsziel bezüglich des FEV1-Werts sind in den Tragenden Gründen zu Anlage 10 DMP-A-RL verortet.

Zu Nummer 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen sind in § 3 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt und mussten deshalb nicht aus der DMP-RL in die Anlage 9 DMP-A-RL überführt werden.

Die Maßgabe, „dass die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird“ entspricht der Vorgängerregelung in der DMP-Richtlinie und in Anlage 9 Nummer 3.1 der RSAV in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung. Ob Versicherte vor Vollendung des 18. Lebensjahres eine wirksame Einwilligung erteilen können, hängt maßgeblich davon ab, ob die Betroffenen in der Lage sind, die Konsequenzen der Erklärung zu übersehen und sich dazu verbindlich zu äußern. Zu empfehlen ist in jedem Fall eine Einbeziehung der oder des jugendlichen Versicherten sowie seiner gesetzlichen Vertreter.

Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Die klinisch dominierende Symptomatik der COPD oder eines Asthma bronchiale kann bei den Mischformen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Daher soll der koordinierende Arzt bzw.

die koordinierende Ärztin in Abhängigkeit der aktuell führenden Symptome über eine Einschreibung in das jeweilige Programm entscheiden.

Wegen des absehbaren Außerkraftsetzens der DMP-RL wurde für die Übergangszeit zwischen der Beschlussfassung zum DMP Asthma bronchiale und dem zukünftigen Außerkrafttreten der DMP-RL eine klarstellende Formulierung für die noch nach den Kriterien der DMP-RL eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingefügt.

Zu Nummer 4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Die Schulungen der Leistungserbringer sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt und mussten deshalb nicht aus der DMP-RL in die Anlage 9 DMP-A-RL überführt werden.

Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten

Die Schulungen der Versicherten sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt und mussten deshalb nicht aus der DMP-RL in die Anlage 9 DMP-A-RL überführt werden.

Zu Nummer 5 Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)

Gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V hat der G-BA Anforderungen an die Evaluation von DMP festzulegen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe hat der G-BA am 19. Juni 2014 in § 6 DMP-A-RL eine Regelung getroffen, nach der die Evaluation auf folgende Bestandteile aufbaut:

1. eine regelmäßige Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung innerhalb eines Programms für eine bestimmte Erkrankung,
2. ein Vergleich der Versorgung für eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines Programms mit der Versorgung außerhalb des Programms.

Der Beschluss vom 19. Juni 2014 und auch der vorliegende Beschluss zur Änderung der DMP-A-RL enthalten nur Regelungen zum ersten Bestandteil. Zum zweiten Bestandteil wurde die fehlende Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung von medizinischen und persönlichen Daten für nicht am DMP teilnehmende Versicherte thematisiert. Mit Schreiben vom 10. Oktober 2014 wandte sich die Vorsitzende des Unterausschusses an die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Die BfDI antwortete am 20. November 2014, dass sie den gesetzlichen Regelungen keine Hinweise entnehmen könne, dass Daten von Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, für eine vergleichende Evaluation verwendet werden dürfen. Vor dem Hintergrund der im Schreiben der BfDI vom 20. November 2014 geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken beriet der G-BA die Streichung von § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL, welcher die vergleichende DMP-Evaluation verankert. Im Ergebnis wurde die Regelung in § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL belassen, weil die gesetzlich geforderte Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen nach Auffassung des G-BA auch der vergleichenden Evaluation bedarf. Darauf wurde von wissenschaftlicher Seite, insbesondere auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hingewiesen.

Die medizinischen Evaluationsparameter a) bis g) wurden unter Berücksichtigung der Ziele des strukturierten Behandlungsprogrammes und der aktuellen wissenschaftlichen Literatur im Expertenkonsens festgelegt. Die Datengrundlage zu Buchstabe a) sind die administrativen Daten der Krankenkassen. Die Datengrundlage zu den Buchstaben b) bis g) sind die DMP-Dokumentationsdaten.

Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten:

Zu Buchstabe c) „Raucherquote im Kollektiv der Raucher“ Auszuwerten ist der Anteil der weiterhin rauchenden Teilnehmer bezogen auf alle rauchenden Teilnehmer bei Einschreibung (Erstdokumentation).

Zu Buchstabe g) „Schulungen“ Die Auswertung erfolgt wie in den Evaluationsberichten zu Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2.

In den Berichten ist eine angemessene Darstellung nach Altersgruppen zu wählen, insbesondere sind die im Richtlinien text genannten Altersgruppen für alle Evaluationsparameter zu berücksichtigen.

Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2, das heißt der Vergleich der Versicherten, die an einem DMP teilnehmen, mit Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, kann derzeit aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage zur Verwendung der Daten der nicht am DMP teilnehmenden Versicherten nicht durchgeführt werden. Folglich wurden keine Parameter für die vergleichende Evaluation definiert.

Zu Anlage 10 Dokumentationsbogen

Wie in Nummer 1.4.1. bereits ausgeführt, ersetzt jetzt der Begriff „Asthmakontrolle“ den Begriff des „Schweregrades“ und ist damit von Bedeutung für die Steuerung der Therapie des Asthma bronchiale. Die Formulierung der Qualitätsziele wurden entsprechend angepasst. Für die Zuordnung zu einem Kontrollgrad wird in den aktuellen Leitlinien neben der bisher schon enthaltenen Häufigkeit der Symptome die Erfassung weiterer Parameter gefordert. Um den Grad der Asthmakontrolle mittels der Dokumentation bestimmen zu können, wurden folgende zusätzliche Parameter aufgenommen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation, Einschränkung der Aktivitäten im Alltag sowie die asthmabedingte Störung des Nachtschlafes. Die Ausprägungsgrade wurden so gewählt, dass eine den Kontrollgraden entsprechende Auswertung für alle Altersgruppen möglich ist.

Die Dokumentation des aktuellen Peak-Flow-Wertes hat sich in der Auswertung der Dokumentationen als wenig aussagefähig erwiesen und wurde deshalb gestrichen. Die Peak-Flow-Messung dient dem Selbstmanagement und muss nicht in die ärztliche Dokumentation übertragen werden. Für die ärztliche Dokumentation wurde dieser Parameter durch die Dokumentation des FEV1-Wertes in Prozent des Soll-Wertes ersetzt. Hierdurch erfolgt eine Anpassung an die in Nummer 1.4.2 neu aufgenommen Forderung, unabhängig vom Kontrollintervall mindestens einmal pro Jahr eine Lungenfunktionsmessung (Fluss/Volumen-Kurve) durchzuführen.

Die Überarbeitung des Dokumentationsparameters zur außerplanmäßigen ärztlichen Behandlung erfolgte analog der Änderung des zugehörigen Qualitätsziels (vgl. „Zu Nummer 2“).

Mit dem neuen Feld 9a kann der Schulungsstatus vor Teilnahmebeginn abgefragt werden. Durch die Differenzierung der Abfrage wird auch ermöglicht, den zukünftigen Schulungsbedarf zu berücksichtigen.

Der Dokumentationsparameter 11a „Therapieanpassung“ wurde entwickelt, um die in Nummer 1.4.1 formulierten Anforderungen zur Therapieanpassung zu unterstützen.[33] Wenn die medikamentöse Therapie nach ärztlicher Einschätzung der Situation des Patienten bereits optimiert ist und daher keiner weiteren Änderung bedarf, steht die Antwortoption „Keine“ zur Verfügung. Bei teilkontrolliertem oder unkontrolliertem Asthma ist in der Regel eine Steigerung der Therapie indiziert. Vor einer eventuellen Steigerung der medikamentösen Therapie sollte eine Überprüfung der Adhärenz und Inhalationstechnik erfolgen. Hierfür steht die Antwortoption „Verbesserung der Anwendung der Medikation“ zur Verfügung. Eventuell entfällt hierdurch die Notwendigkeit einer Steigerung der medikamentösen Therapie. Bei kontrolliertem Asthma bronchiale ist unter Umständen eine Reduktion der Therapie indiziert, wenn eine gute Asthmakontrolle über mindestens 3 Monate gegeben ist.[33]

Der Dokumentationsparameter „Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst“ bezog sich auf ein Qualitätsziel, welches zwischenzeitlich entfallen ist. Er wird daher an dieser Stelle entbehrlich.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 1.388.757 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 565.825 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 2**.

4. Verfahrensablauf

Am 9. Juni 2016 begann die AG mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In zehn Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende **Tabelle**)

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
9. Juli 2014	Unterausschuss DMP	Beauftragung der AG zur Überarbeitung des DMP COPD (DMP-A-RL Anlage 11 und Anlage 12) und nachfolgende des DMP Asthma bronchiale (DMP-A-RL Anlage 9 und Anlage 10)
9. Juni 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
15. Juli 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
2. August 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
2. September 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
26. Oktober 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
22. November 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
1. Dezember 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)

19. Januar 2017	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
31. Januar 2017	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
14. März 2017	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
10. Mai 2017	Unterausschuss DMP	Einleitung Stellungnahmeverfahren
13. Juni 2017	AG-Sitzung	Vorbereitung der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
12. Juli 2017	Unterausschuss DMP	Anhörung
28. Juli 2017	AG-Sitzung	Vorbereitung der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
11. Oktober 2017	Unterausschuss DMP	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen, Beschlussempfehlung
17. November 2017	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 3**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL Anlage 9 und Anlage 10 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom **10. Mai 2017** wurde das Stellungnahmeverfahren am **10. Mai 2017** eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 4**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am **7. Juni 2017**.

Es wurden 13 fristgerechte Stellungnahmen, keine nicht fristgerechten sowie keine unaufgeforderten Stellungnahmen eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 5**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 6** dokumentiert.

Die Anhörung wurde in der Sitzung des Unterausschusses DMP am 12. Juli 2017 durchgeführt. Die Auswertung der Stellungnahme wurde in zwei Arbeitsgruppensitzungen am **13. Juni 2017** und am **28. Juli 2017** vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am **11. Oktober 2017** durchgeführt. (**Anlage 6**)

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde mit Schreiben vom **16. Juni 2017** zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 6**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **17. November 2017** beschlossen, die DMP-A-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung enthält sich.

6. Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage 1: Literaturverzeichnis
- Anlage 2: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage 3: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 4: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter
Beschlusssentwurf zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden
Gründe
- Anlage 5: Stellungnahmen
- Anlage 6: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive
anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 17. November 2017

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Literaturverzeichnis

1. **Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM.** Injection allergen immunotherapy for asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2010(8):CD001186. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001186.pub2/abstract>.
2. **Avallone KM, McLeish AC, Zvolensky MJ, Kraemer KM, Luberto CM, Jeffries ER.** Asthma and its relation to smoking behavior and cessation motives among adult daily smokers. *J Health Psychol* 2013;18(6):788-799.
3. **Bateman ED, Bousquet J, Busse WW, Clark TJ, Gul N, Gibbs M, et al.** Stability of asthma control with regular treatment: an analysis of the Gaining Optimal Asthma control (GOAL) study. *Allergy* 2008;63(7):932-938.
4. **Bateman ED, Bousquet J, Keech ML, Busse WW, Clark TJ, Pedersen SE.** The correlation between asthma control and health status: the GOAL study. *Eur Respir J* 2007;29(1):56-62.
5. **Bergert FW, Braun M, Clarius H, Ehrenthal K, Feßler J, Gross J, et al.** Hausärztliche Leitlinie Geriatrie - Teil 2. Spezielle Geriatrie. Konsentierung Vers. 1.00 [online]. Stand: 12.2008 Leitliniengruppe Hessen; 2008 [Zugriff: 09.04.2013]. URL: http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03_publicationen/geriatrie2_ll.pdf.
6. **Bergman-Evans B.** Evidence-based guideline. Improving medication management for older adult clients. *J Gerontol Nurs* 2006;32(7):6-14.
7. **Brand P, Baraldi E.** Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: an evidence-based approach. *Eur Respir J* 2008;32(4):1096-1110.
8. **Brand PL, Caudri D, Eber E, Gaillard EA, Garcia-Marcos L, Hedlin G, et al.** Classification and pharmacological treatment of preschool wheezing: changes since 2008. *Eur Respir J* 2014;43(4):1172-1177.
9. **Brehler R, Klimek L, Kopp MV, Christian Virchow J.** Spezifische Immuntherapie – Indikation und Wirkungsweise. *Dtsch Arztebl Int* 2013;110(9):148-158.
10. **British Thoracic Society (BTS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).** British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline [online]. September 2016. Edinburgh (GBR): SIGN; 2016. [Zugriff: 10.01.2017]. (SIGN; Band 153). URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN153.pdf>.
11. **British Thoracic Society (BTS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).** British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline [online]. Oktober 2014. Edinburgh (GBR): SIGN; 2014. [Zugriff: 26.07.2016]. (SIGN; Band 141). URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN141.pdf>.
12. **Broeders ME, Molema J, Hop WC, Folgering HT.** Inhalation profiles in asthmatics and COPD patients: reproducibility and effect of instruction. *J Aerosol.Med* 2003;16(2):131-141.
13. **Brown AF, Mangione CM, Saliba D, Sarkisian CA.** Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(5 Suppl Guidelines):S265-S280.
14. **Castro-Rodriguez JA, Custovic A, Ducharme FM.** Treatment of asthma in young children: evidence-based recommendations. *Asthma Res Pract* 2016;2:5.
15. **Cates CJ, Cates MJ.** Regular treatment with formoterol for chronic asthma: serious adverse events. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2012(4):Cd006923. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006923.pub3/abstract>.

16. **Cates CJ, Cates MJ.** Regular treatment with salmeterol for chronic asthma: serious adverse events. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2008(3):Cd006363. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006363.pub2/abstract>.
17. **Cates CJ, Jaeschke R, Schmidt S, Ferrer M.** Regular treatment with formoterol and inhaled steroids for chronic asthma: serious adverse events. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2013(6):Cd006924. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006924.pub3/abstract>.
18. **Cates CJ, Jaeschke R, Schmidt S, Ferrer M.** Regular treatment with salmeterol and inhaled steroids for chronic asthma: serious adverse events. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2013(3):Cd006922. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006922.pub3/abstract>.
19. **Chapman KR, Voshaar TH, Virchow JC.** Inhaler choice in primary practice. Eur Respir Rev 2005;14(96):117-122.
20. **Chaudhuri R, Livingston E, McMahon AD, Lafferty J, Fraser I, Spears M, et al.** Effects of smoking cessation on lung function and airway inflammation in smokers with asthma. Am J Respir Crit Care Med 2006;174(2):127-133.
21. **Chrystyn H, Small M, Milligan G, Higgins V, Gil EG, Estruch J.** Impact of patients' satisfaction with their inhalers on treatment compliance and health status in COPD. Respir Med 2014;108(2):358-365.
22. **Cockcroft DW, Gault MH.** Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Nephron 1976;16(1):31-41.
23. **Criece CP, Baur X, Berdel D, Bosch D, Gappa M, Haidl P, et al.** Leitlinie zur Spirometrie. Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin zur Spirometrie. Pneumologie 2015;69(3):147-164.
24. **Crompton GK, Barnes PJ, Broeders M, Corrigan C, Corbetta L, Dekhuijzen R, et al.** The need to improve inhalation technique in Europe: a report from the Aerosol Drug Management Improvement Team. Respir Med 2006;100(9):1479-1494.
25. **Decramer M, Lacquet LM, Fagard R, Rogiers P.** Corticosteroids contribute to muscle weakness in chronic airflow obstruction. Am J Respir Crit Care Med 1994;150(1):11-16.
26. **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG SUCHT).** S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums". Stand: 09. Februar 2015. Berlin (GER); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2015.
27. **Ducharme FM, Dell SD, Radhakrishnan D, Grad RM, Watson WT, Yang CL, et al.** Diagnosis and management of asthma in preschoolers: A Canadian Thoracic Society and Canadian Paediatric Society position paper. Can Respir J 2015;22(3):135-143.
28. **Durham SR, Penagos M.** Sublingual or subcutaneous immunotherapy for allergic rhinitis? J Allergy Clin Immunol 2016;137(2):339-349 e310.
29. **Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al.** Clinical Practice Guideline. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update [online]. Rockville (USA): U.S. Department of Health and Human Services; 2008. [Zugriff: 30.04.2015]. URL: http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf.

30. **Fuchs O, Barker M, Zacharasiewicz A, Dahlheim M, Möller A, Gappa M, et al.** Lungenfunktionsmessungen im Kleinkind- und Vorschulalter: Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Lungenfunktion in der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie. Monatsschr Kinderheilkd 2017;165(1):55-64.
31. **Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, et al.** Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2002(1):CD001117. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001117/abstract>.
32. **Giraud V, Roche N.** Misuse of corticosteroid metered-dose inhaler is associated with decreased asthma stability. Eur Respir J 2002;19(2):246-251.
33. **Global Initiative for Asthma (GINA).** Global Strategy for Asthma Management and Prevention: updated 2016 [online]. GINA; 2016. [Zugriff: 26.07.2016]. URL: <http://ginasthma.org/2016-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>.
34. **Global Initiative for Asthma (GINA).** Global Strategy for Asthma Management and Prevention: updated 2017 [online]. GINA; 2017. [Zugriff: 14.06.2017]. (GINA Report). URL: <http://ginasthma.org/download/317/>.
35. **Goksor E, Amark M, Alm B, Ekerljung L, Lundback B, Wennergren G.** High risk of adult asthma following severe wheezing in early life. Pediatr Pulmonol 2015;50(8):789-797.
36. **Grymonpre R, Ogilvie R, Rochon P.** Cardiovascular drug therapy. Improving benefits and reducing risks in the older adult. Winnipeg (CAN); University of Manitoba; 2002.
37. **Health Plan of Nevada.** Geriatric Polypharmacy Guidelines. Stand: März 2008. Health Plan of Nevada; 2008.
38. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma bronchiale; Abschlussbericht; Auftrag V12-03 [online]. 26.11.2013. Köln (GER): IQWiG. [Zugriff: 05.08.2016]. (IQWiG-Berichte; Band 196). URL: https://www.iqwig.de/download/V12-03_Abschlussbericht_Leitlinienrecherche-und-bewertung-fuer-das-DMP-Asthma.pdf.
39. **Jacobsen L, Wahn U, Bilo MB.** Allergen-specific immunotherapy provides immediate, long-term and preventive clinical effects in children and adults: the effects of immunotherapy can be categorised by level of benefit -the centenary of allergen specific subcutaneous immunotherapy. Clin Transl Allergy 2012;2:8.
40. **Jutel M.** Allergen-Specific Immunotherapy in Asthma. Curr Treat Options Allergy 2014;1:213-219.
41. **Kaiser SV, Huynh T, Bacharier LB, Rosenthal JL, Bakel LA, Parkin PC, et al.** Preventing Exacerbations in Preschoolers With Recurrent Wheeze: A Meta-analysis. Pediatrics 2016;137(6).
42. **Kaplan A, Stanbrook M.** Must family physicians use spirometry in managing asthma patients? YES. Can Fam Physician 2010;56(2):126–128.
43. **Kim JM, Lin SY, Suarez-Cuervo C, Chelladurai Y, Ramanathan M, Segal JB, et al.** Allergen-specific immunotherapy for pediatric asthma and rhinoconjunctivitis: a systematic review. Pediatrics 2013;131(6):1155-1167.
44. **Lange P, Parner J, Vestbo J, Schnohr P, Jensen G.** A 15-year follow-up study of ventilatory function in adults with asthma. N Engl J Med 1998;339(17):1194-1200.
45. **Laube BL, Janssens HM, de Jongh FH, Devadason SG, Dhand R, Diot P, et al.** What the pulmonary specialist should know about the new inhalation therapies. Eur Respir J 2011;37(6):1308-1331.

46. **Levey A, Greene T, Kusek J, Beck G, MS G.** A simplified equation to predict glomerular filtration rate from serum creatinine. *J Am Soc Nephrol*;11(AO 828).
47. **Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D.** A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Ann Intern Med* 1999;130(6):461-470.
48. **Levy ML, Dekhuijzen PN, Barnes PJ, Broeders M, Corrigan CJ, Chawes BL, et al.** Inhaler technique: facts and fantasies. A view from the Aerosol Drug Management Improvement Team (ADMIT). *NPJ Prim Care Respir Med* 2016;26:16017.
49. **Lin SY, Erekosima N, Suarez-Cuervo C, Ramanathan M, Kim JM, Ward D, et al.** Allergen-Specific Immunotherapy for the Treatment of Allergic Rhinoconjunctivitis and/or Asthma [online]. Rockville (USA): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013. [Zugriff: 04.082016]. (Comparative Effectiveness Review; Band 111). URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133240/pdf/Bookshelf_NBK133240.pdf.
50. **Mehring M, Donnachie E, Mutschler R, Hofmann F, Keller M, Schneider A.** Disease management programs for patients with asthma in Germany: a longitudinal population-based study. *Respir Care* 2013;58(7):1170-1177.
51. **National Service Framework for Older People.** Medicines for older people. Implementing medicines-related aspects of the NSF for Older People [online]. 03.2001. London (GBR): Department of Health; 2001. [Zugriff: 08.10.2014]. URL: <http://www.wales.nhs.uk/sites3/documents/439/NSF%20for%20Older%20People%20-%20Medicines%20and%20Older%20People.pdf>.
52. **Nelson HS, Weiss ST, Bleecker ER, Yancey SW, Dorinsky PM.** The Salmeterol Multicenter Asthma Research Trial: a comparison of usual pharmacotherapy for asthma or usual pharmacotherapy plus salmeterol. *Chest* 2006;129(1):15-26.
53. **Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, et al.** Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence [online]. London (GBR): National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners 2009. [Zugriff: 10.04.2013]. URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG76FullGuideline.pdf>.
54. **Passalacqua G.** Specific immunotherapy in asthma: a comprehensive review. *J Asthma* 2014;51(1):29-33.
55. **Perret JL, Bonevski B, McDonald CF, Abramson MJ.** Smoking cessation strategies for patients with asthma: improving patient outcomes. *J Asthma Allergy* 2016;9:117-128.
56. **Pfaar O, Bachert C, Bufe A, Buhl R, Ebner C, Eng P, et al.** Leitlinie zur (allergen-) spezifischen Immuntherapie bei IGe-vermittelten allergischen Krankheiten. *Allergo J Int* 2014;23(8):282-319.
57. **Pinnock H.** Supported self-management for asthma. *Breathe (Sheff)* 2015;11(2):98-109.
58. **Radhakrishnan DK, Dell SD, Guttmann A, Shariff SZ, Liu K, To T.** Trends in the age of diagnosis of childhood asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2014;134(5):1057-1062 e1055.
59. **Ren CL, Esther CR, Jr., Debley JS, Sockrider M, Yilmaz O, Amin N, et al.** Official American Thoracic Society Clinical Practice Guidelines: Diagnostic Evaluation of Infants with Recurrent or Persistent Wheezing. *Am J Respir Crit Care Med* 2016;194(3):356-373.

60. **Rigalleau V, Lasseur C, Perlemonoine C, Barthe N, Raffaitin C, Chauveau P, et al.** Cockcroft-Gault formula is biased by body weight in diabetic patients with renal impairment. *Metabolism* 2006;55(1):108-112.
61. **Schauerte G, Fendel T, Schwab S, Bredl C.** Asthma bronchiale bei Kindern: Effekte einer integrierten Versorgung. *Pneumologie* 2010;64(2):73-80.
62. **Schmitt J, Schwarz K, Stadler E, Wustenberg EG.** Allergy immunotherapy for allergic rhinitis effectively prevents asthma: Results from a large retrospective cohort study. *J Allergy Clin Immunol* 2015;136(6):1511-1516.
63. **Sears MR, Ottosson A, Radner F, Suissa S.** Long-acting beta-agonists: a review of formoterol safety data from asthma clinical trials. *Eur Respir J* 2009;33(1):21-32.
64. **Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU).** How Can Drug Consumption among the Elderly be Improved? A Systematic Review. Stockholm (SWE); SBU; 2009.
65. **Thomson NC, Chaudhuri R, Heaney LG, Bucknall C, Niven RM, Brightling CE, et al.** Clinical outcomes and inflammatory biomarkers in current smokers and exsmokers with severe asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131(4):1008-1016.
66. **To T, Daly C, Feldman R, McLimont S.** Results from a community-based program evaluating the effect of changing smoking status on asthma symptom control. *BMC Public Health* 2012;12:293.
67. **Tomlinson JE, McMahon AD, Chaudhuri R, Thompson JM, Wood SF, Thomson NC.** Efficacy of low and high dose inhaled corticosteroid in smokers versus non-smokers with mild asthma. *Thorax* 2005;60(4):282-287.
68. **Virchow JC, Backer V, Kuna P, Prieto L, Nolte H, Villesen HH, et al.** Efficacy of a House Dust Mite Sublingual Allergen Immunotherapy Tablet in Adults With Allergic Asthma: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2016;315(16):1715-1725.
69. **Virchow JC, Crompton GK, Dal NR, Pedersen S, Magnan A, Seidenberg J, et al.** Importance of inhaler devices in the management of airway disease. *Respir Med* 2008;102(1):10-19.
70. **Westerhof GA, Vollema EM, Weersink EJ, Reinartz SM, de Nijs SB, Bel EH.** Predictors for the development of progressive severity in new-onset adult asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2014;134(5):1051-1056 e1052.
71. **Zwicker D, Fulmer T.** Reducing adverse drug events. In: Capezuti E, Zwicker D, Fulmer T (Eds). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. New York (USA): Springer Publishing Company; 2008. S. 257-308.

Bürokratiekostenermittlung zum Beschluss über die 10. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation)

Stand 29.03.2017

Gemäß § 91 Absatz 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird die bereits bestehende Informationspflicht für Ärztinnen und Ärzte, im DMP Asthma bronchiale teilnehmerbezogene Dokumentationen zu erstellen, durch die Überarbeitung der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation) der DMP-A-RL geändert. Im Folgenden werden die mit der Änderung einhergehenden Bürokratiekosten für Ärztinnen und Ärzte geschätzt.

Zur Ermittlung der Fallzahlen wird auf die vom Bundesversicherungsamt zur Verfügung gestellte Übersicht mit Stand vom 31.12.2015 zurückgegriffen.¹ Ausweislich der aufgeführten Teilnehmerzahlen waren zum 31.12.2015 884.109 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in das DMP Asthma bronchiale eingeschrieben.

Zunächst wird davon ausgegangen, dass durch die Änderungen in den Dokumentationsvorgaben zum DMP Asthma bronchiale den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten ein einmaliger Einarbeitungsaufwand in die geänderten Dokumentationsvorgaben entsteht (Standardaktivität „Einarbeitung in die Informationspflicht“ bei mittlerer Komplexität: 15 Min.). Am DMP Asthma bronchiale nehmen derzeit 44.996 Ärztinnen und Ärzte teil (vgl. Qualitätsbericht 2015 der KBV, S. 54). Insofern entstehen im Zuge der Einarbeitung einmalige Bürokratiekosten von insgesamt geschätzt 565.825 Euro (50,30 Euro/60 x 15 x 44.996).

Die genannten Änderungen in den Dokumentationsvorgaben werden im Rahmen von regelmäßigen Updates in die DMP-Dokumentationssoftware übernommen. Hierfür fallen keine gesonderten Bürokratiekosten an.

Daneben ändern sich durch die Überarbeitung der Dokumentation auch die jährlich fortlaufenden Bürokratiekosten. In diesem Zusammenhang wird für die Bürokratiekostenermittlung davon ausgegangen, dass im Durchschnitt drei Dokumentationen pro Patient und Jahr erstellt werden. Dies ergibt eine geschätzte jährliche Anzahl von 2.652.327 Dokumentationen (884.109 eingeschriebene Patienten x 3). Für die Schätzung der Bürokratiekosten wird zudem davon ausgegangen, dass für die Dokumentation eines Parameters 0,5 Min. bei niedrigem Qualifikationsniveau (0,17 Euro) erforderlich sind.

Folgende Änderungen gegenüber den bisher gültigen Dokumentationsbögen sind für die Bürokratiekostenermittlung zu berücksichtigen:

¹ <http://www.bundesversicherungsamt.de/weiteres/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html#c203>

Tabelle: Geänderte Dokumentationsfelder in der Dokumentation zum DMP Asthma bronchiale

Lfd. Nr. im Dokumentationsbogen	Parameter	Bürokratiekosten je Dokumentation in €	Geschätzte Anzahl Dokumentationen p.a.	Bürokratiekosten insgesamt p.a. in €
1a (neu aufgenommen)	In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation	0,17	2.652.327	450.895
2 (gestrichen)	Aktueller Peak Flow Wert	0,17	2.652.327	- 450.895
2a (neu aufgenommen)	In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale	0,17	2.652.327	450.895
2b (neu aufgenommen)	In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes	0,17	2.652.327	450.895
2c (neu aufgenommen)	Aktueller FEV ₁ -Wert	0,17	2.652.327	450.895
9a (neu aufgenommen)	Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen	0,17	212.186 (Feld ist nur bei der ersten Dokumentation auszufüllen; Annahme: 24% Erstdokumentationen bei 884.109 Teilnehmer)	36.072
11a (neu aufgenommen)	Therapieanpassung	0,17	2.652.327	450.895
12 (gestrichen)	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	0,17	2.652.327	-450.895
Gesamt				1.388.757

Insgesamt ergeben sich somit aus den Änderungen einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 565.825 Euro sowie jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.388.757 Euro.

Verteiler für das Stellungnahmeverfahren nach § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V und § 91 Abs. 5 und 5a SGB V zur X. Änderung der DMP-A-RL: Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation)

(Stand: 10.05.2017)

- Bundesärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundeszahnärztekammer
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e.V.
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
- Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e.V.
- Deutscher Heilbäderverband e.V.
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V.
- Verband Physikalische Therapie e.V.
- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V.

- Deutscher Allergie und Asthmabund e.V.

- Bundesversicherungsamt

- **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften**
(mit der Bitte um entsprechende Weiterleitung)

Non-AWMF-Fachgesellschaften:

- Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI)
- Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e.V. (DPhG)
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)
- Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e.V. (EVAA)
- Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland (GAÄD)
- GwG – Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (vormals: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GWG))
- Studiengemeinschaft Orthopädieschuhtechnik e.V.

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die **X. Änderung der DMP-Anforderungen- Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation)**

Stand: 10.05.2017

Blaue Schrift: Ergänzungen im Vergleich zur aktuell gültigen DMP-Richtlinie

~~Durchgestrichen:~~ Streichungen im Vergleich zur aktuell gültigen DMP-Richtlinie

Gelb hinterlegt: dissente Positionen

Unterstreichungen markieren Unterschiede zwischen dissidenten Positionen

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014 (BAnz AT 26.04.2014 B3), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V [Veröffentlichungsnummer]), wie folgt zu ändern:

I. Die Anlagen 9 und 10 der DMP-Anforderungen-Richtlinie werden wie folgt gefasst:

[Hinweis: Beschlusstext beginnt bei Überschrift „Anlage 9... und endet mit “]

„Anlage 9 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale

GKV-SV

(ab 5 Jahren)

KBV, DKG, PatV:

[~~Streichen~~]

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 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

1.1 Definition des Asthma bronchiale

Asthma bronchiale ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege, charakterisiert durch bronchiale Hyperreaktivität und, variable Atemwegsobstruktion und typische Symptome.

33 **1.2 Diagnostik**

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

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

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

KBV, DKG:	PatV	GKV-SV
<p>Astmatypische Symptome sind bei Kleinkindern häufig. Ein Teil der Kinder verliert die Symptome bis zum Schulalter. Oft handelt es sich dabei um Kinder, deren astmatypische 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.</p>	<p>Astmatypische Symptome sind bei Kleinkindern häufig. Ein Teil der Kinder verliert die Symptome bis zum Schulalter. Oft handelt es sich dabei um Kinder, deren astmatypische 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. <u>Entsprechend ist eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale aufgrund veränderter Symptome regelmäßig zu überprüfen.</u> Entscheidend ist die Einschränkung der Lebensqualität durch das Asthma bronchiale zum Zeitpunkt der Einschreibung.</p>	<p>[streichen]</p>

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

47 1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

48 Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- 49 – wiederholtes Auftreten folgender - entweder gemeinsam oder einzeln gegebener -
50 Symptome: anfallsartiger, oftmals nächtlicher oder frühmorgendliche Atemnot, Brustenge,
51 und/oder Husten mit oder ohne Auswurf, Selbstwahrnehmung von Atemgeräuschen wie
52 Giemen und Pfeifen, insbesondere bei Allergenexposition, während oder nach körperlicher
53 Belastung, bei Infekten, thermischen Reizen, Rauch- und Staubexposition,
- 54 – jahreszeitliche-Variabilität der Symptome, oft auch abhängig von der Jahreszeit,
- 55 – positive Familienanamnese (Allergie, Asthma bronchiale),
- 56 – ~~berufs-~~, tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten,
- 57 – berufsbedingte Auslöser. Gibt es Hinweise auf eine Berufserkrankung, erfolgt die Meldung
58 an die Berufsgenossenschaft. Eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale ist bei einer
59 anerkannten Berufserkrankung nicht möglich,

60 – Komorbiditäten: u. a. chronisch rezidivierende Rhinitis bzw. Sinusitis, gesteigerter
61 gastroösophagealer Reflux, Adipositas, Angstzustände und Depression.

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

64 1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

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

69 Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer aktuellen
70 oder längstens zwölf Monate zurückliegenden asthmatypischen Anamnese gemäß Ziffer
71 Nummer 1.2.1 und das Vorliegen mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

72 Bei Erwachsenen:

73 – Nachweis der Obstruktion bei FEV_1/VC kleiner/gleich $\leq 70\%$ und Nachweis der (Teil-)
74 Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 15% und mindestens 200 ml nach
75 Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,

76 – Zunahme der FEV_1 um mindestens 15% und mindestens 200 ml nach bis zu 28-tägiger
77 Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen
78 Glukokortikosteroiden,

79 – circadiane PEF-Variabilität größer $> 20\%$ über 3 bis 14 Tage,

80 – Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen,
81 standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

82 Im Alter von 5 bis 17 Jahren:

83 – Nachweis der Obstruktion bei FEV_1/VC kleiner/gleich $\leq 75\%$ und Nachweis der (Teil-)
84 Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 15% nach Inhalation eines kurz
85 wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,

86 – Zunahme der FEV_1 um mindestens 15% nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen
87 Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen
88 Glukokortikosteroiden,

89 – circadiane PEF-Variabilität größer $> 20\%$ über 3 bis 14 Tage,

90 – Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen,
91 standardisierten, nicht-inhalativen oder durch einen unspezifischen, standardisierten,
92 mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

<p>KBV, DKG, PatV:</p> <p>Kinder im Alter von 1 bis 5 Jahren:</p> <p>Für Klein- und Vorschulkindern, bei denen eine valide Lungenfunktion noch nicht durchführbar ist, müssen für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung die folgenden Kriterien erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ≥ 3 asthmatypische Episoden im letzten Jahr und – Ansprechen der Symptome auf einen Therapieversuch mit antiasthmatischen Medikamenten <p>und mindestens eines der folgenden Zusatzkriterien:</p>	<p>GKV-SV</p> <p>[streichen]</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Die Diagnose gilt auch als gestellt, wenn die Einschreibekriterien entsprechend denen für Kinder ab 5 Jahren erfüllt werden.</p>	
--	--

93 Statt des für alle Altersgruppen fixierten Grenzwertes von FEV1/VC ≤ 70 % bzw. 75 % zur
 94 Charakterisierung der Obstruktion können die neueren Sollwerte der Global Lung Initiative
 95 (GLI) eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von FEV1/VC berücksichtigen. Als unterer
 96 Grenzwert (LLN: lower limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64-faches
 97 der Streuung).

98 ~~Eine gleichzeitige Einschreibung in Teil I (Asthma bronchiale) und Teil II (COPD) des~~
 99 ~~strukturierten Behandlungsprogramms ist nicht möglich.~~

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

104 1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik

105 Bei Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale ist zu prüfen, ob eine
 106 allergologische Stufendiagnostik durchzuführen ist.

107 Die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung soll durch ~~eine/einen~~

108 - ~~eine~~ allergologisch qualifizierte~~n~~ und pneumologisch kompetente~~n~~ **Ärztin bzw. einen**
 109 **allergologisch qualifizierten und pneumologisch kompetenten Arzt** oder

110 - ~~eine~~ allergologisch und pneumologisch qualifizierte~~n~~ **Ärztin bzw. einen allergologisch und**
 111 **pneumologisch qualifizierten Arzt**

112 ~~Ärztin/Arzt~~ erfolgen.

113 1.3 Therapieziele

114 ~~Ziel der Therapie ist eine optimale Symptomkontrolle. Die Therapie dient insbesondere der~~
 115 ~~Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der~~
 116 ~~asthmabezogenen Lebensqualität~~ **und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken.**

117 Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der
 118 Patientin oder des Patienten anzustreben:

119 - ~~4. Vermeidung/Reduktion von:~~

120 - ~~von~~ akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome,
 121 Asthma-Anfälle/Exazerbationen),

122 ~~krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und~~
 123 ~~geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,~~

124 - ~~von~~ krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen
 125 Aktivitäten im Alltag,

126 - einer Progredienz der Krankheit,

- 127 - von unerwünschten Wirkungen der Therapie,
- 128 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und
- 129 geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen
- 130 bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der
- 131 bronchialen Hyperreagibilität;
- 132 - ~~z.~~ Reduktion der Asthma-bedingten Letalität,;
- 133 - adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
- 134 - das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

135 **1.4 Differenzierte Therapieplanung**

136 Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf
 137 der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen; dabei ist auch das Vorliegen
 138 von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) und Komorbiditäten (z. B. Rhinitis/Sinusitis)
 139 zu berücksichtigen.

140 Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in
 141 Ziffer Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren
 142 kann. ~~Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in~~
 143 ~~Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach Aufklärung über Nutzen und Risiken.~~
 144 Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind
 145 gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen.

<p>PatV, DKG, KBV:</p> <p>Bei Kindern im Alter von 1 bis 5 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.</p> <p>Unter Berücksichtigung der individuellen Konstellation soll auf die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung der Erkrankung hingewiesen werden.</p> <p>Entsprechend ist mindestens einmal jährlich eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale aufgrund veränderter Symptome zu überprüfen.</p>	<p>GKV-SV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
---	--

146 **1.4.1 Asthmakontrolle**

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

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

155 Mit den in der folgenden Tabelle genannten Kriterien kann die Güte der Asthmakontrolle, über
 156 die die medikamentöse Therapie gesteuert wird, in „kontrolliert“, „teilweise kontrolliert“ und
 157 „unkontrolliert“ eingeteilt werden. Bezugszeitraum sind jeweils die letzten 4 Wochen. Bei
 158 „kontrolliertem“ Asthma ist die Therapie adäquat und kann eventuell sogar reduziert werden,
 159 bei „teilweiser Asthmakontrolle“ ist eine Intensivierung der Behandlung zu prüfen. Bei
 160 „unkontrolliertem“ Asthma sind sofortige Therapieanpassungen erforderlich.

Asthmakontrolle	Kontrolliert (Alle Kriterien erfüllt)	Teilweise kontrolliert (1 bis 2 Kriterien)	Unkontrolliert
Symptome tagsüber	≤ 2 mal pro Woche	> 2 mal pro Woche	≥ 3 Kriterien des teilweise kontrollierten Asthmas innerhalb einer Woche
Einschränkung der Alltagsaktivitäten	Keine	Vorhanden	
Nächtliche Symptome	Keine	Vorhanden	
Einsatz der Bedarfsmedikation	≤ 2 mal pro Woche	> 2 mal pro Woche	

161 Darüber hinaus sollten für die Therapiesteuerung auch die aktuellen Ergebnisse der
 162 Lungenfunktionsprüfung und die Häufigkeit von Exazerbationen innerhalb der letzten
 163 12 Monate berücksichtigt werden. Hinweise auf ein teilweise kontrolliertes Asthma bronchiale
 164 oder unkontrolliertes Asthma bronchiale sind auch gegeben, wenn die Lungenfunktion
 165 eingeschränkt ist oder mindestens eine Exazerbation innerhalb der letzten 12 Monate
 166 aufgetreten ist. Dies sollte bei der Therapiesteuerung berücksichtigt werden.

167 Die Asthmakontrolle beruht somit auf klinisch leicht zu erfassenden Parametern und ist sowohl
 168 für die langfristige Verlaufskontrolle als auch als Grundlage der Therapie (-Anpassungen)
 169 geeignet.

170 1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

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

173 Folgende Untersuchungen und Maßnahmen sollten bei jedem Patientenkontakt durchgeführt
 174 werden:

- 175 - Anamnese und Abschätzung des Kontrollgrades, gegebenenfalls mit Prüfung der
- 176 Asthmakalender / Tagebücher / PEF-Protokolle („Peak Expiratory Flow“),
- 177 - Körperliche Untersuchung (Auskultation),
- 178 - Prüfung der Medikation und Begleitmedikation, Medikamenten- und Notfallplan,
- 179 - Prüfung der Inhalationstechnik, gegebenenfalls Einleitung von Schulungsmaßnahmen,
- 180 - Entscheidung über Weiterführung, Steigerung oder Absenkung der Dosis inhalativer
- 181 Glukokortikosteroide,
- 182 - Entscheidung über eventuell notwendige weitere diagnostische oder therapeutische
- 183 Maßnahmen nach Nummer 1.6.2.,
- 184 - Entscheidung über das zukünftige Kontrollintervall.

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

<p>KBV, DKG, PatV:</p> <p>Unabhängig vom Kontrollintervall soll <u>ab 5 Jahren</u> mindestens einmal pro Jahr eine Lungenfunktionsmessung durchgeführt und dokumentiert werden (Fluss/Volumen Kurve).</p>	<p>GKV-SV:</p> <p>Unabhängig vom Kontrollintervall soll mindestens einmal pro Jahr eine Lungenfunktionsmessung durchgeführt und dokumentiert werden (Fluss/Volumen Kurve).</p>
--	---

187 1.4.3 Selbstmanagement

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

- 191 - ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser
 192 (Allergien und/oder Triggerfaktoren),
- 193 - Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der Krankheitsverschlechterung
 194 (z. B. mittels Peak-flow-Protokollierung),
- 195 - einen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin erstellten individuellen
 196 Selbstmanagementplan,
- 197 - eine korrekte Inhalationstechnik.

198 **1.5 Therapeutische Maßnahmen**

199 1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

200 Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt oder der behandelnde Arzt soll die Patientin oder den
 201 Patienten insbesondere hinweisen auf:

- 202 – relevante Allergene und deren Vermeidung (~~so weit möglich~~),
- 203 – sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen,
 204 emotionale Belastung) und deren Vermeidung,
- 205 – Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des Asthma
 206 bronchiale führen können.

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

- 211 – Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder Konsultation
 212 erfragt werden.
- 213 – Raucherinnen und Raucher sollten in einer klaren und persönlichen Form dazu motiviert
 214 werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- 215 – Es ist festzustellen, ob die Raucherin oder der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen
 216 Ausstiegsversuch zu beginnen.
- 217 – Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur
 218 Raucherentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse,
 219 insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten
 220 Tabakentwöhnung und geeignete, vom Patienten selbst zu tragende Medikamente.
- 221 – Jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang
 222 zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm
 223 erhalten.
- 224 – Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem
 225 Ausstiegsdatum.
- 226 – Nicht entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher sollen zum Rauchverzicht motiviert
 227 werden.

228 1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

GKV-SV, KBV, DKG	PatV
Jede Patientin und jeder Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem	Jede Patientin und jeder Patient mit Asthma bronchiale soll erhält Zugang zu einem

<p>strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten.</p> <p>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.</p>	<p>strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten.</p> <p>Die Schulung dient insbesondere der Einübung und Vertiefung eines adäquaten Selbstmanagements <u>gemäß Nummer 1.4.3</u>, z. B. durch ein Grundverständnis der Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser, und der Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der Krankheitsverschlechterung <u>sowie die Vermittlung von Wissen um die Wirkungen und unerwünschten Effekte der Medikation.</u></p>
---	---

229 Im Übrigen gelten die ~~in § 4 unter Ziffer 4.2~~ genannten ~~Anforderungen Zugangs- und~~
 230 ~~Qualitätssicherungskriterien~~. Bei jeder Vorstellung des Patienten und der Patientin soll im Falle
 231 einer noch nicht erfolgten Schulung geprüft werden, ob eine Schulung empfohlen werden soll.

232 1.5.3 Körperliche Aktivitäten

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

235 Daher sollte die/der behandelnde Ärztin/Arzt ~~oder der behandelnde Arzt~~ regelmäßig darauf
 236 hinweisen, dass die Patientin oder der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen
 237 der körperlichen Aktivität ergreift. Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal
 238 jährlich überprüft werden. Insbesondere sollte darauf hingewirkt werden, dass Schulkinder mit
 239 Asthma bronchiale unter Berücksichtigung der individuellen und aktuellen Leistungsfähigkeit
 240 regelmäßig am Schulsport teilnehmen.

241 1.5.4 Rehabilitation

242 Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem
 243 asthmakranke Patientinnen und Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin
 244 unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu
 245 erlangen und aufrechtzuerhalten sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder
 246 wiederherzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft
 247 teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch Asthma bronchiale
 248 und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken.
 249 Dabei ist den besonderen Bedürfnissen betroffener Kinder und Jugendlicher Rechnung zu
 250 tragen.

251 Die Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden
 252 Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale sein.

253 Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung ist gemäß ~~Ziffer-Nummer~~ 1.6.4 individuell zu
 254 prüfen.

255 1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

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

262 1.5.6 Somatische Komorbiditäten

263 Erkrankungen der oberen Atemwege:

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

268 Adipositas:

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

273 Gastroösophageale Refluxkrankheit:

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

279 1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

280 Bei Patientinnen und Patienten, bei denen die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr
281 Arzneimitteln auf Grund von Multimorbidität oder der Schwere der Erkrankung erforderlich ist
282 oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln gibt, sind
283 folgende Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements vorzusehen:

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

294 In der Patientinnen- oder Patientenakte soll ein aktueller Medikationsplan vorhanden sein.
295 Dieser soll der Patientin oder dem Patienten oder einer Betreuungsperson in einer für diese
296 verständlichen Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden.

297 Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab
298 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der
299 Glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel
300 (eGFR) überwacht werden. Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die
301 Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall
302 der Nierenfunktion anzupassen.

303 1.5.8 Medikamentöse Maßnahmen

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

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

312 Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe
313 als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient

314 darüber zu informieren, ob für diese Wirksamkeitsbelege bezüglich der unter **Nummer**
315 **Ziffer** 1.3 genannten Therapieziele vorliegen.

316 In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika
317 (Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika
318 (Medikamente, die bei Bedarf, z. B. bei zu erwartenden körperlichen Belastungssituationen,
319 zur Behandlung von Dyspnoe und insbesondere bei Asthma-Anfällen eingesetzt werden)
320 unterschieden.

321 In der Inhalationstherapie ist nur die im Bronchialsystem deponierte Medikamentenmenge
322 wirksam. Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege, dem
323 Atemmuster, der Partikelgröße und dem **jeweiligen Applikationssystem** ~~Inhalationssystem~~. Es
324 sollte daher das **Applikationssystem** ~~Inhalationssystem~~ und die Instruktion bezüglich der
325 Anwendung individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten (insbesondere Alter und
326 Koordination) angepasst werden.

KBV, DKG, PatV:	GKV-SV
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.	[streichen]

327 Darüber hinaus ist es sinnvoll, bei Verwendung mehrerer inhalativer Medikamente für alle
328 Präparate den gleichen Typ von **Applikationssystem** ~~Inhalationssystem~~ einzusetzen. Nach
329 einer initialen Einweisung in die ~~Inhalationstechnik~~ **Applikationstechnik** sollte diese in jedem
330 Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden. Bei Patientinnen und
331 Patienten, bei denen ein Wechsel des Applikationssystems absehbar Probleme bereiten wird,

GKV-SV, KBV, DKG:	PatV:
<u>kann</u> unter Dokumentation der besonderen Gründe im Einzelfall bei der Verordnung die Substitution durch Setzen des Aut-idem-Kreuzes ausgeschlossen werden.	<u>soll</u> unter Dokumentation der besonderen Gründe im Einzelfall bei der Verordnung die Substitution durch Setzen des Aut-idem-Kreuzes ausgeschlossen werden.

332 Bei mangelnder Kontrolle der Asthma-Symptome sollte vor einer Steigerung der
333 medikamentösen Therapie immer versucht werden, die folgenden Fragen abzuklären:

- 334 - Wurden die verordneten Medikamente angewendet?
335 - Wurden sie richtig angewendet?
336 - Haben sich die Risikofaktoren verändert? (Auslöser, Komorbiditäten, Interaktion mit
337 weiteren Medikationen)
338 - Ist die Diagnose Asthma bronchiale korrekt?

339 Bei guter Asthma-Kontrolle über einen längeren Zeitraum (z. B. über drei Monate bei Einsatz
340 inhalativer Glukokortikosteroide) soll die Reduktion der Therapie erwogen werden.

341 1.5.8.1 Dauertherapie bei Erwachsenen

342 Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

343 1. Basistherapie

- 344 - inhalative Glukokortikosteroide,

345 2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen **zusätzlich zur Gabe von inhalativen**
346 **Glukokortikosteroiden** in Betracht:

- 347 - inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika

348 - ~~in begründeten Fällen~~ Wenn trotz dieser erweiterten Basistherapie ein
 349 unkontrolliertes Asthma bronchiale besteht, stehen zur Modifikation bzw. Eskalation
 350 zur Verfügung:

- 351 - langwirksame Anticholinergika
- 352 - systemische Glukokortikosteroide
- 353 - Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
- 354 - Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- 355 - Anti-IgE-Antikörper

356 Bei Patientinnen und Patienten mit, trotz Ausschöpfung einer erweiterten
 357 Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem, schwerem persistierendem
 358 allergischem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-
 359 IgE-Antikörper oder Anti-IL-5-Antikörper) erwogen werden. Hierfür soll eine
 360 Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder
 361 zur qualifizierten Einrichtung erfolgen. Anti-IgE-Antikörper geprüft werden:

362 Bei Undurchführbarkeit einer Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (z. B. Ablehnung
 363 oder Unverträglichkeit) als Basismedikation ist vor Verordnung einer unterlegenen,
 364 alternativen antientzündlichen Therapie ein Aufklärungsgespräch über Risiken dieser
 365 Therapieoptionen zu führen.

KBV, DKG, PatV:	GKV-SV:
1.5.8.2 Dauertherapie bei 5-17-Jährigen Kindern und Jugendlichen (1 bis 17 Jahre)	1.5.8.2 Dauertherapie bei 5-17-Jährigen

366 Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

- 367 1. Basistherapie
 - 368 - ~~Vorzugsweise~~ niedrig dosierte inhalative Glukokortikosteroide
 - 369 - in begründeten Fällen alternativ Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
- 370 2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen in Betracht:
 - 371 - Steigerung der Dosis des inhalativen Glukokortikosteroids ~~auf eine mittelhohe Dosis~~
 - 372 - Kombination von inhalativen Glukokortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-
 373 Antagonisten

KBV, DKG, PatV:	GKV-SV:
- bei Kindern ab 4 Jahren inhalative lang wirksame Beta-2- Sympathomimetika (nur in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden)	- inhalative lang wirksame Beta-2- Sympathomimetika (nur in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden)

374 3. Im Ausnahmefall, bei ~~sonst~~ einem trotz der erweiterten Basistherapie nicht ausreichend
 375 kontrolliertem ~~haren~~ Verläufen Asthma bronchiale können zusätzlich erwogen werden:

- 376 - systemische Glukokortikosteroide
- 377 - Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)

378 - eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper) bei schwerem
379 persistierendem Asthma bronchiale

380 ~~—Anti-IgE Antikörper~~

381 ~~Bei Patientinnen und Patienten mit, trotz Ausschöpfung einer erweiterten~~
382 ~~Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem, schwerem persistierendem~~
383 ~~allergischem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit Anti-IgE Antikörper~~
384 ~~geprüft werden.~~

385 Die Verordnung von Medikamenten nach 3. sollte durch die jeweils qualifizierte Fachärztin/
386 oder den jeweils qualifizierten Facharzt oder durch die qualifizierte Einrichtung erfolgen.

387 Bei der Verordnung sind die altersabhängigen Zulassungseinschränkungen zu
388 berücksichtigen.

389 1.5.8.3 Bedarfstherapie/~~Anfallstherapie~~ Therapie der Exazerbation

390 Eine Bedarfsmedikation soll bei akuten asthmatischen Beschwerden kann beispielsweise
391 bei körperlicher Belastung eingesetzt werden Dyspnoe, pulmonalen Infekten oder
392 Obstruktionen unterschiedlichen Schweregrades notwendig sein. Vorrangig sollten bei der
393 Bedarfstherapie/~~Anfallstherapie~~ Therapie der Exazerbation folgende Wirkstoffgruppen
394 Anwendung finden:

395 - ~~rasch~~ kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ),

396 ~~—kurz wirksame Anticholinergika (5-17-Jährige)~~

397 Bei unzureichendem Ansprechen kommen in Betracht:

398 - der kurzfristige Einsatz systemischer Glukokortikosteroide (maximal bis zu 2 Wochen).
399 In der Regel ist bei Kindern ein Einsatz für 3 bis 5 Tage, bei Erwachsenen für 5 bis
400 7 Tage ausreichend.

401 - kurz wirksame Anticholinergika

402 - Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung).

403 ~~Die~~er Asthma-Anfall~~Exazerbation~~ kann durch Infekte, Allergenexposition,
404 Medikamentenunverträglichkeit, irritativ-toxische Ursachen sowie körperliche Belastung
405 hervorgerufen werden. Die Gabe von Antibiotika ist bei der im Asthma-Anfall~~Exazerbation~~ in
406 der Regel nicht indiziert.

407 1.5.8.4 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung

408 ~~Wenn bei Vorliegen eines allergischen Asthma bronchiale Symptome mit~~
409 ~~Allergenkarenzversuch und Pharmakotherapie nicht ausreichend zu beseitigen sind, ist die~~
410 ~~Indikation zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie/Hyposensibilisierung zu prüfen.~~

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

415 1.5.8.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft

416 Die medikamentöse Langzeittherapie und die Bedarfstherapie des Asthma bronchiale sollen
417 während der Schwangerschaft in der Regel in der gewohnten Weise fortgeführt werden.

418 1.5.8.6 Schutzimpfungen

419 Schutzimpfungen gegen Influenza und Pneumokokken sollten gemäß der Richtlinie des
420 Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V

421 (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale
 422 erwogen werden.

423 **1.6 Kooperation der Versorgungssektoren**

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

427 1.6.1 Koordinierende/r Ärztin/Arzt oder koordinierender Arzt

428 Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im
 429 Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin
 430 oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
 431 beschriebenen Aufgaben.

PatV	GKV-SV, KBV, DKG
Bei Kindern und Jugendlichen sind dies in der Regel Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.	[streichen]

432 In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Asthma bronchiale eine/
 433 zugelassene/~~n~~ oder ermächtigte/~~n~~ qualifizierte/~~n~~ Fachärztin/~~Facharzt~~ oder einen
 434 zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die
 435 für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b-137f
 436 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung
 437 teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren
 438 Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann,
 439 wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder
 440 diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung
 441 aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Nummer
 442 Ziffer 1.6.2 sind von der gewählten Ärztin oder dem gewählten Arzt oder der gewählten
 443 Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der
 444 Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

445 ~~Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der/des qualifizierten~~
 446 ~~Fachärztin/Facharztes oder der qualifizierten Einrichtung befinden, hat diese/dieser bei einer~~
 447 ~~Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an die Hausärztin oder den~~
 448 ~~Hausarzt möglich ist.~~

449 1.6.2 Überweisung von der/~~dem~~ koordinierenden Ärztin/Arzt oder vom koordinierenden Arzt
 450 zur/~~zum~~ jeweils qualifizierten Fachärztin/~~Facharzt~~ oder zum jeweils qualifizierten
 451 Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

452 ~~Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen~~
 453 ~~eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und/oder zur erweiterten Diagnostik von~~
 454 ~~Patientinnen und Patienten zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur~~
 455 ~~qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:~~

456

GKV-SV, DKG, KBV	PatV
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	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

jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen:	qualifizierten Einrichtung erfolgen; <u>bei Kindern und Jugendlichen sind dies in der Regel eine Fachärztin bzw. ein Facharzt mit Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung Pädiatrische Pneumologie:</u>
---	---

- 457 – bei schwerem unkontrolliertem Asthma bronchiale,
- 458 – zur Überprüfung der Indikation einer Langzeittherapie mit systemischen
- 459 Glukokortikosteroiden,
- 460 – bei Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft,
- 461 – bei Einleitung einer Therapie mit Antikörper (z. B. Anti-IgE Antikörper, Anti-IL-5 Antikörper),
- 462 – bei Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale.
- 463 Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen
- 464 werden:
- 465 ~~— bei unzureichender Asthmakontrolle trotz intensivierter Behandlung~~
- 466 – ~~wenn eine Langzeittherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden begonnen oder~~
- 467 ~~beendet werden soll~~
- 468 – bei Kindern, bei denen ein kontrolliertes Asthma bronchiale durch eine erweiterte
- 469 Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden nicht zu erreichen
- 470 ist,
- 471 ~~— Einleitung einer Therapie mit Anti-IgE-Antikörper~~
- 472 ~~— vorausgegangene Notfallbehandlung,~~
- 473 – bei Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinitis/Sinusitis, rezidivierender
- 474 Pseudo-Kkrupp),
- 475 ~~— Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale,~~
- 476 – zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer spezifischen Immuntherapie bei
- 477 allergischem Asthma bronchiale.
- 478 ~~— Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale,~~
- 479 ~~— Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft.~~
- 480 Im Übrigen entscheidet die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nach
- 481 pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
- 482 Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der Fachärztin oder des
- 483 Facharztes oder der qualifizierten Einrichtung befinden, hat diese bzw. dieser bei einer
- 484 Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob die weitere Behandlung durch die Hausärztin oder
- 485 den Hausarzt möglich ist.
- 486 1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus
- 487 Indikationen zur sofortigen stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen
- 488 und Patienten (Erwachsene und Kinder/Jugendliche) unter folgenden Bedingungen:
- 489 – Verdacht auf lebensbedrohlichen Anfall,
- 490 – schwerer, trotz initialer Behandlung persistierender Anfall.
- 491 Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:
- 492 ~~— bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,~~

- 493 – bei Erwachsenen:
- 494 - Absinken des Peakflows unter ca. 30 % des persönlichen Bestwertes bzw.
- 495 unter 100 l/min,
- 496 - **deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung,**
- 497 - Atemfrequenz mehr als ca. 25 pro Minute,
- 498 - Sprech-Dyspnoe,
- 499 - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- 500 – bei Kindern und Jugendlichen:
- 501 - Absinken des Peakflows unter ca. 50 % des persönlichen Bestwertes,
- 502 - fehlendes Ansprechen auf kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika,
- 503 - ~~deutlicher Abfall der~~ **erniedrigte** Sauerstoffsättigung,
- 504 - Sprech-Dyspnoe,
- 505 - Einsatz der Atemhilfsmuskulatur,
- 506 - deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz,
- 507 - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- 508 – **bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,**
- 509 – bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen Kindes.
- 510 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
- 511 Einweisung.

512 1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

513 ~~Eine Rehabilitationsleistung ist insbesondere zu erwägen bei schweren Asthmaformen mit~~

514 ~~relevanten Krankheitsfolgen trotz adäquater medizinischer Betreuung, insbesondere bei~~

515 ~~Ausschöpfung der Therapie bei schwierigen und instabilen Verläufen mit schwerer bronchialer~~

516 ~~Obstruktion, ausgeprägter bronchialer Hyperreagibilität, psychosozialer Belastung und/oder~~

517 ~~bei schweren medikamentös bedingten Folgekomplikationen.~~

518 **Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. Dabei sind die**

519 **Schwere des Asthma bronchiale, ggf. bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die**

520 **psychosoziale Belastung zu beachten.**

521 Bei Kindern und Jugendlichen ist eine Rehabilitationsmaßnahme außerdem zu erwägen bei

522 krankheitsbedingt drohender Leistungs- und Entwicklungsstörung.

523 **2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Fünften**

524 **Buches Sozialgesetzbuch)**

525 ~~Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.~~

526 **Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser**

527 **Richtlinie geregelt.**

528 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

Qualitätsziel	Qualitätsindikator
---------------	--------------------

Steigerung des Hoher Anteils an Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Patientinnen und Patienten mit kontrolliertem Asthma bronchiale mit guter Symptomkontrolle	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit kontrolliertem Asthma bronchiale, mit guter Symptomkontrolle bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer Patientinnen und Patienten
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
Erhöhung des Hoher Anteils geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale bzw. deren Betreuungspersonen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten (bzw. deren Betreuungspersonen), die an einer empfohlenen Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer Patientinnen und Patienten , denen eine Schulung empfohlen wurde
Erhöhung des Hoher Anteils der an Teilnehmerinnen und Teilnehmern Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten , die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan einsetzen erhalten haben , bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten
Vermeidung Niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher stationärer notfallmäßiger Behandlungen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher stationärer notfallmäßiger Behandlung des Asthma in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale mit Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der ungeplanten, auch notfallmäßigen (ambulant und stationär) ärztlichen stationären notfallmäßigen Behandlungen
Erhöhung des Hoher Anteils an Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten , die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit Dauermedikation
Erhöhung des Hoher Anteils an Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Patientinnen und Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten , bei denen im Dokumentationszeitraum die Inhalationstechnik überprüft wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit inhalativer Medikation

Niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	<ol style="list-style-type: none"> 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
Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV1-Wert	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV1-Wert in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer

529 **3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f**
530 **Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

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

535 **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

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

538 Die Ausführungen in § 3 dieser Richtlinie zu Ziffer 3.1 der Anlage 4 gelten entsprechend mit
539 der Maßgabe, dass die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des
540 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird.

541 **3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

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

547 ~~Eine/Ein Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, die~~ aktuell unter Regelmedikation
548 ~~stehende/r Patientin/Patient mit Asthma bronchiale, können~~ kann eingeschrieben werden,
549 wenn die Diagnose vor Therapiebeginn wie unter Ziffer in Nummer 1.2.2 gestellt wurde und
550 eine asthmatypische Anamnese aus dem Zeitraum der letzten zwölf Monate vor Einschreibung
551 vorliegt.

552 Eine gleichzeitige Einschreibung in ein Teil I (DMP Asthma bronchiale) und ein DMP Teil II
553 (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms ist nicht möglich.

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

558 Für Versicherte, die auf Basis der unter Teil B, II, Nummer 1.2 der DMP-Richtlinie festgelegten
559 Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V
560 eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik
561 erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

562 **4 Schulungen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Fünften Buches** 563 **Sozialgesetzbuch)**

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

569 **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

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

572 ~~Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten~~
573 ~~Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Management-~~
574 ~~Komponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die~~
575 ~~Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten~~
576 ~~Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender~~
577 ~~Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von~~
578 ~~entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.~~

579 **4.2 Schulungen der Versicherten**

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

582 ~~Jede Patientin und jeder Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem strukturierten,~~
583 ~~evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm~~
584 ~~erhalten.~~

585 ~~Patientenschulungen dienen der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des~~
586 ~~Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Hierbei ist~~
587 ~~der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach~~
588 ~~§ 137 f Abs. 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch herzustellen. Der bestehende~~
589 ~~Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.~~

590 ~~Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen,~~
591 ~~gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt und ihre Ausrichtung an den unter Ziffer~~
592 ~~1.3 genannten Therapiezielen belegt werden. Schulungs- und Behandlungsprogramme~~
593 ~~müssen die individuellen Behandlungspläne berücksichtigen. Schulungsprogramme für Kinder~~
594 ~~sollen und für Jugendliche können die Möglichkeit der Schulung von ständigen~~
595 ~~Betreuungspersonen vorsehen. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.~~

596 **5 Evaluation (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches** 597 **Sozialgesetzbuch)**

598 Die Ausführungen zu Ziffer 5 der Anlage 1 gelten entsprechend.

599 Für die Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 1 DMP-A-RL sind mindestens folgende
600 medizinische Parameter auszuwerten:

- 601 a) Tod
- 602 b) Raucherquote allgemein

- 603 c) Raucherquote im Kollektiv der Raucher
- 604 d) Ungeplante notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale
- 605 e) Asthmakontrolle (kontrolliert, teilkontrolliert, unkontrolliert)
- 606 f) Medikation
- 607 g) Schulungen

608 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 der DMP-Anforderungen-
609 Richtlinie ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein
610 DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter
611 festgelegt.
612

613 **Anlage 10 Asthma bronchiale - Dokumentation**
614

Asthma bronchiale - Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber ¹	Häufiger als 2mal wöchentlich / bis zu 2mal wöchentlich / Keine Häufiger als 2 mal wöchentlich / 1 bis 2 mal wöchentlich / < 1 mal wöchentlich / Keine
1a	In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation ⁴	Häufiger als 2 mal wöchentlich / 1 bis 2 mal wöchentlich / < 1 mal wöchentlich / Keine
2	Aktueller Peak-Flow-Wert	Wert/Nicht durchgeführt
2a	In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale	Ja / Nein
2b	In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes	Ja / Nein
2c	Aktueller FEV ₁ -Wert (mindestens alle 12 Monate)	X Prozent des Soll-Wertes / Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
3	Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche notfallmäßige Stationäre Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
Medikamente		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Kurz wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6a	Systemische Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein / Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten / Andere
8	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
Schulung		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei	Ja / Nein

	aktueller Dokumentation)	
9a	Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen ^{3,6}	Ja / Nein
10	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen ⁶	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja / Nein
11a	Therapieanpassung	Keine / Steigerung der Medikation / Verbesserung der Anwendung der Medikation / Reduktion der Medikation ⁵

615 ¹ Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

616 ² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden
617 Dokumentationen zu machen.

618 ³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.

619 ⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Ohne prophylaktische Anwendung vor Sport

620 ⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Mehrfachnennungen möglich

621 ⁶ PatV Hinweis für die Ausfüllanleitung: betrifft auch die Schulung von Angehörigen von Kindern [GKV-SV,
622 KBV und DKG: streichen]

623

624 „

625

626 II. Die Änderung der Richtlinie tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im
627 Bundesanzeiger folgenden Quartals, nicht jedoch vor dem 1. April 2018, in Kraft.
628 Gleichzeitig tritt Teil B – II Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für
629 Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen – Teil I:
630 Asthma bronchiale (ab 5 Jahre) der DMP-Richtlinie in der Fassung vom 16.02.2012 (BAnz
631 AT 18.07.2012 B3), zuletzt geändert am 21.07.2016 (BAnz AT 14.10.2016 B3), außer
632 Kraft.

633

634 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter
635 www.g-ba.de veröffentlicht.

636

637 Berlin, den T. Monat JJJJ

638

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

639

640

641

642

Prof. Hecken

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

1 **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen**
2 **Bundesausschusses**
3 **über die X. Änderung der DMP-Anforderungen-**
4 **Richtlinie (DMP-A-RL):**
5 **Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma**
6 **bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma**
7 **bronchiale Dokumentation)**

8 Stand: 10.05.2017

9

10 **Legende:**

11 **Gelb hinterlegte Textteile:** Dissente Positionen

12 Unterstreichungen markieren Unterschiede zwischen dissidenten Positionen

13

14 Vom Beschlussdatum

15

Inhalt

16	1. Rechtsgrundlage.....	2
17	2. Eckpunkte der Entscheidung.....	2
18	3. Bürokratiekostenermittlung	18
19	4. Verfahrensablauf.....	18
20	5. Fazit	20

21

22

23 **1. Rechtsgrundlage**

24 Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen
 25 Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember
 26 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten
 27 Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den
 28 Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Absatz 2 SGB V
 29 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung
 30 von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die er gemäß
 31 § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat.

32 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

33 **Allgemeines**

34 Die Anforderungen der DMP-A-RL an die Behandlung von DMP werden nach dem aktuellen
 35 Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien
 36 oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des
 37 jeweiligen Versorgungssektors normiert, vgl. § 137f Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V. Bei der
 38 Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch
 39 an Leitlinientexten orientieren.

40 Mit diesem Beschluss werden die am 21. Juli 2011 beschlossenen und als Teil B Abschnitt II.
 41 der DMP-Richtlinie (DMP-RL) in Kraft getretenen Regelungen zu Anforderungen an die
 42 Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale aktualisiert und in die
 43 Anlage 9 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) überführt.

44 Wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung ist insbesondere die „Systematische
 45 Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für das DMP
 46 chronisch obstruktive Lungenerkrankung“ des IQWiG vom 26. November 2013. Die folgenden
 47 Ausführungen erläutern die Änderungen der Anforderungen an die Behandlung von
 48 Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale im Vergleich zu der zuvor geltenden
 49 Regelung in Teil B Abschnitt II. DMP-RL.

50 **Zur Bezeichnung der Anlage**

51 Bislang war unter der Bezeichnung „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme
 52 für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen“ in der
 53 DMP-RL als Teil I „Asthma bronchiale“ (Teil B Abschnitt II. DMP-RL) geregelt. Bereits mit der
 54 neuen Bezeichnung der Anlage 11 der DMP-A-RL „Anforderungen an das strukturierte
 55 Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver
 56 Lungenerkrankung (COPD)“ wurde die bisherige Regelung der Erkrankungen Asthma
 57 bronchiale und COPD als Untergliederungen des strukturierten Behandlungsprogramms
 58 „Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen“ aufgegeben. Mit der Überführung des DMP
 59 Asthma bronchiale in die DMP-A-RL wird dieser Schritt abgeschlossen.

60 **Zu Nummer 1.1 Definition des Asthma bronchiale**

61 Die Ergänzung der Charakteristika des Asthma bronchiale um „typische Symptome“ dient der
 62 Präzisierung.

63 **Zu Nummer 1.2 Diagnostik**

64 Vorgaben zur Einschreibung von Patientinnen und Patienten in ein strukturiertes
 65 Behandlungsprogramm bei nebeneinander bestehendem Asthma bronchiale und COPD
 66 waren in der DMP-RL in Teil B II. in Nummer 1.2.1 „Anamnese, Symptomatik und körperliche
 67 Untersuchung“ geregelt. Da es sich um übergeordnete Regelungen handelt, wurden diese
 68 Absätze in Anlage 9 der DMP-A-RL in Nummer 1.2 verortet.

KBV, DKG	PatV	GKV-SV
----------	------	--------

<p>Die seit der letzten Überarbeitung aktualisierten Leitlinien betonen, dass die Diagnose Asthma in jedem Lebensalter ein Sammelbegriff für eine Reihe unterschiedlicher Verlaufsformen ist (CTS CPS Position Paper 2015, BTS/SIGN 2016, GINA 2016).[10,26,31] Die Diagnose kann aufgrund anamnestischer Angaben und klinischer Befunde bei fehlendem Hinweis auf eine alternative Diagnose gestellt werden. Einen diagnostischen Goldstandard gibt es in keiner Altersgruppe, eine untere oder obere Altersgrenze für die Diagnose wird nicht benannt.</p> <p>Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Erkrankung bei Kindern unter 5 Jahren (GINA 2016).[31] Die Diagnose Asthma wird in der Mehrzahl aller Fälle bereits vor dem 3. Lebensjahr gestellt.[55]</p> <p>Die Häufigkeit von Hospitalisierungen als Ausdruck einer schweren Verlaufsform ist bei jüngeren Kindern signifikant höher [55,58] als in den bisher im DMP teilnehmenden Altersgruppen.</p> <p>Zwischenzeitlich wurde zunehmend deutlich, dass die 2008 von der ERS (European Respiratory Society) statt der Diagnose Asthma empfohlenen Begriffe wie "Viral</p>	<p>Die seit der letzten Überarbeitung aktualisierten Leitlinien betonen, dass die Diagnose Asthma in jedem Lebensalter ein Sammelbegriff für eine Reihe unterschiedlicher Verlaufsformen ist (CTS CPS Position Paper 2015, BTS/SIGN 2016, GINA 2016).[10,26,31] Die Diagnose kann aufgrund anamnestischer Angaben und klinischer Befunde bei fehlendem Hinweis auf eine alternative Diagnose gestellt werden. Einen diagnostischen Goldstandard gibt es in keiner Altersgruppe, eine untere oder obere Altersgrenze für die Diagnose wird nicht benannt.</p> <p>Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Erkrankung bei Kindern unter 5 Jahren (GINA 2016).[31] Die Diagnose Asthma wird in der Mehrzahl aller Fälle bereits vor dem 3. Lebensjahr gestellt.[55]</p> <p>Die Häufigkeit von Hospitalisierungen als Ausdruck einer schweren Verlaufsform ist bei jüngeren Kindern signifikant höher [55,58] als in den bisher im DMP teilnehmenden Altersgruppen.</p> <p>Zwischenzeitlich wurde zunehmend deutlich, dass die 2008 von der ERS (European Respiratory Society) statt der Diagnose Asthma empfohlenen Begriffe wie "Viral</p>	<p>Die Einbeziehung von Kindern unter 5 Jahren in das DMP Asthma bronchiale wurde im G-BA beraten. Der den Beratungen zugrunde liegende IQWiG-Bericht V12-03 „Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma bronchiale“ weist darauf hin, dass „mehrere Leitlinien mit überwiegend niedriger GoR-Kategorie Empfehlungen zu Diagnostik bei Kindern unter 5 Jahren geben. Die Leitlinien weisen explizit auf die Schwierigkeiten der Diagnosestellung bei Kindern dieser Altersgruppe hin.“ Auch aktuelle Leitlinien beschreiben, dass es keinen Goldstandard bezüglich der Diagnose von Asthma gibt und somit keine evidenzbasierte Empfehlung gegeben werden kann (BTS-SIGN 2016)[10] und dass es schwierig ist, die Diagnose Asthma bei Kindern unter 5 Jahren sicher zu stellen, weil asthmaähnliche/respiratorisch-obstruktive Episoden auch bei Kindern ohne Asthma üblich sind (GINA 2016).[31] Es bestehen demzufolge weiterhin Unsicherheiten der Diagnosestellung besonders in dieser Altersgruppe. Da auch eine Gruppe der betroffenen Kinder später wieder gesunden kann, ist für die Einschreibung in ein DMP das notwendige Kriterium der gesicherten Diagnose einer chronischen Erkrankung nicht gegeben, was auf die Risiken der Fortschreibung einer therapeutischen Intervention hinweist. Kinder in dieser Altersgruppe bedürfen der sorgfältigen, die klinische Symptomatik überprüfenden ärztlichen Begleitung mit notwendigen Interventionen (altersadaptierte medikamentöse Therapie, optimale Symptomkontrolle und Instruktion der Bezugsperson) und nicht der Therapiesicherung in einem Chronikerprogramm. Insofern ergibt sich keine Änderung der</p>
--	--	---

<p>induced wheezing" oder "multitrigger wheeze" lediglich zur Charakterisierung des aktuellen Beschwerdebildes geeignet sind. Sie beschreiben keine konstanten Phänotypen, die eine valide prognostische Aussage ermöglichen.[7,8]</p> <p>Es ist sinnvoll, auch in dieser Altersgruppe die Diagnose Asthma zu verwenden. Andere umschreibende Bezeichnungen („spastische Bronchitis“, „rezidivierende obstruktive Bronchitis“ „multitrigger wheeze“) sind für Eltern oft unverständlich und verschlechtern deshalb die Adhärenz für eine notwendige asthmaspezifische Therapie (CTS and CPS Position Paper, 2015).</p> <p>Durch ein strukturiertes Management mit regelmäßigen Kontrollen kann auf die in diesem Alter häufige Veränderung der Symptomatik angemessen reagiert werden. Unter- und Überbehandlung können besser vermieden werden (GINA 2016, A; BTS/SIGN 2016, B).[10,31]</p>	<p>induced wheezing" oder "multitrigger wheeze" lediglich zur Charakterisierung des aktuellen Beschwerdebildes geeignet sind. Sie beschreiben keine konstanten Phänotypen, die eine valide prognostische Aussage ermöglichen.[7,8]</p> <p>Es ist sinnvoll, auch in dieser Altersgruppe die Diagnose Asthma zu verwenden. Andere umschreibende Bezeichnungen („spastische Bronchitis“, „rezidivierende obstruktive Bronchitis“ „multitrigger wheeze“) sind für Eltern oft unverständlich und verschlechtern deshalb die Adhärenz für eine notwendige asthmaspezifische Therapie (CTS and CPS Position Paper, 2015).</p> <p>Durch ein strukturiertes Management mit regelmäßigen Kontrollen, <u>auch in Bezug auf eine mögliche Beendigung der Teilnahme am DMP Asthma bronchiale (siehe auch Tragende Gründe zu Nummer 1.4)</u> kann auf die in diesem Alter häufige Veränderung der Symptomatik angemessen reagiert werden. Unter- und Überbehandlung können besser vermieden werden (GINA 2016, A; BTS/SIGN 2016, B).[10,31]</p>	<p>Altersgruppe für das DMP Asthma bronchiale.</p>
--	---	--

69 **Zu Nummer 1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung**

70 Die Umformulierung des Spiegelstriches zu den zu berücksichtigenden Symptomen erfolgt
 71 aus Gründen der sprachlichen Präzisierung.

- 72 Die Präzisierung der anamnestisch zu erfragenden Symptome erfolgte in Anlehnung an die
 73 Leitlinie GINA 2016.[31]
- 74 Kann das Asthma bronchiale als Berufserkrankung identifiziert werden, ist eine Meldung an
 75 die zuständige Berufsgenossenschaft geboten. Die ausführlichere Darstellung dieses Aspekts,
 76 der eine Einschreibung ins DMP Asthma bronchiale ausschließt, hat hier eine klarstellende
 77 Funktion.
- 78 Die Frage nach bedeutsamen Komorbiditäten bei Asthma bronchiale wurde in die Anamnese
 79 aufgenommen, da diese zur Symptomatik, zur Verminderung der Lebensqualität und zu einer
 80 schlechteren Asthmakontrolle beitragen und damit auch therapierelevant sind.[31]
- 81 **Zu Nummer 1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik**
- 82 Zwei Absätze wurden in Nummer 1.2 Diagnostik verschoben (siehe Begründung zu
 83 Nummer 1.2).

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
<p>Erschwert wird die Diagnosestellung bei Kindern bis zu 5 Jahren dadurch, dass die Durchführung einer Lungenfunktion zum Nachweis der reversiblen Atemwegsobstruktion in dieser Altersgruppe oft noch nicht möglich ist. Als Aufnahmekriterium in das Programm müssen für diese Altersgruppe deshalb klinische Kriterien gelten. Die hier aufgeführten Kriterien sind übereinstimmend in allen aktuellen Leitlinien aufgeführt (GINA 2016, BTS/SIGN 2016, CTS 2015).[10,26,31]</p> <p>Hauptkriterien:</p> <p>≥ 3 asthmatypische Episoden im letzten Jahr</p> <p>Im Alter unter 5 Jahren sind asthmaähnliche Symptome (Giemen, expiratorische Atemgeräusche) im Rahmen von Infekten sehr häufig. Durch die altersbedingte physiologische Enge der Bronchien kann dabei auch das asthmatypische Giemen auftreten. Ob es sich dabei um die initiale Manifestation eines Asthmas handelt, ist oft schwer zu entscheiden. Zum Ausschluss leichterer, passagerer Verläufe müssen deshalb mindestens 3 (GINA 2016)[31] Episoden asthmatischer Symptome in einer die Lebensqualität beeinträchtigenden Ausprägung innerhalb der letzten 12 Monate vor Einschreibung vorgelegen haben. Dies trifft insbesondere zu, wenn die Symptome länger als für einen Infekt typisch anhalten (GINA 2016 >10Tage)[31], den Nachtschlaf beeinträchtigen bzw. das Kind in seiner Vitalität einschränken (BTS/SIGN 2016 2++).[10]</p> <p>Ansprechen der Symptome auf einen Therapieversuch mit antiasthmatischen Medikamenten</p> <p>In der Regel wird der Nachweis durch einen Behandlungsversuch mit kurz wirksamen Bronchodilatoren geführt. Der Erfolg sollte nach Möglichkeit auskultatorisch bestätigt werden. Ein Therapieversuch kann auch in Kombination mit niedrig dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden für mindestens 8-12 Wochen durchgeführt werden (GINA 2016 Evidenzgrad D).[31] Wird ein solcher Therapieversuch zur Sicherung der Diagnose durchgeführt, ist ein anschließender Auslassversuch oft eine sinnvolle Ergänzung (BTS/SIGN 2016).[10]</p> <p>Zusatzkriterien:</p> <p>Giemen/Pfeifen auch unabhängig von Infekten, insbesondere bei körperlicher Anstrengung oder Allergenkontakt</p>	<p><i>[streichen]</i></p>

Bei den betroffenen Kindern sollte immer auch gezielt nach Husten bei Lachen oder Weinen gefragt werden. Diese auf persistierendes Asthma hinweisenden Symptome werden oft nicht spontan angegeben. Bei der Auskultation im beschwerdefreien Intervall sollten die Kinder zu forcierter Atmung angehalten werden. Bei einem Teil der Kinder kann durch körperliche Anstrengung (z. B. freies Laufen) ein Giemen provoziert werden.

Stationärer Aufenthalt wegen obstruktiver Atemwegssymptome

Die stationären Aufenthalte wegen obstruktiver Atemwegssymptome sind ein gut untersuchter, wichtiger Hinweis auf eine ausgeprägte und unkontrollierte Symptomatik. Diese Kinder haben ein besonderes Risiko für ein persistierendes Asthma.[32]

Atopische Erkrankung des Kindes, Asthma bronchiale bei Eltern oder Geschwistern, Nachweis einer Sensibilisierung

Eine Erkrankung des Kindes an einem atopischen Ekzem, Nahrungsmittelallergien oder einer allergischen Rhinitis ebenso wie eine familiäre, insbesondere mütterliche Belastung mit Asthma bronchiale und/oder der Nachweis einer Sensibilisierung gegen Inhalations- oder Nahrungsmittelallergene, sind wichtige Risikofaktoren für ein über die frühe Kindheit hinaus bestehendes Asthma bronchiale (BTS/SIGN 2016 2++, GINA 2016 D).[10,31]

Diese diagnostischen Kriterien gelten auch für Kinder im Alter von 5 Jahren, deshalb wurde hier bewusst eine Überschneidung der Altersbereiche 1 bis 5 Jahre und 5 bis 17 Jahre zugelassen. In den Leitlinien wird die apparative Lungenfunktionsmessung durch Spirometrie regelhaft frühestens ab dem 5. Lebensjahr, meist erst ab dem Schulalter, empfohlen. Valide Lungenfunktionsuntersuchungen sind aber - zumeist auf der spezialisierten Versorgungsebene - bei einem Teil der Kinder unter 5 Jahren durchführbar und dann eine sinnvolle Ergänzung zur Bestätigung der Diagnose.[28]

84 Die Messwerte von FEV1/VC sind altersabhängig und liegen bei lungengesunden Kindern
85 über 75 %, bei älteren lungengesunden Erwachsenen unter 70 %. Dieser Grenzwert von 70 %
86 führt daher zu einer Unterschätzung der Obstruktion bei jungen Menschen und einer
87 Überschätzung der Obstruktion bei älteren Menschen. Daher sind die neueren GLI-Sollwerte
88 (GLI: Global Lung Initiative), die diese Altersabhängigkeit berücksichtigen, zur
89 Charakterisierung der Obstruktion besser geeignet als ein fixierter Grenzwert
90 $FEV1/VC \leq 70 \%$. [23] Sie werden in Deutschland derzeit noch zu selten genutzt, um sie bei
91 allen Einschreibungen in das DMP zugrunde zu legen. Sie wurden für verschiedene
92 Altersgruppen und umfangreichere Populationen der deutschen Bevölkerung erhoben und
93 bieten genauere Gleichungen zur Bestimmung des Sollmittelwertes als die alten EGKS-
94 Sollwerte (EGKS: Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl). Der untere Grenzwert
95 (LLN: lower limit of normal) wird als 5. Perzentil definiert. Dies bedeutet, dass lediglich 5 % der
96 gesunden Bevölkerung einen Messwert unterhalb des LLN aufweisen. Der LLN-Wert
97 entspricht dem Sollmittelwert minus dem 1,64-fachen der Streuung.

98 Mit zunehmender Nutzung der GLI-Sollwerte werden diese den unphysiologischen starren
99 Grenzwert der $FEV1/VC \leq 70 \%$ bzw. 75 % ersetzen.

100 Zu Nummer 1.3 Therapieziele

101 Die Aufzählung erfolgt als Spiegelstrichliste, da keine Hierarchie der Therapieziele suggeriert
102 werden soll.

103 Bei den Therapiezielen wurden Symptomkontrolle und Reduktion zukünftiger Risiken durch
104 das Asthma bronchiale berücksichtigt.[31]

105 Um die Bedeutung der Komorbiditäten des Asthma bronchiale zu betonen und in Analogie zu
 106 den übrigen Regelungen in diesem strukturierten Behandlungsprogramm wurde die adäquate
 107 Behandlung der Komorbiditäten als weiteres Therapieziel ergänzt.

108 Die ersten vier Spiegelstriche im zweiten Hauptspiegelstrich „Vermeidung/Reduktion“ gelten
 109 für alle Altersgruppen und wurden deshalb zusammengefasst.

110 Das Therapieziel „das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen“ ist entscheidend für den
 111 Verlauf und die Prognose der Erkrankung und wurde daher neu aufgenommen.

112 **Zu Nummer 1.4 Differenzierte Therapieplanung**

113 Die Streichung des Satzes „Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen
 114 Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach Aufklärung über
 115 Nutzen und Risiken.“ erfolgt aus redaktioneller Sicht, da dieser bereits in § 7 DMP-A-RL
 116 beschrieben wird.

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
<p>Eltern verbinden mit der Diagnose Asthma oft die Vorstellung einer lebenslangen ausgeprägten Symptomatik. Es ist deshalb wichtig, darauf hinzuweisen, dass besonders oft im Kleinkindalter – aber auch bis ins Erwachsenenalter hinein – Patienten beschwerdefrei werden können. Je früher die Symptome beginnen, umso besser die Prognose (BTS/SIGN 2016 2++).[10] Kinder mit persistierenden oder ausgeprägten Symptomen können – unabhängig vom weiteren Verlauf – mit hoher Evidenz von einer medikamentösen Basistherapie mit einem niedrig dosierten inhalativen Glukokortikosteroid bei günstigem Nutzen/Risiko-Verhältnis im Hinblick auf die Gesamtsymptomatik profitieren (BTS/SIGN 2016 A,1++, GINA 2016 A).[10,14,31,38]</p> <p>Durch die mit der Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm verbundenen regelmäßigen Kontrollen kann auf die in dieser Altersgruppe häufige Veränderung der der Symptome angemessen reagiert werden. Unter- und Überbehandlung können so besser vermieden werden. Gerade bei Kindern, die unter Therapie mehrere Monate beschwerdefrei sind, muss in regelmäßigen Abständen überprüft werden, ob das Fehlen von Symptomen eine Folge der guten therapeutischen Einstellung ist oder auf einer spontanen Verbesserung der Symptomatik beruht.</p>	<p><i>[streichen]</i></p>

117 **Zu Nummer 1.4.1 Asthmakontrolle**

118 Im Vergleich zur bisherigen Einteilung des Asthma bronchiale nach Schweregraden ist die
 119 Asthmakontrolle für die langfristige Verlaufskontrolle und als Grundlage der Therapie (-
 120 Anpassungen) geeigneter. Sie ist unabhängig von der aktuellen Langzeittherapie, während
 121 die Schwere eines Asthma bronchiale retrospektiv anhand der Intensität der Therapie
 122 abgeleitet wird, die zur Kontrolle von Symptomen und Exazerbationen erforderlich ist.[31] Die
 123 Therapiesteuerung kann mit den in der Tabelle genannten, einfach zu erfassenden Kriterien
 124 erfolgen, die bei unkontrolliertem Asthma eine sofortige Therapieintensivierung, bei partiell
 125 kontrolliertem Asthma eine Überprüfung der Therapie und bei kontrolliertem Asthma eine
 126 Fortsetzung oder eventuell auch Reduktion der Medikation nach sich zieht (GINA 2016).[31]
 127 Die Kenngrößen zur Bestimmung der Asthmakontrolle gelten dabei sowohl für den bisher
 128 unbehandelten wie auch für den behandelten Patienten und sind damit im klinischen Alltag
 129 leicht nutzbar.

130 Das Konzept der Asthmakontrolle hat über die aktuelle Kontrolle der Erkrankung hinaus
 131 Bedeutung zur Vermeidung eines ungünstigen Krankheitsverlaufs, da das Ausmaß der
 132 Asthmakontrolle Auskunft gibt zu den möglichen Risiken der Erkrankung.[3] Außerdem

133 spiegelt die Kontrolle der Erkrankung auch subjektiv für den Patienten eine bessere
134 asthmabezogene Lebensqualität wider.[4]

135 Als Asthma-Exazerbationen werden Phasen einer progredienten Zunahme der Asthma-
136 Symptome und/oder Abnahme der Lungenfunktion bezeichnet, welche über das für den
137 Patienten übliche Maß an Variabilität hinausgehen und welche einer Änderung bzw.
138 Intensivierung der Therapie über mehrere Tage bedürfen. (DAL/DGP/ÖGP- Leitlinie)

Kommentiert [A1]: Hinweis G-BA-GS:
Leitlinie wird nach Erscheinen noch eingefügt.

139 **Zu Nummer 1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen**

140 Das Kapitel wurde neu eingefügt um die Empfehlungen zu Inhalten der
141 Kontrolluntersuchungen zu bündeln.

142 Die genannten Untersuchungen dienen der Umsetzung der unter Nummer 1.5.8 genannten
143 Empfehlungen zur Therapieeskalation bzw. -reduktion und der Erreichung der unter
144 Nummer 1.3 genannten Therapieziele und stehen im Einklang mit der Empfehlung der Leitlinie
145 BTS/SIGN 2014.[11]

146 Der Einsatz von evaluierten Fragebögen erlaubt eine valide Abschätzung der Asthmakontrolle
147 und stellt eine Entscheidungshilfe für die sinnvolle Eskalation oder Deeskalation der
148 antientzündlichen Dauertherapie dar.

149 Für die objektive Bewertung und Einstufung, auch im Hinblick auf die Deeskalation der ICS-
150 Therapie (ICS: Inhalative Glukokortikosteroide) ist die Messung der Lungenfunktion notwendig
151 [31], dies auch im Hinblick auf die häufigste Komorbidität COPD. Gerade bei langjährigem
152 Verlauf der Asthmaerkrankung stimmt häufig die subjektive, anamnestisch erfassbare
153 Beeinträchtigung des Patienten nicht mit der objektiven Einschränkung der Lungenfunktion
154 überein, weshalb eine objektive Bewertung mittels Lungenfunktionsmessung notwendig ist.
155 Eine dauerhafte Behandlung eines Asthmapatienten sollte nicht ohne jährliche
156 Lungenfunktionsprüfung erfolgen. Die PEF-Messungen (PEF: Peak Expiratory Flow) alleine
157 sind für eine Beurteilung der tatsächlichen Einschränkung der Lungenfunktion nicht
158 ausreichend.[11,39]

159 **Zu Nummer 1.4.3 Selbstmanagement**

160 Zahlreiche Studien haben die hohe Relevanz und Effektivität eines guten Selbstmanagements
161 bei Asthma bronchiale belegt. Zentrale Elemente hierfür sind eine Asthma-Schulung, die
162 regelmäßige Peak-Flow-Protokollierung, um die Selbsteinschätzung zu verbessern und
163 Verschlechterungen schneller zu erkennen, und die Bereitstellung eines individuellen
164 Selbstmanagementplans.[29,54]

165 **Zu Nummer 1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen**

166 Breit angelegte Studien belegen, dass die Morbidität und Progression sowie das Risiko der
167 Exazerbation durch die Tabakkarenz bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale
168 signifikant reduziert werden.[2,20,52,62,63]

169 Die vom IQWiG ausgewerteten Leitlinien enthalten Empfehlungen zur Tabakentwöhnung bei
170 Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, teilweise mit dem höchsten Evidenzgrad.
171 Hauptaspekt ist die klinische Effektivität.

172 Die höchsten Erfolgsraten werden mittels Kombination von strukturierten psychosozialen
173 Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation mit medikamentösen Maßnahmen erreicht.

174 Hierfür eignen sich insbesondere die

- 175 • Nikotinersatztherapie,
- 176 • Bupropion und
- 177 • Vareniclin.

178 Es ist zu berücksichtigen, dass gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 1, 7 und 8 SGB V Medikamente
179 zur Raucherentwöhnung nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind.

180 Die dringende ärztliche Aufforderung zur Nikotinkarenz soll sich an der „5-A-Strategie“ zur
181 Kurzberatung von Raucherinnen und Rauchern orientieren:

- 182 1. Abfragen des Rauchstatus (Ask)
- 183 2. Anraten des Rauchverzichts (Advise)
- 184 3. Ansprechen der Aufhörtmotivation (Assess)
- 185 4. Assistieren bei Rauchverzicht (Assist)
- 186 5. Arrangieren der Nachbetreuung (Arrange)

187 Bei den Tabakentwöhnungsprogrammen soll es sich um strukturierte Angebote handeln, die
188 auf erprobten Konzepten (z. B. kognitiv-verhaltenstherapeutisch) basieren, deren Wirksamkeit
189 im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation nachgewiesen wurde.

190 Zur Verdeutlichung dieser Qualitätsanforderungen wurden diese in Nummer 1.5.1 zusätzlich
191 aufgeführt. Die Erfüllung der Qualitätsanforderungen soll von den Vertragspartnern überprüft
192 werden. Die teilnehmenden Ärzte sind über diese zur Verfügung stehenden Programme zu
193 informieren. Kriterien für derartige Programme werden beispielweise im „Leitfaden Prävention.
194 Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a
195 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014“ beschrieben. Eine Vorlage
196 oder Benennung der Tabakentwöhnungsprogramme beim Bundesversicherungsamt ist nicht
197 erforderlich.

198 Die Motivation nicht entwöhnungswilliger Raucherinnen und Raucher soll mit Hilfe der „5-R-
199 Strategie“ gesteigert werden:

- 200 1. Relevanz aufzeigen
- 201 2. Risiken benennen
- 202 3. Reize und Vorteile des Rauchstopps benennen
- 203 4. Riegel (Barrieren) vor einem Rauchstopp ansprechen
- 204 5. Repetition der Ansprache motivationsfördernder Faktoren/Strategien

205 **Zu Nummer 1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme**

206 Gemäß § 3 Absatz 2 DMP-A-RL können sich die teilnehmenden Patientinnen und Patienten
207 Informationen über die zur Schulung qualifizierten Leistungsanbieter bei den Vertragspartnern
208 einholen. Diese Informationen stehen auch Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung.

209 Der G-BA hat unter 1.5.2 die Ziele und Inhalte der Schulungen für Versicherte erläutert. Dies
210 dient der Klarstellung und Verdeutlichung des Zwecks und der Ausrichtung von
211 Versichertenschulungen im DMP Asthma bronchiale. Es handelt sich um beispielhaft genannte
212 Inhalte, die bereits denen der bisherigen Schulungen des DMP Asthma bronchiale
213 entsprechen.

214 **Zu Nummer 1.5.6 Somatische Komorbiditäten**

215 Die häufigsten somatischen Komorbiditäten bei Asthma bronchiale wurden dargestellt, da sie
216 für die Differenzialdiagnostik der Erkrankung bedeutsam sind. Außerdem ist die Behandlung
217 der genannten Komorbiditäten für eine gute Asthmakontrolle wesentlich.[31]

218 **Zu Nummer 1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation**

219 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16.05.2006 beschlossen, sich dem auf
220 allen Ebenen der Versorgung als relevant erachteten Problem der Multimorbidität im Kontext
221 der Systematik bestehender strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) verstärkt zu
222 widmen. Dies erfolgte zuerst durch die Ergänzung des DMP Koronare Herzkrankheit um das
223 Modul „Chronische Herzinsuffizienz“. Darüber hinaus hat der Unterausschuss
224 Sektorenübergreifende Versorgung am 13.05.2009 eine Arbeitsgruppe eingerichtet mit dem
225 Auftrag, sich mit der Abbildung von Multimorbidität im Rahmen von DMP zu befassen.

226 Nach orientierenden Recherchen wurde deutlich, dass es problematisch würde,
 227 Leitlinienempfehlungen zum Vorgehen bei konkreten individuellen Krankheitskonstellationen
 228 zu identifizieren. Deshalb ist die AG DMP und Multimorbidität übereingekommen, sich dem
 229 Problem der Multimorbidität in einem ersten Schritt durch Empfehlungen zu Maßnahmen des
 230 strukturierten Medikamentenmanagements bei Patienten mit Multimedikation („Polypharmacy“
 231 als internationales Synonym) zu nähern.

232 Auf chronische Einzelerkrankungen fokussierte Therapieempfehlungen führen häufig zu einer
 233 additiven Anwendung medikamentöser Maßnahmen mit einer gegebenenfalls daraus
 234 resultierenden Multimedikation. Diese kann wiederum Arzneimittelwechselwirkungen
 235 bedingen, die gewünschte Therapieeffekte ggf. verhindern, zum Auftreten bzw. zur
 236 Verstärkung von Nebenwirkungen führen, die ihrerseits neue Arzneimittelverordnungen
 237 induzieren, und insgesamt negative Folgen für die Therapieadhärenz der Patientinnen und
 238 Patienten haben.

239 Auch im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme werden krankheitsspezifische
 240 Therapieempfehlungen gegeben, durch die sich die oben angesprochenen Aspekte einer
 241 Multimedikation für die individuelle Patientin oder den individuellen Patienten ergeben können.
 242 Dies gilt insbesondere bei Multimorbidität, d. h. bei gleichzeitigem Vorliegen mehr als einer
 243 behandlungsbedürftigen, in der Regel chronischen Erkrankung, in einigen Fällen bei
 244 entsprechendem Schweregrad selbst bei nur einer Erkrankung.

245 Deshalb wurde die Multimedikation auch für die DMP als wesentliches Thema erkannt, das
 246 über einzelne DMP-Diagnosen hinaus für multimorbide Patientinnen und Patienten bedeutsam
 247 ist.

248 Unbeschadet der geltenden Regelungen der Arzneimittelrichtlinie bezüglich einer individuellen
 249 Verordnung von Arzneimitteln wurde die Entwicklung von Empfehlungen zur besonderen
 250 Berücksichtigung von Multimedikation, die DMP-übergreifend anwendbar sein sollen,
 251 angestrebt. Diese sollen im Rahmen der regelmäßigen Aktualisierung der Anforderungen in
 252 die einzelnen DMP integriert werden und können, wo fachlich geboten, indikationsspezifisch
 253 angepasst werden.

254 Basierend auf den Erkenntnissen aus Expertengesprächen sowie einer systematischen
 255 Literaturrecherche im Juni 2010 resultieren 9 Quellen als Beratungsgrundlage zu
 256 Managementempfehlungen bei Multimedikation.[5,6,13,33,34,48,50,61,68]

257 Bei den extrahierten Referenzen handelt es sich um acht evidenzbasierte Leitlinien
 258 [5,6,13,33,34,48,50,68] und eine systematische Übersichtsarbeit[61]. Insgesamt behandeln
 259 fast alle Arbeiten Empfehlungen für geriatrische Patientinnen und Patienten, nur eine nimmt
 260 keine altersbezogene Eingrenzung der Zielgruppe vor. Dabei handelt es sich um eine
 261 umfangreiche Leitlinie zur Verbesserung der Adhärenz [50] der Behandelten.

262 Im weiteren Beratungsprozess wurde aus den ausgewerteten Leitlinien eine Synopse der
 263 Kernempfehlungen erstellt. Dies ermöglichte eine Identifizierung von Maßnahmen, die mit
 264 einer hohen Konsistenz von verschiedenen Quellen empfohlen wurden und eine Analyse der
 265 zugrunde liegenden Evidenz. Bei der Auswahl der für die hier vorliegenden Anforderungen
 266 infrage kommenden Empfehlungen wurde insbesondere auf die Übertragbarkeit auf ein nicht-
 267 geriatrisches Patientinnen- und Patientenkollektiv und die oben erwähnte Konsistenz der
 268 Empfehlung geachtet.

269 Es existiert keine allgemeingültige Definition für Multimedikation. Die Festlegung auf fünf oder
 270 mehr Arzneimittel basiert auf Bergmann Evans [6] und spiegelt die in Studien zur
 271 Multimedikation am häufigsten verwendete Definition wider.

272 Die vorgesehenen Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements gehen
 273 inhaltlich über den bereits in § 31a SGB V geregelten Anspruch auf die Erstellung und
 274 Aushändigung eines Medikationsplanes hinaus. Der sich unmittelbar aus § 31a SGB V
 275 ergebende Anspruch der Versicherten besteht zudem unabhängig von den Voraussetzungen
 276 für die hier vorgesehenen Maßnahmen eines strukturieren Medikamentenmanagements. Vor
 277 diesem Hintergrund ist auch das Abstellen auf fünf oder mehr Arzneimittel gegenüber der

278 Regelung in § 31a SGB V (Anwendung von mindestens drei verordneten Arzneimitteln)
279 sachlich gerechtfertigt.

280 Soweit jedoch im Rahmen des strukturierten Medikamentenmanagements die Erstellung einer
281 Liste zur Erfassung der verordneten Arzneimittel vorgesehen ist, wird diese aus Gründen der
282 sprachlichen Vereinheitlichung auch als Medikationsplan bezeichnet. Erfolgt die Erstellung
283 eines Medikationsplanes bereits in Erfüllung des Anspruchs aus § 31a SGB V kann auf diesen
284 Medikationsplan dann selbstverständlich auch im Rahmen des strukturierten
285 Medikamentenmanagements zurückgegriffen werden.

286 Die Erfassung der von der Patientin oder dem Patienten tatsächlich eingenommenen
287 Medikamente wird in Leitlinien als Grundvoraussetzung einer Überprüfung der
288 medikamentösen Therapie gewertet. Diese sollte zumindest einmal jährlich oder
289 anlassbezogen (z. B. Änderung der Medikation nach einem stationären Aufenthalt) erfolgen
290 und eine Dokumentation der jeweiligen Indikation für das einzelne Medikament beinhalten
291 [5,6,33,50,61,68]. Mögliche Arzneimittelinteraktionen sollten kritisch evaluiert werden.[13]

292 Die Vertragspartner können Regelungen vereinbaren, die der koordinierenden Ärztin oder dem
293 koordinierenden Arzt die Erfassung der gesamten verordneten Medikamente erleichtern, z. B.
294 durch entsprechende patientenbezogene Verordnungslisten (Medikationsplan).

295 Die Indikationsstellung zur Verordnung von Arzneimitteln erfolgt insbesondere bei Vorliegen
296 einer Multimorbidität in der Regel durch mehrere behandelnde Ärztinnen und Ärzte. Dies kann
297 ggf. Rücksprachen durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt notwendig
298 machen. Auch kann eine Priorisierung [5] der Behandlungsziele erforderlich sein, welche ggf.
299 auch zu dem Verzicht einer Arzneimittelverordnung führen kann. Diesbezüglich existieren
300 aufgrund der individuell unterschiedlichen Fallkonstellationen keine generalisierbaren
301 Leitlinienempfehlungen.

302 Im Medikationsplan sollen alle von der Patientin oder dem Patienten eingenommenen
303 Medikamente erfasst und übersichtlich (einschließlich der Dosierung) für die Ärztin oder den
304 Arzt dargestellt werden.[5,13,33,68] Durch das zusätzliche Bereitstellen eines für Patientinnen
305 und Patienten verständlichen Medikationsplans kann die Therapieadhärenz und
306 Einnahmesicherheit unterstützt werden. Es existieren bereits unterschiedliche Vorlagen für
307 einen Medikamentenplan.

308 Die Überwachung der Nierenfunktion wird bei älteren Patientinnen und Patienten zum
309 Vermeiden von Nebenwirkungen empfohlen.[6,33,68] Die direkte Messung der glomerulären
310 Filtrationsrate (GFR) ist für die tägliche Praxis zu aufwendig. Die Konzentration des Serum-
311 Kreatinins ist allerdings nur ein sehr ungenaues Maß für die GFR. Es wurden deshalb
312 zahlreiche Schätzformeln entwickelt, mit denen aus Serum-Kreatinin und anderen Parametern
313 (u. a. Alter, Gewicht, Geschlecht) die glomeruläre Filtrationsrate berechnet wird
314 (eGFR).[22,43,44] Die sehr häufig verwendete Formel von Cockcroft-Gault hat unter anderem
315 den Nachteil, dass die GFR bei stark übergewichtigen Patientinnen und Patienten überschätzt
316 wird, selbst wenn das Ergebnis auf die Körperoberfläche bezogen wird.[57] Diesen Nachteil
317 hat die MDRD-Formel nicht, weshalb in den letzten Jahren in der internationalen Literatur
318 dieser Formel der Vorzug gegeben wird. Die MDRD-Formel liefert GFR-Werte von akzeptabler
319 Genauigkeit, die vom Körpergewicht unbeeinflusst sind.

320 Die Adhärenz zur medikamentösen Therapie nimmt mit steigender Anzahl eingenommener
321 Medikamente ab. Bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen werden 30-
322 50 % der verordneten Medikamente nicht wie empfohlen eingenommen.[50] Neben den
323 bereits genannten Maßnahmen können eine angemessene Einbeziehung der Patientin oder
324 des Patienten in Therapieentscheidungen und eine verständliche Aufklärung über die
325 medikamentöse Therapie generell adhärenzsteigernd wirken.[50] Darüber hinaus können für
326 ausgewählte Patientinnen und Patienten weitergehende, am individuellen
327 Versorgungsbedarf orientierte Angebote, auch unter Einbeziehung hierfür qualifizierter
328 medizinischer Fachkräfte, sinnvoll sein.[6,33,50]

329 **Zu Nummer 1.5.8 Medikamentöse Maßnahmen**

330 Zur sprachlichen Präzisierung wurde der Begriff „Inhalationssystem“ durch
 331 „Applikationssystem“ ersetzt.

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>Die Ergänzung bezüglich Treibgasdosieraerosolen mit Spacer ist eine Anpassung an die aktuellen Leitlinien (GINA 2016, A).[31]</p>	<p>GKV-SV</p> <p>[streichen]</p>
---	---

332 Um das Risiko einer fehlerhaften Anwendung von Applikationssystemen zu verringern, sollte
 333 in der Dauertherapie nach Möglichkeit nur ein Applikationssystem verwendet
 334 werden.[12,25,30,35,66] Im Praxisalltag hat sich gezeigt, dass der Wechsel von
 335 Applikationssystemen bei bestimmten Patientinnen und Patienten zu Problemen führen kann.
 336 Daher soll hier auf die Option des Substitutionsausschlusses aufmerksam gemacht werden
 337 [19,21,24,42,45].

338 Die aktuellen Leitlinien betonen übereinstimmend, dass eine sehr häufige Ursache für eine
 339 mangelnde Kontrolle in einer mangelnden Adherence / Compliance bzw. Fehlanwendung der
 340 verordneten Medikation liegt.[10,31]

341 **Zu Nummer 1.5.8.1 Dauertherapie bei Erwachsenen**

342 Mehrere Studien haben gezeigt, dass die Sterblichkeit unter Monotherapie mit LABA erhöht
 343 ist. Daher wurde klargestellt, dass die Gabe von LABA nur zusätzlich zur ICS-Gabe zu erfolgen
 344 hat.[15,16,17,18,49,60]

345 Die Streichung von „in begründeten Fällen“ und Neuformulierung dieses Spiegelstriches dient
 346 der sprachlichen Präzisierung bzw. Klarstellung, wann und welche begründeten Fälle gemeint
 347 sind.

348 Die Aufnahme von langwirksamen Anticholinergika als Eskalationsmaßnahme erfolgt
 349 aufgrund der Therapieempfehlungen in mehreren Leitlinien.[11,31]

350 Die Streichung von „Anti-IgE“ erfolgte im Zusammenhang mit der Neuformulierung des
 351 darunter stehenden Absatzes zum Einsatz einer Antikörper-Therapie als
 352 Eskalationsmaßnahme bei nicht ausreichend kontrolliertem, schwerem persistierendem
 353 Asthma bronchiale trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie.[31] Die derzeit
 354 möglichen Antikörpertherapien Anti-IgE und Anti-IL-5 sind beispielhaft genannt.

355 Die Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur
 356 qualifizierten Einrichtung wird an dieser Stelle wegen seiner besonderen Bedeutung aufgrund
 357 der Komplexität bei nicht ausreichend kontrolliertem, schwerem persistierendem Asthma
 358 bronchiale gesondert erwähnt, findet sich jedoch auch in den Überweisungsregeln unter
 359 Nummer 1.6.2. (Siehe hierzu auch TrGr zu Nummer 1.6.2)

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>Zu Nummer 1.5.8.2 Dauertherapie bei Kindern und Jugendlichen (1 bis 17 Jahre)</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Zu Nummer 1.5.8.2 Dauertherapie bei 5-17 Jährigen</p>
--	--

360

<p>KBV, DKG, PatV</p> <p>Die bei Kindern von 1 bis 5 Jahren eingesetzten Wirkstoffe unterscheiden sich nicht von den bei älteren Kindern eingesetzten. Berücksichtigt werden müssen aber die bei jüngeren Kindern häufigeren, jeweils aktuellen altersabhängigen Zulassungseinschränkungen. Die folgende Liste gibt den Stand der Zulassungen zum Zeitpunkt der aktuellen Überarbeitung</p>	<p>GKV-SV</p> <p>[streichen]</p>
--	---

(Januar 2017) des Programmes wieder. Da es hier auch Unterschiede zwischen bestimmten Produkten des gleichen Wirkstoffes gibt, gelten die aufgeführten Grenzen nicht für alle den genannten Wirkstoff enthaltenden Arzneimittel.

- Salmeterol ab 4 Jahren; Formoterol ab 6 Jahren
- Omalizumab ab 6 Jahren
- Fluticason ab 4 Jahren
- spezifische Immuntherapie ab 5 Jahre

Für die Wirkstoffe Salbutamol, Ipratropiumbromid, Beclomethason, Budesonid, Montelukast und Theophyllin (mit verzögerter Wirkstofffreisetzung) gibt es für die Altersgruppe von 1 bis 5 Jahren zugelassene Präparate.

361 Die klarstellende Formulierung zu den inhalativen Glukokortikosteroiden als Basistherapie
362 entspricht aktuellen Leitlinien.

363 Die Korrektur der Beschränkung der inhalativen Glukokortikosteroide auf die mittelhohe Dosis
364 bei der erweiterten Basistherapie ist der Tatsache geschuldet, dass die Verordnung auch
365 hoher Dosen leitliniengemäß bei der erweiterten Basistherapie gerechtfertigt ist.

366 Der Satz zu den Antikörpern wurde neu formuliert, um eine mögliche Erweiterung der
367 verfügbaren Wirkstoffe abzubilden. Für die IL-5-Antikörper besteht derzeit keine Zulassung für
368 das Kindes- und Jugendalter.

369 Bei der Verordnung sind die Zulassungseinschränkungen für bestimmte Altersgruppen zu
370 berücksichtigen, ebenso wie die gültigen wirkstoffbezogenen Regelungen der Arzneimittel-
371 Richtlinie.

372 **Zu Nummer 1.5.8.3 Bedarfstherapie/Therapie der Exazerbation**

373 Der einleitende Satz wurde bezüglich der Indikation der Bedarfsmedikation präzisiert. Im
374 Einklang mit den aktuell geltenden Leitlinien wurde der Begriff „Anfallstherapie“ durch
375 „Therapie der Exazerbation“ ersetzt.

376 Die kurz wirksamen Anticholinergika sind in den aktuellen Leitlinien nachrangig einzusetzen.
377 Entsprechend erfolgte eine Streichung bei der primären Bedarfsmedikation.

378 Die Anpassung des Spiegelstriches zu den systemischen Glukokortikosteroiden erfolgte in
379 Anpassung an die Empfehlungen der aktuellen Leitlinien.[10,31]

380 **Zu Nummer 1.5.8.4 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung**

381 Es gibt neuere Studien, die einen positiven Effekt der Immuntherapie auch auf das Asthma
382 bronchiale belegen. Insbesondere bei einem gut kontrollierten Asthma bronchiale mit
383 begleitender allergischer Rhinokonjunktivitis sollte deshalb – unabhängig von der
384 Basistherapie – die Indikation für eine Immuntherapie geprüft werden. Das schwere
385 unkontrollierte Asthma bronchiale bleibt eine Kontraindikation für die
386 Immuntherapie.[1,9,27,36,37,40,46,51,53,59,65]

387 **Zu Nummer 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt**

388 Die Anpassung der Paragraphenangabe zur gesetzlichen Grundlage für die Zulassung von
389 Krankenhäusern zur Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (jetzt § 137f
390 Absatz 7 SGB V) ist redaktionell.

391 Hausärzte sind für Patienten und Patientinnen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr auch die
392 Kinder- und Jugendärzte.

393 Ob bei einer Stabilisierung des Zustandes weiterhin eine kontinuierliche Betreuung der
394 Patientinnen und Patienten durch den qualifizierten Facharzt, die qualifizierte Fachärztin bzw.

395 die qualifizierte Einrichtung erfolgen soll oder ob eine weitere Betreuung in der hausärztlichen
 396 Versorgung möglich ist, ist weiterhin zu überprüfen. Die diesbezüglichen Regelungen wurden
 397 inhaltlich nicht verändert, sondern lediglich sprachlich präzisiert und in Nummer 1.6.2 verortet.

398 **Zu Nummer 1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom**
 399 **koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten**
 400 **Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung**

GKV-SV, KBV, DKG	PatV
<p>Bei der Formulierung der Überweisungsregeln wird in Übereinstimmung mit der Systematik internationaler und nationaler Leitlinien die „soll“- Formulierung verwendet, um den hier angemessenen sehr hohen Empfehlungsgrad sprachlich auszudrücken. Diese Formulierung wird auch im gesamten übrigen Anforderungstext bei starken Empfehlungen verwendet.</p>	<p>Bei der Formulierung der Überweisungsregeln wird in Übereinstimmung mit der Systematik internationaler und nationaler Leitlinien die „soll“- Formulierung verwendet, um den hier angemessenen sehr hohen Empfehlungsgrad sprachlich auszudrücken. Diese Formulierung wird auch im gesamten übrigen Anforderungstext bei starken Empfehlungen verwendet.</p> <p><u>Auf Grund der besonderen Variabilität der Symptomatik und der gegebenenfalls notwendigen Differentialdiagnostik im Besonderen bei Kleinkindern, wurde für Kinder und Jugendliche die Fachärztin bzw. der Facharzt mit Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung Pädiatrische Pneumologie konkret benannt.</u></p>

401 Der Begriff des „schweren, nicht kontrollierten“ Asthma bronchiale hat sich in den letzten
 402 Jahren zu einer definierten Krankheitsentität entwickelt und sich als Begriff für die
 403 unterschiedlichen Formen des unkontrollierten Asthma bronchiale etabliert. Deshalb wurden
 404 die bisherigen Beschreibungen „bei vorausgegangenem lebensbedrohlichen Anfall“ und bei
 405 „unzureichender Asthmakontrolle trotz intensiver Behandlung“ durch „schweres, nicht
 406 kontrolliertes“ Asthma bronchiale ersetzt.

407 Die Einleitung einer Antikörpertherapie gemäß Nummer 1.5.8.1 bzw. Nummer 1.5.8.2 wurde
 408 als Überweisungsanlass aufgenommen, da diese Wirkstoffe lediglich in Ausnahmefällen bei
 409 schwerem, nicht kontrollierten Asthma zum Einsatz kommen und einen eng begrenzten
 410 Zulassungsstatus haben. Eine Verordnung und die Betreuung von Patienten mit schwerem,
 411 unkontrolliertem Asthma sollten aufgrund der schwierigen Indikationsstellung und der
 412 potentiellen Nebenwirkungen durch den qualifizierten Facharzt bzw. die qualifizierte
 413 Fachärztin bzw. die qualifizierte Einrichtung erfolgen.

414 Für die spezifische Immuntherapie gibt es inzwischen für die Behandlung des allergischen
 415 Asthma bronchiale ausreichende Hinweise für eine Wirksamkeit (siehe auch „Zu
 416 Nummer 1.5.8.4“). Deshalb sollte beim allergischen Asthma bronchiale die Indikation für eine
 417 solche Behandlung durch den qualifizierten Facharzt bzw. die qualifizierte Fachärztin bzw. die
 418 qualifizierte Einrichtung geprüft werden.

419 Die Langzeittherapie mit systemisch wirksamen Glukokortikosteroiden wird nur im
 420 Ausnahmefall durchgeführt und sollte deshalb nur durch eine qualifizierte Fachärztin oder
 421 einen qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung begonnen oder beendet
 422 werden.

423 Insbesondere bei Kindern ist in der Regel durch die erweiterte Basistherapie mit mittelhohen
 424 Dosen von inhalativen Glukokortikosteroiden eine Kontrolle der Symptome zu erreichen. Vor
 425 der Steigerung auf eine hohe Dosis sollte – auch mit Blick auf mögliche systemische
 426 Nebenwirkungen auf den wachsenden Organismus – erwogen werden, ob eine Überweisung

427 zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung
428 zur Überprüfung der Indikation für eine weitere Diagnostik indiziert ist.[56]

429 **Zu Nummer 1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus**

430 Die Indikationen zur Einweisung in ein Krankenhaus wurden neu sortiert und übersichtlicher
431 dargestellt. Eine niedrige oder abfallende Sauerstoffsättigung ist bei Erwachsenen und
432 Kindern ein wichtiger Hinweis für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung. Da
433 Patienten im Asthmaanfall tendenziell hyperventilieren, ist ein Sättigungsabfall unverzüglich
434 abzuklären und zu behandeln.

435 **Zu Nummer 1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung**

436 Der Absatz wurde aktualisiert, da die bisherige Einschränkung auf ausgeprägte Formen nicht
437 mehr sachgerecht ist.

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

440 Die in der Teil B II. DMP-RL für Asthma bronchiale geregelten allgemeinen Anforderungen an
441 Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in § 2 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle
442 strukturierten Behandlungsprogramme geregelt und mussten deshalb nicht in die Anlage 9 der
443 DMP-A-RL überführt werden.

444 Die bisher in der Begründung abgebildete Tabelle mit den Qualitätszielen und
445 Qualitätsindikatoren wurde in die Anlage 9 DMP-A-RL aufgenommen und es wurden folgende
446 Änderungen vorgenommen:

447 Die Formulierungen „Steigerung des Anteils“ bzw. „Erhöhung des Anteils“ wurden durch die
448 Formulierung „Hoher Anteil“ ersetzt. Das jeweils intendierte Ziel einer möglichst weitgehenden
449 Umsetzung der Qualitätsziele ist mit dieser Formulierung wegen des nunmehr längeren
450 Bestehens dieses strukturierten Behandlungsprogrammes passender: Im Vordergrund steht
451 mittlerweile weniger die Erhöhung, sondern der Erhalt der hohen Zielerreichungsquoten.

452 Die Qualitätsindikatoren wurden den Qualitätsdefinitionen der aktuellen Leitlinien angepasst
453 (GINA).[31] Eine entscheidende Neuerung war die Differenzierung zwischen kontrolliertem,
454 teilkontrolliertem und unkontrolliertem Asthma bronchiale, um hierdurch Therapieziele besser
455 operationalisieren zu können. Entsprechend wurde der Richtlinientext um ein Kapitel zur
456 Asthmakontrolle erweitert und zugehörige Qualitätsziele definiert.

457 Die Häufigkeit der stationären Notfallbehandlungen ist in den letzten Jahren erheblich
458 zurückgegangen, sodass eine Beschränkung auf stationäre Notfallbehandlungen nicht mehr
459 sachgerecht ist. Außerplanmäßige ärztliche Behandlungen umfassen sowohl die ambulante
460 als auch die stationäre Notfallbehandlung sowie eine unterminierte ärztliche Behandlung
461 aufgrund einer akuten Verschlechterung. Entsprechend wurde der zugehörige
462 Dokumentationsparameter angepasst.

463 Aktuelle Auswertungen des DMP Asthma bronchiale zeigen, dass nach wie vor ein nicht
464 unerheblicher Anteil von Patienten eine Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-
465 Sympathomimetika (LABA) erhält [47]. Die Studienlage weist signifikant auf eine erhöhte
466 Morbidität und Letalität bei einer LABA-Monotherapie hin.[16,49] Daher sollte bei der weiteren
467 Umsetzung des DMP Asthma bronchiale auf eine Reduktion dieser Monotherapie geachtet
468 werden. Um diesen Aspekt besser kontrollieren bzw. in Feedback-Reports darstellen zu
469 können, wurde der neue Qualitätsindikator „Vermeidung einer Monotherapie mit
470 langwirksamen Beta-2 Sympathomimetika“ entwickelt.

471 Das Qualitätsziel einer möglichst geringen Raucherquote wurde aufgenommen, da
472 Tabakrauchen zur Auslösung und Verschlechterung des Asthma bronchiale führen kann [31],
473 die Entwicklung eines prognostisch ungünstigen ACOS (Asthma COPD Overlap Syndrome)
474 und einer auf Medikamente nicht ansprechenden fixierten Atemwegsobstruktion
475 begünstigt.[31] Außerdem wird die Wirkung von inhalativ applizierten Glukokortikosteroiden
476 deutlich reduziert.[41,64,67]

477 Erläuterungen zu dem neu eingeführten Qualitätsziel bezüglich des FEV1-Werts sind in den
478 Tragenden Gründen zu Anlage 10 DMP-A-RL verortet.

479 **Zu Nummer 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

480 Die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen sind in § 3 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich
481 für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt und mussten deshalb nicht aus der
482 DMP-RL in die Anlage 9 DMP-A-RL überführt werden.

483 **Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

484 Die klinisch dominierende Symptomatik der COPD oder eines Asthma bronchiale kann bei den
485 Mischformen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Daher soll der koordinierende Arzt bzw.
486 die koordinierende Ärztin in Abhängigkeit der aktuell führenden Symptome über eine
487 Einschreibung in das jeweilige Programm entscheiden.

488 **Zu Nummer 4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

489 Die Schulungen der Leistungserbringer sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle
490 strukturierten Behandlungsprogramme geregelt und mussten deshalb nicht aus der DMP-RL
491 in die Anlage 9 DMP-A-RL überführt werden.

492 **Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten**

493 Die Schulungen der Versicherten sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle
494 strukturierten Behandlungsprogramme geregelt und mussten deshalb nicht aus der DMP-RL
495 in die Anlage 9 DMP-A-RL überführt werden.

496 **Zu Nummer 5 Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen**
497 **(Evaluation) (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)**

498 Gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V hat der G-BA Anforderungen an die
499 Evaluation von DMP festzulegen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe hat der G-BA am 19. Juni
500 2014 in § 6 DMP-A-RL eine Regelung getroffen, nach der die Evaluation auf folgende
501 Bestandteile aufbaut:

- 502 1. eine regelmäßige Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung innerhalb
503 eines Programms für eine bestimmte Erkrankung,
- 504 2. ein Vergleich der Versorgung für eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines Programms
505 mit der Versorgung außerhalb des Programms.

506 Der Beschluss vom 19. Juni 2014 und auch der vorliegende Beschluss zur Änderung der
507 DMP-A-RL enthalten nur Regelungen zum ersten Bestandteil. Zum zweiten Bestandteil wurde
508 die fehlende Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung von medizinischen und persönlichen
509 Daten für nicht am DMP teilnehmende Versicherte thematisiert. Mit Schreiben vom
510 10. Oktober 2014 wandte sich die Vorsitzende des Unterausschusses an die
511 Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Die BfDI
512 antwortete am 20. November 2014, dass sie den gesetzlichen Regelungen keine Hinweise
513 entnehmen könne, dass Daten von Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, für eine
514 vergleichende Evaluation verwendet werden dürfen. Vor dem Hintergrund der im Schreiben
515 der BfDI vom 20. November 2014 geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken beriet der G-
516 BA die Streichung von § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL, welcher die vergleichende DMP-
517 Evaluation verankert. Im Ergebnis wurde die Regelung in § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL
518 belassen, weil die gesetzlich geforderte Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den
519 Programmen nach Auffassung des G-BA auch der vergleichenden Evaluation bedarf. Darauf
520 wurde von wissenschaftlicher Seite, insbesondere auch vom Sachverständigenrat zur
521 Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hingewiesen.

522 Die medizinischen Evaluationsparameter a) bis g) wurden unter Berücksichtigung der Ziele
523 des strukturierten Behandlungsprogrammes und der aktuellen wissenschaftlichen Literatur im

524 Expertenkonsens festgelegt. Die Datengrundlage zu Buchstabe a) sind die administrativen
525 Daten der Krankenkassen. Die Datengrundlage zu den Buchstaben b) bis g) sind die DMP-
526 Dokumentationsdaten.

527 Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten:

528 Zu Buchstabe c) „Raucherquote im Kollektiv der Raucher“ Auszuwerten ist der Anteil der
529 weiterhin rauchenden Teilnehmer bezogen auf alle rauchenden Teilnehmer bei Einschreibung
530 (Erstdokumentation).

531 Zu Buchstabe g) „Schulungen“ Die Auswertung erfolgt wie in den Evaluationsberichten zu
532 Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2.

533 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2, das heißt der Vergleich der
534 Versicherten, die an einem DMP teilnehmen, mit Versicherten, die nicht an einem DMP
535 teilnehmen, kann derzeit aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage zur Verwendung der Daten
536 der nicht am DMP teilnehmenden Versicherten nicht durchgeführt werden. Folglich wurden
537 keine Parameter für die vergleichende Evaluation definiert.

538 **Zu Anlage 10 Dokumentationsbogen**

539 Wie in Nummer 1.4.1. bereits ausgeführt, ersetzt jetzt der Begriff „Asthmakontrolle“ den Begriff
540 des „Schweregrades“ und ist damit von Bedeutung für die Steuerung der Therapie des Asthma
541 bronchiale. Die Formulierung der Qualitätsziele wurden entsprechend angepasst. Für die
542 Zuordnung zu einem Kontrollgrad wird in den aktuellen Leitlinien neben der bisher schon
543 enthaltenen Häufigkeit der Symptome die Erfassung weiterer Parameter gefordert. Um den
544 Grad der Asthmakontrolle mittels der Dokumentation bestimmen zu können, wurden folgende
545 zusätzliche Parameter aufgenommen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation,
546 Einschränkung der Aktivitäten im Alltag sowie die asthmabedingte Störung des Nachtschlafes.
547 Die Ausprägungsgrade wurden so gewählt, dass eine den Kontrollgraden entsprechende
548 Auswertung für alle Altersgruppen möglich ist.

549 Die Dokumentation des aktuellen Peak-Flow-Wertes hat sich in der Auswertung der
550 Dokumentationen als wenig aussagefähig erwiesen und wurde deshalb gestrichen. Die Peak-
551 Flow-Messung dient dem Selbstmanagement und muss nicht in die ärztliche Dokumentation
552 übertragen werden. Für die ärztliche Dokumentation wurde dieser Parameter durch die
553 Dokumentation des FEV1-Wertes in Prozent des Soll-Wertes ersetzt. Hierdurch erfolgt eine
554 Anpassung an die in Nummer 1.4.2 neu aufgenommen Forderung, unabhängig vom
555 Kontrollintervall mindestens einmal pro Jahr eine Lungenfunktionsmessung (Fluss/Volumen-
556 Kurve) durchzuführen.

557 Die Überarbeitung des Dokumentationsparameters zur außerplanmäßigen ärztlichen
558 Behandlung erfolgte analog der Änderung des zugehörigen Qualitätsziels (vgl. „Zu
559 Nummer 2“).

560 Mit dem neuen Feld 9a kann der Schulungsstatus vor Teilnahmebeginn abgefragt werden.
561 Durch die Differenzierung der Abfrage wird auch ermöglicht, den zukünftigen Schulungsbedarf
562 zu berücksichtigen.

563 Der Dokumentationsparameter 11a „Therapieanpassung“ wurde entwickelt, um die in
564 Nummer 1.4.1 formulierten Anforderungen zur Therapieanpassung zu unterstützen.[31] Wenn
565 die medikamentöse Therapie nach ärztlicher Einschätzung der Situation des Patienten bereits
566 optimiert ist und daher keiner weiteren Änderung bedarf, steht die Antwortoption „Keine“ zur
567 Verfügung. Bei teilkontrolliertem oder unkontrolliertem Asthma ist in der Regel eine Steigerung
568 der Therapie indiziert. Vor einer eventuellen Steigerung der medikamentösen Therapie sollte
569 eine Überprüfung der Adhärenz und Inhalationstechnik erfolgen. Hierfür steht die
570 Antwortoption „Verbesserung der Anwendung der Medikation“ zur Verfügung. Eventuell
571 entfällt hierdurch die Notwendigkeit einer Steigerung der medikamentösen Therapie. Bei
572 kontrolliertem Asthma bronchiale ist unter Umständen eine Reduktion der Therapie indiziert,
573 wenn eine gute Asthmakontrolle über mindestens 3 Monate gegeben ist.[31]

574 Der Dokumentationsparameter „Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst“ bezog
575 sich auf ein Qualitätsziel, welches zwischenzeitlich entfallen ist. Er wird daher an dieser Stelle
576 entbehrlich.

577 3. Bürokratiekostenermittlung

578 Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für
579 Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren jährliche
580 Bürokratiekosten in Höhe von 1.388.757 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von
581 565.825 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 2**.

582 4. Verfahrensablauf

583 Am 9. Juni 2016 begann die AG mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In
584 zehn Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten
585 (s. untenstehende **Tabelle**)

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
9. Juli 2014	Unterausschuss DMP	Beauftragung der AG zur Überarbeitung des DMP COPD (DMP-A-RL Anlage 11 und Anlage 12) und nachfolgende des DMP Asthma bronchiale (DMP-A-RL Anlage 9 und Anlage 10)
9. Juni 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
15. Juli 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
2. August 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
2. September 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
26. Oktober 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
22. November 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)

1. Dezember 2016	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
19. Januar 2017	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
31. Januar 2017	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
14. März 2017	AG-Sitzung	Beratungen zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale (Anlage 9 DMP-A-RL) und der Asthma bronchiale Dokumentation (Anlage 10 DMP-A-RL)
10. Mai 2017	Unterausschuss DMP	Einleitung Stellungnahmeverfahren
T. Monat JJJJ	AG-Sitzung	Vorbereitung der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
T. Monat JJJJ	Unterausschuss QS/ASV/DMP	Auswertung Stellungnahmen, Anhörung, Beschlussempfehlung
T. Monat JJJJ	Plenum	Beschlussfassung

586

(Tabelle Verfahrensablauf)

587 **Stellungnahmeverfahren**

588 Gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V wurde den
589 stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 3**) Gelegenheit gegeben, zum
590 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-
591 RL Anlage 9 und Anlage 10 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand
592 des Beschlusses berührt sind.

593 Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom **10. Mai 2017** wurde das
594 Stellungnahmeverfahren am **T. Monat JJJJ** eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten
595 Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 4**. Die Frist für die Einreichung
596 der Stellungnahme endete am **T. Monat JJJJ**.

597 Es wurden **X Stellungnahmen** fristgerecht, **X Stellungnahmen** nicht fristgerecht sowie **X**
598 **Stellungnahmen** unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich
599 in **Anlage 5**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 6** dokumentiert.

600 Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am **T. Monat JJJJ**
601 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ**
602 durchgeführt (**Anlage 6**).

603 Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde mit Schreiben vom **T. Monat JJJJ** zur
604 Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 6**).

605 **5. Fazit**

606 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die
607 DMP-A-RL zu ändern.

608 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

609 **6. Zusammenfassende Dokumentation**

610 Anlage 1: Literaturverzeichnis

611 Anlage 2: Büroriekostenermittlung

612 Anlage 3: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

613 Anlage 4: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf
614 zur Änderung der Kurztitel der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe

615 Anlage 5: Stellungnahmen

616 Anlage 6: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes
617 Wortprotokoll der Anhörung

618 Berlin, den T. Monat JJJJ

619 Gemeinsamer Bundesausschuss
620 gemäß § 91 SGB V
621 Der Vorsitzende

622

623 Prof. Hecken
624

625 **Literaturverzeichnis**

626

- 627 1. **Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM.** Injection allergen immunotherapy for asthma.
628 Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2010(8):CD001186. URL:
629 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001186.pub2/abstract>.
- 630 2. **Avallone KM, McLeish AC, Zvolensky MJ, Kraemer KM, Luberto CM, Jeffries**
631 **ER.** Asthma and its relation to smoking behavior and cessation motives among adult
632 daily smokers. *J Health Psychol* 2013;18(6):788-799.
- 633 3. **Bateman ED, Bousquet J, Busse WW, Clark TJ, Gul N, Gibbs M, et al.** Stability of
634 asthma control with regular treatment: an analysis of the Gaining Optimal Asthma
635 control (GOAL) study. *Allergy* 2008;63(7):932-938.
- 636 4. **Bateman ED, Bousquet J, Keech ML, Busse WW, Clark TJ, Pedersen SE.** The
637 correlation between asthma control and health status: the GOAL study. *Eur Respir J*
638 2007;29(1):56-62.
- 639 5. **Bergert FW, Braun M, Clarius H, Ehrenthal K, Feßler J, Gross J, et al.**
640 Hausärztliche Leitlinie Geriatrie - Teil 2. Spezielle Geriatrie. Konsentierung Vers. 1.00
641 [online]. Stand: 12.2008 Leitliniengruppe Hessen; 2008 [Zugriff: 09.04.2013]. URL:
642 http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/geriatrie2_ll.pdf.
- 643 6. **Bergman-Evans B.** Evidence-based guideline. Improving medication management
644 for older adult clients. *J Gerontol Nurs* 2006;32(7):6-14.
- 645 7. **Brand P.** New guidelines on recurrent wheeze in preschool children: implications for
646 primary care. *Prim Care Respir J* 2008;17(4):243-245.
- 647 8. **Brand PL, Caudri D, Eber E, Gaillard EA, Garcia-Marcos L, Hedlin G, et al.**
648 Classification and pharmacological treatment of preschool wheezing: changes since
649 2008. *Eur Respir J* 2014;43(4):1172-1177.
- 650 9. **Brehler R, Klimek L, Kopp MV, Christian Virchow J.** Spezifische Immuntherapie –
651 Indikation und Wirkungsweise. *Dtsch Arztebl Int* 2013;110(9):148-158.
- 652 10. **British Thoracic Society (BTS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network**
653 **(SIGN).** British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline
654 [online]. September 2016. Edinburgh (GBR): SIGN; 2016. [Zugriff: 10.01.2017].
655 (SIGN; Band 153). URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN153.pdf>.
- 656 11. **British Thoracic Society (BTS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network**
657 **(SIGN).** British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline
658 [online]. Oktober 2014. Edinburgh (GBR): SIGN; 2014. [Zugriff: 26.07.2016]. (SIGN;
659 Band 141). URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN141.pdf>.
- 660 12. **Broeders ME, Molema J, Hop WC, Folgering HT.** Inhalation profiles in asthmatics
661 and COPD patients: reproducibility and effect of instruction. *J Aerosol.Med*
662 2003;16(2):131-141.
- 663 13. **Brown AF, Mangione CM, Saliba D, Sarkisian CA.** Guidelines for improving the
664 care of the older person with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(5 Suppl
665 Guidelines):S265-S280.
- 666 14. **Castro-Rodriguez JA, Custovic A, Ducharme FM.** Treatment of asthma in young
667 children: evidence-based recommendations. *Asthma Res Pract* 2016;2:5.
- 668 15. **Cates CJ, Cates MJ.** Regular treatment with formoterol for chronic asthma: serious
669 adverse events. Cochrane Database of Systematic Reviews [online].
670 2012(4):Cd006923. URL:
671 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006923.pub3/abstract>.

- 672 16. **Cates CJ, Cates MJ.** Regular treatment with salmeterol for chronic asthma: serious
673 adverse events. Cochrane Database of Systematic Reviews [online].
674 2008(3):Cd006363. URL:
675 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006363.pub2/abstract>.
- 676 17. **Cates CJ, Jaeschke R, Schmidt S, Ferrer M.** Regular treatment with formoterol and
677 inhaled steroids for chronic asthma: serious adverse events. Cochrane Database of
678 Systematic Reviews [online]. 2013(6):Cd006924. URL:
679 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006924.pub3/abstract>.
- 680 18. **Cates CJ, Jaeschke R, Schmidt S, Ferrer M.** Regular treatment with salmeterol and
681 inhaled steroids for chronic asthma: serious adverse events. Cochrane Database of
682 Systematic Reviews [online]. 2013(3):Cd006922. URL:
683 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006922.pub3/abstract>.
- 684 19. **Chapman KR, Voshar TH, Virchow JC.** Inhaler choice in primary practice. Eur
685 Respir Rev 2005;14(96):117-122.
- 686 20. **Chaudhuri R, Livingston E, McMahon AD, Lafferty J, Fraser I, Spears M, et al.**
687 Effects of smoking cessation on lung function and airway inflammation in smokers
688 with asthma. Am J Respir Crit Care Med 2006;174(2):127-133.
- 689 21. **Chrystyn H, Small M, Milligan G, Higgins V, Gil EG, Estruch J.** Impact of patients'
690 satisfaction with their inhalers on treatment compliance and health status in COPD.
691 Respir Med 2014;108(2):358-365.
- 692 22. **Cockcroft DW, Gault MH.** Prediction of creatinine clearance from serum creatinine.
693 Nephron 1976;16(1):31-41.
- 694 23. **Criepe CP, Baur X, Berdel D, Bosch D, Gappa M, Haidl P, et al.** Leitlinie zur
695 Spirometrie. Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga, der Deutschen Gesellschaft für
696 Pneumologie und Beatmungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für
697 Arbeitsmedizin und Umweltmedizin zur Spirometrie. Pneumologie 2015;69(3):147-
698 164.
- 699 24. **Crompton GK, Barnes PJ, Broeders M, Corrigan C, Corbetta L, Dekhuijzen R, et**
700 **al.** The need to improve inhalation technique in Europe: a report from the Aerosol
701 Drug Management Improvement Team. Respir Med 2006;100(9):1479-1494.
- 702 25. **Decramer M, Lacquet LM, Fagard R, Rogiers P.** Corticosteroids contribute to
703 muscle weakness in chronic airflow obstruction. Am J Respir Crit Care Med
704 1994;150(1):11-16.
- 705 26. **Ducharme FM, Dell SD, Radhakrishnan D, Grad RM, Watson WT, Yang CL, et al.**
706 Diagnosis and management of asthma in preschoolers: A Canadian Thoracic Society
707 and Canadian Paediatric Society position paper. Can Respir J 2015;22(3):135-143.
- 708 27. **Durham SR, Penagos M.** Sublingual or subcutaneous immunotherapy for allergic
709 rhinitis? J Allergy Clin Immunol 2016;137(2):339-349 e310.
- 710 28. **Fuchs O, Barker M, Zacharasiewicz A, Dahlheim M, Möller A, Gappa M, et al.**
711 Lungenfunktionsmessungen im Kleinkind- und Vorschulalter: Konsensuspapier der
712 Arbeitsgruppe Lungenfunktion in der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie.
713 Monatsschr Kinderheilkd 2017;165(1):55-64.
- 714 29. **Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, et al.**
715 Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma.
716 Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2002(1):CD001117. URL:
717 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001117/abstract>.
- 718 30. **Giraud V, Roche N.** Misuse of corticosteroid metered-dose inhaler is associated with
719 decreased asthma stability. Eur Respir J 2002;19(2):246-251.

- 720 31. **Global Initiative for Asthma (GINA)**. Global Strategy for Asthma Management and
721 Prevention: Updated 2016 [online]. GINA; 2016. [Zugriff: 26.07.2016]. URL:
722 [http://ginasthma.org/2016-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-](http://ginasthma.org/2016-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/)
723 [prevention/](http://ginasthma.org/2016-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/).
- 724 32. **Goksor E, Amark M, Alm B, Ekerljung L, Lundback B, Wennergren G**. High risk of
725 adult asthma following severe wheezing in early life. *Pediatr Pulmonol*
726 2015;50(8):789-797.
- 727 33. **Grymonpre R, Ogilvie R, Rochon P**. Cardiovascular drug therapy. Improving
728 benefits and reducing risks in the older adult. Winnipeg (CAN); University of
729 Manitoba; 2002.
- 730 34. **Health Plan of Nevada**. Geriatric Polypharmacy Guidelines. Stand: März 2008.
731 Health Plan of Nevada; 2008.
- 732 35. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)**.
733 Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter
734 Empfehlungen für das DMP Asthma bronchiale; Abschlussbericht; Auftrag V12-03
735 [online]. 26.11.2013. Köln (GER): IQWiG. [Zugriff: 05.08.2016]. (IQWiG-Berichte;
736 Band 196). URL: [https://www.iqwig.de/download/V12-](https://www.iqwig.de/download/V12-03_Abschlussbericht_Leitlinienrecherche-und-bewertung-fuer-das-DMP-Asthma.pdf)
737 [03_Abschlussbericht_Leitlinienrecherche-und-bewertung-fuer-das-DMP-Asthma.pdf](https://www.iqwig.de/download/V12-03_Abschlussbericht_Leitlinienrecherche-und-bewertung-fuer-das-DMP-Asthma.pdf).
- 738 36. **Jacobsen L, Wahn U, Bilo MB**. Allergen-specific immunotherapy provides
739 immediate, long-term and preventive clinical effects in children and adults: the effects
740 of immunotherapy can be categorised by level of benefit -the centenary of allergen
741 specific subcutaneous immunotherapy. *Clin Transl Allergy* 2012;2:8.
- 742 37. **Jutel M**. Allergen-Specific Immunotherapy in Asthma. *Curr Treat Options Allergy*
743 2014;1:213-219.
- 744 38. **Kaiser SV, Huynh T, Bacharier LB, Rosenthal JL, Bakel LA, Parkin PC, et al**.
745 Preventing Exacerbations in Preschoolers With Recurrent Wheeze: A Meta-analysis.
746 *Pediatrics* 2016;137(6).
- 747 39. **Kaplan A, Stanbrook M**. Must family physicians use spirometry in managing asthma
748 patients?
749 YES. *Can Fam Physician* 2010;56(2):126–128.
- 750 40. **Kim JM, Lin SY, Suarez-Cuervo C, Chelladurai Y, Ramanathan M, Segal JB, et**
751 **al**. Allergen-specific immunotherapy for pediatric asthma and rhinoconjunctivitis: a
752 systematic review. *Pediatrics* 2013;131(6):1155-1167.
- 753 41. **Lange P, Parner J, Vestbo J, Schnohr P, Jensen G**. A 15-year follow-up study of
754 ventilatory function in adults with asthma. *N Engl J Med* 1998;339(17):1194-1200.
- 755 42. **Laube BL, Janssens HM, de Jongh FH, Devadason SG, Dhand R, Diot P, et al**.
756 What the pulmonary specialist should know about the new inhalation therapies. *Eur*
757 *Respir J* 2011;37(6):1308-1331.
- 758 43. **Levey A, Greene T, Kusek J, Beck G, MS G**. A simplified equation to predict
759 glomerular filtration rate from serum creatinine. *J Am Soc Nephrol*;11(AO 828).
- 760 44. **Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D**. A more accurate
761 method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction
762 equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Ann Intern Med*
763 1999;130(6):461-470.
- 764 45. **Levy ML, Dekhuijzen PN, Barnes PJ, Broeders M, Corrigan CJ, Chawes BL, et**
765 **al**. Inhaler technique: facts and fantasies. A view from the Aerosol Drug Management
766 Improvement Team (ADMIT). *NPJ Prim Care Respir Med* 2016;26:16017.

- 767 46. **Lin SY, Erekosima N, Suarez-Cuervo C, Ramanathan M, Kim JM, Ward D, et al.**
768 Allergen-Specific Immunotherapy for the Treatment of Allergic Rhinoconjunctivitis
769 and/or Asthma [online]. Rockville (USA): Agency for Healthcare Research and Quality
770 (AHRQ); 2013. [Zugriff: 04.082016]. (Comparative Effectiveness Review; Band 111).
771 URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133240/pdf/Bookshelf_NBK133240.pdf.
- 772 47. **Mehring M, Donnachie E, Mutschler R, Hofmann F, Keller M, Schneider A.**
773 Disease management programs for patients with asthma in Germany: a longitudinal
774 population-based study. *Respir Care* 2013;58(7):1170-1177.
- 775 48. **National Service Framework for Older People.** Medicines for older people.
776 Implementing medicines-related aspects of the NSF for Older People [online].
777 03.2001. London (GBR): Department of Health; 2001. [Zugriff: 08.10.2014]. URL:
778 <http://www.wales.nhs.uk/sites3/documents/439/NSF%20for%20Older%20People%20-%20Medicines%20and%20Older%20People.pdf>.
779
- 780 49. **Nelson HS, Weiss ST, Bleecker ER, Yancey SW, Dorinsky PM.** The Salmeterol
781 Multicenter Asthma Research Trial: a comparison of usual pharmacotherapy for
782 asthma or usual pharmacotherapy plus salmeterol. *Chest* 2006;129(1):15-26.
- 783 50. **Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, et al.** Clinical
784 Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in
785 decisions about prescribed medicines and supporting adherence [online]. London
786 (GBR): National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General
787 Practitioners
788 2009. [Zugriff: 10.04.2013]. URL:
789 <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG76FullGuideline.pdf>.
- 790 51. **Passalacqua G.** Specific immunotherapy in asthma: a comprehensive review. *J*
791 *Asthma* 2014;51(1):29-33.
- 792 52. **Perret JL, Bonevski B, McDonald CF, Abramson MJ.** Smoking cessation
793 strategies for patients with asthma: improving patient outcomes. *J Asthma Allergy*
794 2016;9:117-128.
- 795 53. **Pfaar O, Bachert C, Bufe A, Buhl R, Ebner C, Eng P, et al.** Leitlinie zur (allergen-)
796 spezifischen Immuntherapie bei IGe-vermittelten allergischen Krankheiten. *Allergo J*
797 *Int* 2014;23(8):282-319.
- 798 54. **Pinnock H.** Supported self-management for asthma. *Breathe (Sheff)* 2015;11(2):98-
799 109.
- 800 55. **Radhakrishnan DK, Dell SD, Guttmann A, Shariff SZ, Liu K, To T.** Trends in the
801 age of diagnosis of childhood asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2014;134(5):1057-1062
802 e1055.
- 803 56. **Ren CL, Esther CR, Jr., Debley JS, Sockrider M, Yilmaz O, Amin N, et al.** Official
804 American Thoracic Society Clinical Practice Guidelines: Diagnostic Evaluation of
805 Infants with Recurrent or Persistent Wheezing. *Am J Respir Crit Care Med*
806 2016;194(3):356-373.
- 807 57. **Rigalleau V, Lasseur C, Perlemoine C, Barthe N, Raffaitin C, Chauveau P, et al.**
808 Cockcroft-Gault formula is biased by body weight in diabetic patients with renal
809 impairment. *Metabolism* 2006;55(1):108-112.
- 810 58. **Schauerte G, Fendel T, Schwab S, Bredl C.** Asthma bronchiale bei Kindern: Effekte
811 einer integrierten Versorgung. *Pneumologie* 2010;64(2):73-80.
- 812 59. **Schmitt J, Schwarz K, Stadler E, Wustenberg EG.** Allergy immunotherapy for
813 allergic rhinitis effectively prevents asthma: Results from a large retrospective cohort
814 study. *J Allergy Clin Immunol* 2015;136(6):1511-1516.

- 815 60. **Sears MR, Ottosson A, Radner F, Suissa S.** Long-acting beta-agonists: a review of
816 formoterol safety data from asthma clinical trials. *Eur Respir J* 2009;33(1):21-32.
- 817 61. **Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU).** How Can
818 Drug Consumption among the Elderly be Improved? A Systematic Review.
819 Stockholm (SWE); SBU; 2009.
- 820 62. **Thomson NC, Chaudhuri R, Heaney LG, Bucknall C, Niven RM, Brightling CE, et**
821 **al.** Clinical outcomes and inflammatory biomarkers in current smokers and
822 exsmokers with severe asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131(4):1008-1016.
- 823 63. **To T, Daly C, Feldman R, McLimont S.** Results from a community-based program
824 evaluating the effect of changing smoking status on asthma symptom control. *BMC*
825 *Public Health* 2012;12:293.
- 826 64. **Tomlinson JE, McMahon AD, Chaudhuri R, Thompson JM, Wood SF, Thomson**
827 **NC.** Efficacy of low and high dose inhaled corticosteroid in smokers versus non-
828 smokers with mild asthma. *Thorax* 2005;60(4):282-287.
- 829 65. **Virchow JC, Backer V, Kuna P, Prieto L, Nolte H, Villesen HH, et al.** Efficacy of a
830 House Dust Mite Sublingual Allergen Immunotherapy Tablet in Adults With Allergic
831 Asthma: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2016;315(16):1715-1725.
- 832 66. **Virchow JC, Crompton GK, Dal NR, Pedersen S, Magnan A, Seidenberg J, et al.**
833 Importance of inhaler devices in the management of airway disease. *Respir Med*
834 2008;102(1):10-19.
- 835 67. **Westerhof GA, Vollema EM, Weersink EJ, Reinartz SM, de Nijs SB, Bel EH.**
836 Predictors for the development of progressive severity in new-onset adult asthma. *J*
837 *Allergy Clin Immunol* 2014;134(5):1051-1056 e1052.
- 838 68. **Zwicker D, Fulmer T.** Reducing adverse drug events. In: Capezuti E, Zwicker D,
839 Fulmer T (Eds). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice.* New
840 York (USA): Springer Publishing Company; 2008. S. 257-308.

841

Von: [Ortholine \(info\)](#)
An: dmp@g-ba.de
Cc: [REDACTED]
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung DMP-A-RL Anlagen 9 und 10 (DMP Asthma bronchiale)
Datum: Mittwoch, 10. Mai 2017 17:33:04

Sehr geehrter Herr Cammin,

vielen Dank für die Information. Da das Thema Asthma bronchiale nicht zu unserem Berufsfeld gehört, können wir dazu keine Stellungnahme abgeben.

Mit freundlichen Grüßen
Sabine Hengelbrock

Sekretariat Studiengemeinschaft für Orthopädieschuhtechnik

Von: Cammin, Alexander [mailto:[REDACTED]@g-ba.de] **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Mittwoch, 10. Mai 2017 15:04
An: Cammin, Alexander
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung DMP-A-RL Anlagen 9 und 10 (DMP Asthma bronchiale)

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per-E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen
gez. i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
komm. Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i.A. Dr. med. Johannes Rückher, M.Sc.
Referent
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystrasse 8
D-10623 Berlin

Telefon: +49 30 275838-551
Telefax: +49 30 275838-505
E-Mail: [REDACTED]@g-ba.de
Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden. This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die **X. Änderung der DMP-Anforderungen- Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation)**

Stand: 10.05.2017

Blaue Schrift: Ergänzungen im Vergleich zur aktuell gültigen DMP-Richtlinie

~~Durchgestrichen:~~ Streichungen im Vergleich zur aktuell gültigen DMP-Richtlinie

Gelb hinterlegt: dissente Positionen

Unterstreichungen markieren Unterschiede zwischen dissidenten Positionen

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014 (BAnz AT 26.04.2014 B3), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V [Veröffentlichungsnummer]), wie folgt zu ändern:

I. Die Anlagen 9 und 10 der DMP-Anforderungen-Richtlinie werden wie folgt gefasst:

[Hinweis: Beschlusstext beginnt bei Überschrift „Anlage 9... und endet mit “]

„Anlage 9 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale

GKV-SV

(ab 5 Jahren)

KBV, DKG, PatV:

[~~Streichen~~]

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 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

1.1 Definition des Asthma bronchiale

Asthma bronchiale ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege, charakterisiert durch bronchiale Hyperreaktivität und, variable Atemwegsobstruktion und typische Symptome.

33 **1.2 Diagnostik**

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

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

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

KBV, DKG:	PatV	GKV-SV
<p>Astmatypische Symptome sind bei Kleinkindern häufig. Ein Teil der Kinder verliert die Symptome bis zum Schulalter. Oft handelt es sich dabei um Kinder, deren astmatypische 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.</p>	<p>Astmatypische Symptome sind bei Kleinkindern häufig. Ein Teil der Kinder verliert die Symptome bis zum Schulalter. Oft handelt es sich dabei um Kinder, deren astmatypische 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. <u>Entsprechend ist eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale aufgrund veränderter Symptome regelmäßig zu überprüfen.</u> Entscheidend ist die Einschränkung der Lebensqualität durch das Asthma bronchiale zum Zeitpunkt der Einschreibung.</p>	<p>[streichen]</p>

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

47 1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

48 Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- 49 - wiederholtes Auftreten folgender - entweder gemeinsam oder einzeln gegebener -
 50 Symptome: anfallsartiger, oftmals nächtlicher oder frühmorgendliche Atemnot, Brustenge,
 51 und/oder Husten mit oder ohne Auswurf, Selbstwahrnehmung von Atemgeräuschen wie
 52 Giemen und Pfeifen, insbesondere bei Allergenexposition, während oder nach körperlicher
 53 Belastung, bei Infekten, thermischen Reizen, Rauch- und Staubexposition,
- 54 - jahreszeitliche Variabilität der Symptome, oft auch abhängig von der Jahreszeit,
- 55 - positive Familienanamnese (Allergie, Asthma bronchiale),
- 56 - berufs-, tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten,
- 57 - berufsbedingte Auslöser. Gibt es Hinweise auf eine Berufserkrankung, erfolgt die Meldung
 58 an die Berufsgenossenschaft. Eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale ist bei einer
 59 anerkannten Berufserkrankung nicht möglich,

60 - Komorbiditäten: u. a. chronisch rezidivierende Rhinitis bzw. Sinusitis, gesteigerter
61 gastroösophagealer Reflux, Adipositas, Angstzustände und Depression.


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

64 1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

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

69 Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer aktuellen
70 oder längstens zwölf Monate zurückliegenden asthmatypischen Anamnese gemäß Ziffer
71 Nummer 1.2.1 und das Vorliegen mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

72 Bei Erwachsenen:

73 - Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich  70 % und Nachweis der (Teil-
74 Reversibilität durch Zunahme der FEV₁ um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach
75 Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,

76 - Zunahme der FEV₁ um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach bis zu 28-tägiger
77 Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen
78 Glukokortikosteroiden,

79 - circadiane PEF-Variabilität größer > 20 % über 3 bis 14 Tage,

80 - Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen,
81 standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

82 Im Alter von 5 bis 17 Jahren:

83 - Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich \leq 75 % und Nachweis der (Teil-
84 Reversibilität durch Zunahme der FEV₁ um mindestens 15 % nach Inhalation eines kurz
85 wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,

86 - Zunahme der FEV₁ um mindestens 15 % nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen
87 Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen
88 Glukokortikosteroiden,

89 - circadiane PEF-Variabilität größer > 20 % über 3 bis 14 Tage,

90 - Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen,
91 standardisierten, nicht-inhalativen oder durch einen unspezifischen, standardisierten,
92 mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

<p>KBV, DKG, PatV:</p> <p>Kinder im Alter von 1 bis 5 Jahren:</p> <p>Für Klein- und Vorschulkindern, bei denen eine valide Lungenfunktion noch nicht durchführbar ist, müssen für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung die folgenden Kriterien erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - \geq 3 asthmatypische Episoden im letzten Jahr und - Ansprechen der Symptome auf einen Therapieversuch mit antiasthmatischen Medikamenten <p>und mindestens eines der folgenden Zusatzkriterien:</p>	<p>GKV-SV</p> <p>[streichen]</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Die Diagnose gilt auch als gestellt, wenn die Einschreibekriterien entsprechend denen für Kinder ab 5 Jahren erfüllt werden.</p>	
--	--

93 Statt des für alle Altersgruppen fixierten Grenzwertes von FEV1/VC ≤ 70 % bzw. 75 % zur
 94 Charakterisierung der Obstruktion können die neueren Sollwerte der Global Lung Initiative
 95 (GLI) eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von FEV1/VC berücksichtigen. Als unterer
 96 Grenzwert (LLN: lower limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64-faches
 97 der Streuung).

98 ~~Eine gleichzeitige Einschreibung in Teil I (Asthma bronchiale) und Teil II (COPD) des~~
 99 ~~strukturierten Behandlungsprogramms ist nicht möglich.~~

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

104 1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik

105 Bei Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale ist zu prüfen, ob eine
 106 allergologische Stufendiagnostik durchzuführen ist.

107 Die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung soll durch ~~eine/einen~~

108 - ~~eine~~ allergologisch qualifizierte~~n~~ und pneumologisch kompetente~~n~~ ~~Ärztin bzw. einen~~
 109 ~~allergologisch qualifizierten und pneumologisch kompetenten Arzt~~ oder

110 - ~~eine~~ allergologisch und pneumologisch qualifizierte~~n~~ ~~Ärztin bzw. einen allergologisch und~~
 111 ~~pneumologisch qualifizierten Arzt~~

112 ~~Ärztin/Arzt~~ erfolgen.

113 1.3 Therapieziele

114 ~~Ziel der Therapie ist eine optimale Symptomkontrolle. Die Therapie dient insbesondere der~~
 115 ~~Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der~~
 116 ~~asthmabezogenen Lebensqualität und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken.~~

117 Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der
 118 Patientin oder des Patienten anzustreben:

119 - ~~4. Vermeidung/Reduktion von:~~

120 - ~~von~~ akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome,
 121 Asthma-Anfälle/Exazerbationen),

122 ~~krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und~~
 123 ~~geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,~~

124 - ~~von~~ krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen
 125 Aktivitäten im Alltag,

126 - einer Progredienz der Krankheit,

- 127 - von unerwünschten Wirkungen der Therapie,
- 128 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und
- 129 geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen
- 130 bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der
- 131 bronchialen Hyperreagibilität;
- 132 - ~~z.~~ Reduktion der Asthma-bedingten Letalität,;
- 133 - adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
- 134 - das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

135 1.4 Differenzierte Therapieplanung

136 Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf
 137 der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen; dabei ist auch das Vorliegen
 138 von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) und Komorbiditäten (z. B. Rhinitis/Sinusitis)
 139 zu berücksichtigen.

140 Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in
 141 Ziffer Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren
 142 kann. ~~Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in~~
 143 ~~Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach Aufklärung über Nutzen und Risiken.~~
 144 Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind
 145 gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen.

<p>PatV, DKG, KBV:</p> <p>Bei Kindern im Alter von 1 bis 5 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.</p> <p>Unter Berücksichtigung der individuellen Konstellation soll auf die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung der Erkrankung hingewiesen werden.</p> <p>Entsprechend ist mindestens einmal jährlich eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale aufgrund veränderter Symptome zu überprüfen.</p>	<p>GKV-SV</p> <p><i>[streichen]</i></p>
---	--

146 1.4.1 Asthmakontrolle

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

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

155 Mit den in der folgenden Tabelle genannten Kriterien kann die Güte der Asthmakontrolle, über
 156 die die medikamentöse Therapie gesteuert wird, in „kontrolliert“, „teilweise kontrolliert“ und
 157 „unkontrolliert“ eingeteilt werden. Bezugszeitraum sind jeweils die letzten 4 Wochen. Bei
 158 „kontrolliertem“ Asthma ist die Therapie adäquat und kann eventuell sogar reduziert werden,
 159 bei „teilweiser Asthmakontrolle“ ist eine Intensivierung der Behandlung zu prüfen. Bei
 160 „unkontrolliertem“ Asthma sind sofortige Therapieanpassungen erforderlich.

Asthmakontrolle	Kontrolliert (Alle Kriterien erfüllt)	Teilweise kontrolliert (1 bis 2 Kriterien)	Unkontrolliert
Symptome tagsüber	≤ 2 mal pro Woche	> 2 mal pro Woche	≥ 3 Kriterien des teilweise kontrollierten Asthmas innerhalb einer Woche
Einschränkung der Alltagsaktivitäten	Keine	Vorhanden	
Nächtliche Symptome	Keine	Vorhanden	
Einsatz der Bedarfsmedikation	≤ 2 mal pro Woche	> 2 mal pro Woche	

161 Darüber hinaus sollten für die Therapiesteuerung auch die aktuellen Ergebnisse der
 162 Lungenfunktionsprüfung und die Häufigkeit von Exazerbationen innerhalb der letzten
 163 12 Monate berücksichtigt werden. Hinweise auf ein teilweise kontrolliertes Asthma bronchiale
 164 oder unkontrolliertes Asthma bronchiale sind auch gegeben, wenn die Lungenfunktion
 165 eingeschränkt ist oder mindestens eine Exazerbation innerhalb der letzten 12 Monate
 166 aufgetreten ist. Dies sollte bei der Therapiesteuerung berücksichtigt werden.

167 Die Asthmakontrolle beruht somit auf klinisch leicht zu erfassenden Parametern und ist sowohl
 168 für die langfristige Verlaufskontrolle als auch als Grundlage der Therapie (-Anpassungen)
 169 geeignet.

170 1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

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

173 Folgende Untersuchungen und Maßnahmen sollten bei jedem Patientenkontakt durchgeführt
 174 werden:

- 175 - Anamnese und Abschätzung des Kontrollgrades, gegebenenfalls mit Prüfung der
- 176 Asthmakalender / Tagebücher / PEF-Protokolle („Peak Expiratory Flow“),
- 177 - Körperliche Untersuchung (Auskultation),
- 178 - Prüfung der Medikation und Begleitmedikation, Medikamenten- und Notfallplan,
- 179 - Prüfung der Inhalationstechnik, gegebenenfalls Einleitung von Schulungsmaßnahmen,
- 180 - Entscheidung über Weiterführung, Steigerung oder Absenkung der Dosis inhalativer
- 181 Glukokortikosteroide,
- 182 - Entscheidung über eventuell notwendige weitere diagnostische oder therapeutische
- 183 Maßnahmen nach Nummer 1.6.2.,
- 184 - Entscheidung über das zukünftige Kontrollintervall.

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

<p>KBV, DKG, PatV:</p> <p>Unabhängig vom Kontrollintervall soll <u>ab 5 Jahren</u> mindestens einmal pro Jahr eine Lungenfunktionsmessung durchgeführt und dokumentiert werden (Fluss/Volumen Kurve).</p>	<p>GKV-SV:</p> <p>Unabhängig vom Kontrollintervall soll mindestens einmal pro Jahr eine Lungenfunktionsmessung durchgeführt und dokumentiert werden (Fluss/Volumen Kurve).</p>
--	---

187 1.4.3 Selbstmanagement

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

- 191 - ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser
 192 (Allergien und/oder Triggerfaktoren),
- 193 - Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der Krankheitsverschlechterung
 194 (z. B. mittels Peak-flow-Protokollierung),
- 195 - einen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin erstellten individuellen
 196 Selbstmanagementplan,
- 197 - eine korrekte Inhalationstechnik.

198 **1.5 Therapeutische Maßnahmen**

199 1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

200 Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt oder der behandelnde Arzt soll die Patientin oder den
 201 Patienten insbesondere hinweisen auf:

- 202 - relevante Allergene und deren Vermeidung (soweit möglich),
- 203 - sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen,
 204 emotionale Belastung) und deren Vermeidung,
- 205 - Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des Asthma
 206 bronchiale führen können.

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

- 211 - Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder Konsultation
 212 erfragt werden.
- 213 - Raucherinnen und Raucher sollten in einer klaren und persönlichen Form dazu motiviert
 214 werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- 215 - Es ist festzustellen, ob die Raucherin oder der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen
 216 Ausstiegsversuch zu beginnen.
- 217 - Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur
 218 Raucherentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse,
 219 insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten
 220 Tabakentwöhnung und geeignete, vom Patienten selbst zu tragende Medikamente.
- 221 - Jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang
 222 zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm
 223 erhalten.
- 224 - Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem
 225 Ausstiegsdatum.
- 226 - Nicht entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher sollen zum Rauchverzicht motiviert
 227 werden.

228 1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

GKV-SV, KBV, DKG	PatV
Jede Patientin und jeder Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem	Jede Patientin und jeder Patient mit Asthma bronchiale soll erhält Zugang zu einem

<p>strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten.</p> <p>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.</p>	<p>strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten.</p> <p>Die Schulung dient insbesondere der Einübung und Vertiefung eines adäquaten Selbstmanagements <u>gemäß Nummer 1.4.3</u>, z. B. durch ein Grundverständnis der Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser, und der Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der Krankheitsverschlechterung <u>sowie die Vermittlung von Wissen um die Wirkungen und unerwünschten Effekte der Medikation.</u></p>
---	---

229 Im Übrigen gelten die ~~in § 4 unter Ziffer 4.2~~ genannten ~~Anforderungen Zugangs- und~~
 230 ~~Qualitätssicherungskriterien~~. Bei jeder Vorstellung des Patienten und der Patientin soll im Falle
 231 einer noch nicht erfolgten Schulung geprüft werden, ob eine Schulung empfohlen werden soll.

232 1.5.3 Körperliche Aktivitäten

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

235 Daher sollte die/der behandelnde Ärztin/Arzt ~~oder der behandelnde Arzt~~ regelmäßig darauf
 236 hinweisen, dass die Patientin oder der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen
 237 der körperlichen Aktivität ergreift. Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal
 238 jährlich überprüft werden. Insbesondere sollte darauf hingewirkt werden, dass Schulkinder mit
 239 Asthma bronchiale unter Berücksichtigung der individuellen und aktuellen Leistungsfähigkeit
 240 regelmäßig am Schulsport teilnehmen.

241 1.5.4 Rehabilitation

242 Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem
 243 asthmakranke Patientinnen und Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin
 244 unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu
 245 erlangen und aufrechtzuerhalten sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder
 246 wiederherzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft
 247 teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch Asthma bronchiale
 248 und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken.
 249 Dabei ist den besonderen Bedürfnissen betroffener Kinder und Jugendlicher Rechnung zu
 250 tragen.

251 Die Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden
 252 Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale sein.

253 Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung ist gemäß ~~Ziffer-Nummer~~ 1.6.4 individuell zu
 254 prüfen.

255 1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

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

262 1.5.6 Somatische Komorbiditäten

263 Erkrankungen der oberen Atemwege:

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

268 Adipositas:

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

273 Gastroösophageale Refluxkrankheit:

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

279 1.5.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

280 Bei Patientinnen und Patienten, bei denen die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr
281 Arzneimitteln auf Grund von Multimorbidität oder der Schwere der Erkrankung erforderlich ist
282 oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln gibt, sind
283 folgende Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements vorzusehen:

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

294 In der Patientinnen- oder Patientenakte soll ein aktueller Medikationsplan vorhanden sein.
295 Dieser soll der Patientin oder dem Patienten oder einer Betreuungsperson in einer für diese
296 verständlichen Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden.

297 Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab
298 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der
299 Glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel
300 (eGFR) überwacht werden. Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die
301 Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall
302 der Nierenfunktion anzupassen.

303 1.5.8 Medikamentöse Maßnahmen

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

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

312 Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe
313 als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient

314 darüber zu informieren, ob für diese Wirksamkeitsbelege bezüglich der unter **Nummer**
 315 **Ziffer** 1.3 genannten Therapieziele vorliegen.

316 In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika
 317 (Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika
 318 (Medikamente, die bei Bedarf, z. B. bei zu erwartenden körperlichen Belastungssituationen,
 319 zur Behandlung von Dyspnoe und insbesondere bei Asthma-Anfällen eingesetzt werden)
 320 unterschieden.

321 In der Inhalationstherapie ist nur die im Bronchialsystem deponierte Medikamentenmenge
 322 wirksam. Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege, dem
 323 Atemmuster, der Partikelgröße und dem **jeweiligen Applikationssystem** ~~Inhalationssystem~~. Es
 324 sollte daher das **Applikationssystem** ~~Inhalationssystem~~ und die Instruktion bezüglich der
 325 Anwendung individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten (insbesondere Alter und
 326 Koordination) angepasst werden.

KBV, DKG, PatV:	GKV-SV
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.	[streichen]

327 Darüber hinaus ist es sinnvoll, bei Verwendung mehrerer inhalativer Medikamente für alle
 328 Präparate den gleichen Typ von **Applikationssystem** ~~Inhalationssystem~~ einzusetzen. Nach
 329 einer initialen Einweisung in die ~~Inhalationstechnik~~ **Applikationstechnik** sollte diese in jedem
 330 Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden. Bei Patientinnen und
 331 Patienten, bei denen ein Wechsel des Applikationssystems absehbar Probleme bereiten wird,

GKV-SV, KBV, DKG:	PatV:
<u>kann</u> unter Dokumentation der besonderen Gründe im Einzelfall bei der Verordnung die Substitution durch Setzen des Aut-idem-Kreuzes ausgeschlossen werden.	<u>soll</u> unter Dokumentation der besonderen Gründe im Einzelfall bei der Verordnung die Substitution durch Setzen des Aut-idem-Kreuzes ausgeschlossen werden.

332 Bei mangelnder Kontrolle der Asthma-Symptome sollte vor einer Steigerung der
 333 medikamentösen Therapie immer versucht werden, die folgenden Fragen abzuklären:

- 334 - Wurden die verordneten Medikamente angewendet?
- 335 - Wurden sie richtig angewendet?
- 336 - Haben sich die Risikofaktoren verändert? (Auslöser, Komorbiditäten, Interaktion mit
 337 weiteren Medikationen)
- 338 - Ist die Diagnose Asthma bronchiale korrekt?

339 Bei guter Asthma-Kontrolle über einen längeren Zeitraum (z. B. über drei Monate bei Einsatz
 340 inhalativer Glukokortikosteroide) soll die Reduktion der Therapie erwogen werden.

341 1.5.8.1 Dauertherapie bei Erwachsenen

342 Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

343 1. Basistherapie

- 344 - inhalative Glukokortikosteroide,

345 2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen **zusätzlich zur Gabe von inhalativen**
 346 **Glukokortikosteroiden** in Betracht:

- 347 - inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika

348 - ~~in begründeten Fällen~~ Wenn trotz dieser erweiterten Basistherapie ein
 349 unkontrolliertes Asthma bronchiale besteht, stehen zur Modifikation bzw. Eskalation
 350 zur Verfügung:

- 351 - langwirksame Anticholinergika
- 352 - systemische Glukokortikosteroide
- 353 - Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
- 354 - Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- 355 - Anti-IgE-Antikörper

356 Bei Patientinnen und Patienten mit, trotz Ausschöpfung einer erweiterten
 357 Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem, schwerem persistierendem
 358 allergischem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-
 359 IgE-Antikörper oder Anti-IL-5-Antikörper) erwogen werden. Hierfür soll eine
 360 Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder
 361 zur qualifizierten Einrichtung erfolgen. Anti-IgE-Antikörper geprüft werden:

362 Bei Undurchführbarkeit einer Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (z. B. Ablehnung
 363 oder Unverträglichkeit) als Basismedikation ist vor Verordnung einer unterlegenen,
 364 alternativen antientzündlichen Therapie ein Aufklärungsgespräch über Risiken dieser
 365 Therapieoptionen zu führen.

KBV, DKG, PatV:	GKV-SV:
1.5.8.2 Dauertherapie bei 5-17-Jährigen Kindern und Jugendlichen (1 bis 17 Jahre)	1.5.8.2 Dauertherapie bei 5-17-Jährigen

366 Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

- 367 1. Basistherapie
 - 368 - ~~Vorzugsweise~~ **niedrig dosierte** inhalative Glukokortikosteroide
 - 369 - in begründeten Fällen alternativ Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
- 370 2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen in Betracht:
 - 371 - Steigerung der Dosis des inhalativen Glukokortikosteroids ~~auf eine mittelhohe Dosis~~
 - 372 - Kombination von inhalativen Glukokortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-
 373 Antagonisten

KBV, DKG, PatV:	GKV-SV:
- bei Kindern ab 4 Jahren inhalative lang wirksame Beta-2- Sympathomimetika (nur in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden)	- inhalative lang wirksame Beta-2- Sympathomimetika (nur in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden)

374 3. Im Ausnahmefall, bei ~~sonst~~ **einem trotz der erweiterten Basistherapie nicht ausreichend**
 375 **kontrolliertem** ~~baren~~ **Verläufen Asthma bronchiale können zusätzlich erwogen werden:**

- 376 - systemische Glukokortikosteroide
- 377 - Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)

378 - eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper) bei schwerem
379 persistierendem Asthma bronchiale

380 ~~—Anti-IgE Antikörper~~

381 ~~Bei Patientinnen und Patienten mit, trotz Ausschöpfung einer erweiterten~~
382 ~~Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem, schwerem persistierendem~~
383 ~~allergischem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit Anti-IgE Antikörper~~
384 ~~geprüft werden.~~

385 Die Verordnung von Medikamenten nach 3. sollte durch die jeweils qualifizierte Fachärztin/
386 oder den jeweils qualifizierten Facharzt oder durch die qualifizierte Einrichtung erfolgen.

387 Bei der Verordnung sind die altersabhängigen Zulassungseinschränkungen zu
388 berücksichtigen.

389 1.5.8.3 Bedarfstherapie/~~Anfallstherapie~~ Therapie der Exazerbation

390 Eine Bedarfsmedikation soll bei akuten asthmatischen Beschwerden kann beispielsweise
391 bei körperlicher Belastung eingesetzt werden Dyspnoe, pulmonalen Infekten oder
392 Obstruktionen unterschiedlichen Schweregrades notwendig sein. Vorrangig sollten bei der
393 Bedarfstherapie/~~Anfallstherapie~~ Therapie der Exazerbation folgende Wirkstoffgruppen
394 Anwendung finden:

395 - ~~rasch~~ kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ),

396 ~~—kurz wirksame Anticholinergika (5-17-Jährige)~~

397 Bei unzureichendem Ansprechen kommen in Betracht:

398 - der kurzfristige Einsatz systemischer Glukokortikosteroide (maximal bis zu 2 Wochen).
399 In der Regel ist bei Kindern ein Einsatz für 3 bis 5 Tage, bei Erwachsenen für 5 bis
400 7 Tage ausreichend.

401 - kurz wirksame Anticholinergika

402 - Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung).

403 ~~Die~~er Asthma-Anfall~~Exazerbation~~ kann durch Infekte, Allergenexposition,
404 Medikamentenunverträglichkeit, irritativ-toxische Ursachen sowie körperliche Belastung
405 hervorgerufen werden. Die Gabe von Antibiotika ist bei der im Asthma-Anfall~~Exazerbation~~ in
406 der Regel nicht indiziert.

407 1.5.8.4 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung

408 ~~Wenn bei Vorliegen eines allergischen Asthma bronchiale Symptome mit~~
409 ~~Allergenkarenzversuch und Pharmakotherapie nicht ausreichend zu beseitigen sind, ist die~~
410 ~~Indikation zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie/Hyposensibilisierung zu prüfen.~~

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

415 1.5.8.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft

416 Die medikamentöse Langzeittherapie und die Bedarfstherapie des Asthma bronchiale sollen
417 während der Schwangerschaft in der Regel in der gewohnten Weise fortgeführt werden.

418 1.5.8.6 Schutzimpfungen

419 Schutzimpfungen gegen Influenza und Pneumokokken sollten gemäß der Richtlinie des
420 Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V

421 (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale
 422 erwogen werden.

423 **1.6 Kooperation der Versorgungssektoren**

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

427 1.6.1 Koordinierende/r Ärztin/Arzt oder koordinierender Arzt

428 Die Langzeit-Betreuung der Patientin oder des Patienten und deren Dokumentation im
 429 Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin
 430 oder den Hausarzt im Rahmen der im § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
 431 beschriebenen Aufgaben.

<p>PatV</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen sind dies in der Regel Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG</p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	--

432 In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Asthma bronchiale eine/~~n~~
 433 zugelassene/~~n~~ oder ermächtigte/~~n~~ qualifizierte/~~n~~ Fachärztin/~~Facharzt~~ oder einen
 434 zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die
 435 für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b-137f
 436 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung
 437 teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren
 438 Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann,
 439 wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin oder
 440 diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung
 441 aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Nummer
 442 Ziffer 1.6.2 sind von der gewählten Ärztin oder dem gewählten Arzt oder der gewählten
 443 Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der
 444 Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

445 ~~Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der/des qualifizierten~~
 446 ~~Fachärztin/Facharztes oder der qualifizierten Einrichtung befinden, hat diese/dieser bei einer~~
 447 ~~Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an die Hausärztin oder den~~
 448 ~~Hausarzt möglich ist.~~

449 1.6.2 Überweisung von der/~~dem~~ koordinierenden Ärztin/Arzt oder vom koordinierenden Arzt
 450 zur/~~zum~~ jeweils qualifizierten Fachärztin/~~Facharzt~~ oder zum jeweils qualifizierten
 451 Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

452 ~~Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen~~
 453 ~~eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und/oder zur erweiterten Diagnostik von~~
 454 ~~Patientinnen und Patienten zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur~~
 455 ~~qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:~~

<p>GKV-SV, DKG, KBV</p> <p>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</p>	<p>PatV</p> <p>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</p>
--	---

jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen:	qualifizierten Einrichtung erfolgen; <u>bei Kindern und Jugendlichen sind dies in der Regel eine Fachärztin bzw. ein Facharzt mit Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung Pädiatrische Pneumologie:</u>
---	---

- 457 - bei schwerem unkontrolliertem Asthma bronchiale,
- 458 - zur Überprüfung der Indikation einer Langzeittherapie mit systemischen
- 459 Glukokortikosteroiden,
- 460 - bei Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft,
- 461 - bei Einleitung einer Therapie mit Antikörper (z. B. Anti-IgE Antikörper, Anti-IL-5 Antikörper),
- 462 - bei Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale.
- 463 Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen
- 464 werden:
- 465 ~~— bei unzureichender Asthmakontrolle trotz intensivierter Behandlung~~
- 466 - ~~wenn eine Langzeittherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden begonnen oder~~
- 467 ~~beendet werden soll~~
- 468 - bei Kindern, bei denen ein kontrolliertes Asthma bronchiale durch eine erweiterte
- 469 Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden nicht zu erreichen
- 470 ist,
- 471 ~~— Einleitung einer Therapie mit Anti-IgE-Antikörper~~
- 472 ~~— vorausgegangene Notfallbehandlung,~~
- 473 - bei Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinitis/Sinusitis, rezidivierender
- 474 Pseudo-Kkrupp),
- 475 ~~— Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale,~~
- 476 - zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer spezifischen Immuntherapie bei
- 477 allergischem Asthma bronchiale.
- 478 ~~— Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale,~~
- 479 ~~— Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft.~~
- 480 Im Übrigen entscheidet die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nach
- 481 pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
- 482 Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der Fachärztin oder des
- 483 Facharztes oder der qualifizierten Einrichtung befinden, hat diese bzw. dieser bei einer
- 484 Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob die weitere Behandlung durch die Hausärztin oder
- 485 den Hausarzt möglich ist.
- 486 1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus
- 487 Indikationen zur sofortigen stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen
- 488 und Patienten (Erwachsene und Kinder/Jugendliche) unter folgenden Bedingungen:
- 489 - Verdacht auf lebensbedrohlichen Anfall,
- 490 - schwerer, trotz initialer Behandlung persistierender Anfall.
- 491 Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:
- 492 ~~— bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,~~

- 493 - bei Erwachsenen:
- 494 - Absinken des Peakflows unter ca. 30 % des persönlichen Bestwertes bzw.
 - 495 unter 100 l/min,
 - 496 - [deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung](#),
 - 497 - Atemfrequenz mehr als ca. 25 pro Minute,
 - 498 - Sprech-Dyspnoe,
 - 499 - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- 500 - bei Kindern und Jugendlichen:
- 501 - Absinken des Peakflows unter ca. 50 % des persönlichen Bestwertes,
 - 502 - fehlendes Ansprechen auf kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika,
 - 503 - ~~deutlicher Abfall der~~ [erniedrigte Sauerstoffsättigung](#),
 - 504 - Sprech-Dyspnoe,
 - 505 - Einsatz der Atemhilfsmuskulatur,
 - 506 - deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz,
 - 507 - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- 508 - [bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen](#),
- 509 - bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen Kindes.
- 510 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine
511 Einweisung.

512 1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

513 ~~Eine Rehabilitationsleistung ist insbesondere zu erwägen bei schweren Asthmaformen mit~~
514 ~~relevanten Krankheitsfolgen trotz adäquater medizinischer Betreuung, insbesondere bei~~
515 ~~Ausschöpfung der Therapie bei schwierigen und instabilen Verläufen mit schwerer bronchialer~~
516 ~~Obstruktion, ausgeprägter bronchialer Hyperreagibilität, psychosozialer Belastung und/oder~~
517 ~~bei schweren medikamentös bedingten Folgekomplikationen.~~

518 [Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. Dabei sind die](#)
519 [Schwere des Asthma bronchiale, ggf. bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die](#)
520 [psychosoziale Belastung zu beachten.](#)

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

523 **2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Fünften**
524 **Buches Sozialgesetzbuch)**

525 ~~Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.~~

526 [Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser](#)
527 [Richtlinie geregelt.](#)

528 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

Qualitätsziel	Qualitätsindikator
---------------	--------------------

<p>Steigerung des Hoher Anteils an Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Patientinnen und Patienten mit kontrolliertem Asthma bronchiale mit guter Symptomkontrolle</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit kontrolliertem Asthma bronchiale, mit guter Symptomkontrolle bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer Patientinnen und Patienten</p>
<p>Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit unkontrolliertem Asthma bronchiale</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit unkontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p>
<p>Erhöhung des Hoher Anteils geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale bzw. deren Betreuungspersonen</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten (bzw. deren Betreuungspersonen), die an einer empfohlenen Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer Patientinnen und Patienten, denen eine Schulung empfohlen wurde</p>
<p>Erhöhung des Hoher Anteils der an Teilnehmerinnen und Teilnehmern Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan einsetzen erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten</p>
<p>Vermeidung Niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher stationärer notfallmäßiger Behandlungen</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher stationärer notfallmäßiger Behandlung des Asthma in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale mit Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der ungeplanten, auch notfallmäßigen (ambulant und stationär) ärztlichen stationären notfallmäßigen Behandlungen</p>
<p>Erhöhung des Hoher Anteils an Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit Dauermedikation</p>
<p>Erhöhung des Hoher Anteils an Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Patientinnen und Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten, bei denen im Dokumentationszeitraum die Inhalationstechnik überprüft wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschriebenen Patientinnen und Patienten mit inhalativer Medikation</p>

Niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	<ol style="list-style-type: none"> 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
Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV1-Wert	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV1-Wert in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer

529 **3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f**
530 **Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

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

535 **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

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

538 Die Ausführungen in § 3 dieser Richtlinie zu Ziffer 3.1 der Anlage 4 gelten entsprechend mit
539 der Maßgabe, dass die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des
540 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird.

541 **3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

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

547 ~~Eine/Ein Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, die~~ aktuell unter Regelmedikation
548 ~~stehende/r Patientin/Patient mit Asthma bronchiale, können~~ kann eingeschrieben werden,
549 wenn die Diagnose vor Therapiebeginn wie unter Ziffer in Nummer 1.2.2 gestellt wurde und
550 eine asthmatypische Anamnese aus dem Zeitraum der letzten zwölf Monate vor Einschreibung
551 vorliegt.

552 Eine gleichzeitige Einschreibung in ein Teil I (DMP Asthma bronchiale) und ein DMP Teil II
553 (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms ist nicht möglich.

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

558 Für Versicherte, die auf Basis der unter Teil B, II, Nummer 1.2 der DMP-Richtlinie festgelegten
559 Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V
560 eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik
561 erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

562 **4 Schulungen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Fünften Buches** 563 **Sozialgesetzbuch)**

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

569 **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

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

572 ~~Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten~~
573 ~~Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Management-~~
574 ~~Komponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die~~
575 ~~Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten~~
576 ~~Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender~~
577 ~~Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von~~
578 ~~entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.~~

579 **4.2 Schulungen der Versicherten**

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

582 ~~Jede Patientin und jeder Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem strukturierten,~~
583 ~~evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm~~
584 ~~erhalten.~~

585 ~~Patientenschulungen dienen der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des~~
586 ~~Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Hierbei ist~~
587 ~~der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach~~
588 ~~§ 137 f Abs. 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch herzustellen. Der bestehende~~
589 ~~Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.~~

590 ~~Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen,~~
591 ~~gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt und ihre Ausrichtung an den unter Ziffer~~
592 ~~1.3 genannten Therapiezielen belegt werden. Schulungs- und Behandlungsprogramme~~
593 ~~müssen die individuellen Behandlungspläne berücksichtigen. Schulungsprogramme für Kinder~~
594 ~~sollen und für Jugendliche können die Möglichkeit der Schulung von ständigen~~
595 ~~Betreuungspersonen vorsehen. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.~~

596 **5 Evaluation (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches** 597 **Sozialgesetzbuch)**

598 Die Ausführungen zu Ziffer 5 der Anlage 1 gelten entsprechend.

599 Für die Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 1 DMP-A-RL sind mindestens folgende
600 medizinische Parameter auszuwerten:

- 601 a) Tod
- 602 b) Raucherquote allgemein

- 603 c) Raucherquote im Kollektiv der Raucher
- 604 d) Ungeplante notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale
- 605 e) Asthmakontrolle (kontrolliert, teilkontrolliert, unkontrolliert)
- 606 f) Medikation
- 607 g) Schulungen

608 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 der DMP-Anforderungen-
609 Richtlinie ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein
610 DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter
611 festgelegt.
612

613 **Anlage 10 Asthma bronchiale - Dokumentation**
614

Asthma bronchiale - Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber ¹	Häufiger als 2mal wöchentlich / bis zu 2mal wöchentlich / Keine Häufiger als 2 mal wöchentlich / 1 bis 2 mal wöchentlich / < 1 mal wöchentlich / Keine
1a	In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation ⁴	Häufiger als 2 mal wöchentlich / 1 bis 2 mal wöchentlich / < 1 mal wöchentlich / Keine
2	Aktueller Peak-Flow-Wert	Wert/Nicht durchgeführt
2a	In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale	Ja / Nein
2b	In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes	Ja / Nein
2c	Aktueller FEV ₁ -Wert (mindestens alle 12 Monate)	X Prozent des Soll-Wertes / Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
3	Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche notfallmäßige Stationäre Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
Medikamente		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Kurz wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6a	Systemische Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein / Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten / Andere
8	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
Schulung		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei	Ja / Nein

	aktueller Dokumentation)	
9a	Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen ^{3,6}	Ja / Nein
10	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen ⁶	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja / Nein
11a	Therapieanpassung	Keine / Steigerung der Medikation / Verbesserung der Anwendung der Medikation / Reduktion der Medikation ⁵

615 ¹ Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

616 ² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden
617 Dokumentationen zu machen.

618 ³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.

619 ⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Ohne prophylaktische Anwendung vor Sport

620 ⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Mehrfachnennungen möglich

621 ⁶ PatV Hinweis für die Ausfüllanleitung: betrifft auch die Schulung von Angehörigen von Kindern [GKV-SV,
622 KBV und DKG: streichen]

623

624 „

625

626 II. Die Änderung der Richtlinie tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im
627 Bundesanzeiger folgenden Quartals, nicht jedoch vor dem 1. April 2018, in Kraft.
628 Gleichzeitig tritt Teil B – II Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für
629 Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen – Teil I:
630 Asthma bronchiale (ab 5 Jahre) der DMP-Richtlinie in der Fassung vom 16.02.2012 (BAnz
631 AT 18.07.2012 B3), zuletzt geändert am 21.07.2016 (BAnz AT 14.10.2016 B3), außer
632 Kraft.

633

634 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter
635 www.g-ba.de veröffentlicht.

636

637 Berlin, den T. Monat JJJJ

638

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

639

640

641

642

Prof. Hecken



Geschäftsstelle:
 Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn
 Telefon +49 (0) 2 28 / 923 922-0
 Telefax +49 (0) 2 28 / 923 922-10
 Frau Ulrike Fischer
 E-Mail: info@hno.org
 Homepage: http://www.hno.org

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
 Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn

Frau Karola Pötter-Kirchner, MPH
 komm. Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
 sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
 Wegelystr. 8
 10623 Berlin

18. Mai 2017

nachrichtlich: AWMF-Geschäftsstelle

**Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation)
 Ihr Schreiben vom 10. Mai 2017**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC) dankt Ihnen für die Gelegenheit, zu dem Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL)“ eine Stellungnahme abzugeben.

Nach Prüfung durch einen vom Präsidium beauftragten Experten, Herr Professor Werner Hosemann, Greifswald, möchten wir Ihnen die nachfolgenden Vorschläge zu textlichen Änderungen übermitteln:

Zeile	Bisherige Formulierung	Vorgeschlagene Alternativ-Formulierung
60	Komorbiditäten: u.a. chronisch rezidivierende Rhinitis bzw. Sinusitis, gesteigerter gastroösophagealer Reflux, Adipositas, Angstzustände und Depression.	Komorbiditäten: u.a. chronische Rhinosinusitis, Analgetica-Intoleranz , gesteigerter gastroösophagealer Reflux, Adipositas, Angstzustände und Depression.
138	... dabei ist auch das Vorliegen von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) und Komorbiditäten (z.B. Rhinitis/Sinusitis) zu berücksichtigen.	... dabei ist auch das Vorliegen von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) und Komorbiditäten (z.B. Rhinosinusitis) zu berücksichtigen.
264	Häufige und bedeutsame Komorbiditäten des Asthma bronchiale sind Rhinitis, Sinusitis, Polyposis nasi, zusätzlich bei Kindern ...	Häufige und bedeutsame Komorbiditäten des Asthma bronchiale sind Rhinitis und die chronische Rhinosinusitis (v.a. polypöse Variante) , zusätzlich bei Kindern ...
277	Eine medikamentöse Behandlung sollte allerdings nur bei Vorliegen von Refluxbeschwerden (Sodbrennen, saures Austoßen) erfolgen.	Eine medikamentöse Behandlung sollte allerdings nur bei Vorliegen von Refluxbeschwerden (Sodbrennen, saurem Aufstoßen, laryngealen Beschwerden, trockenem Husten, chronischer Rhinosinusitis) erfolgen.
473	.. bei Begleiterkrankungen (z.B. COPD, chronische Rhinitis/Sinusitis, rezidivierender Pseudokrupp),	.. bei Begleiterkrankungen (z.B. COPD, chronische Rhinosinusitis, behinderte Nasenatmung, Folgekrankheiten bei Reflux, Adenoide , rezidivierender Pseudokrupp),

b. w.

Präsident:
 Prof. Dr. D. Eßer
 Helios-Kliniken, HNO-Klinik
 Nordhäuser Str. 74
 99089 Erfurt

Stellv. Präsidentin:
 Prof. Dr. B. Wollenberg
 Univ. HNO-Klinik
 Ratzeburger Allee 160
 23538 Lübeck

Generalsekretär:
 Prof. Dr. Dr. h.c. R. Laszig
 Univ. HNO-Klinik
 Killianstr. 5
 79106 Freiburg

Schriftführer:
 Prof. Dr. S. Dazert
 Univ. HNO-Klinik,
 St. Elisabeth-Hospital
 Bleichstr. 15
 44787 Bochum

Schatzmeister:
 Prof. Dr. K.-W. Delank
 HNO-Klinik, Klinikum der
 Stadt Ludwigshafen
 Bremser Str. 79
 67063 Ludwigshafen

Telefon: 03 61 / 7 81 21 01
 Telefax: 03 61 / 7 81 21 02
 dirk.esser@helios-kliniken.de

Telefon: 04 51 / 5 00 22 41
 Telefax: 04 51 / 5 00 22 49
 barbara.wollenberg@uksh.de

Telefon: 07 61 / 27 04 20 60
 Telefax: 07 61 / 27 04 18 90
 roland.laszig@uniklinik-freiburg.de

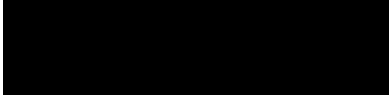
Telefon: 02 34 / 5 09 82 81
 Telefax: 02 34 / 5 09 82 79
 stefan.dazert@rub.de

Telefon: 06 21 / 5 03 34 01
 Telefax: 06 21 / 5 03 34 03
 delankw@klliu.de

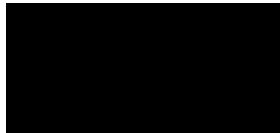
Sollten sich Fragen zu unserem heutigen Schreiben ergeben, stehen wir Ihnen selbstverständlich auch ergänzend im Weiteren zur Verfügung.

Die Entscheidung, zu der von Ihnen freundlicherweise angebotenen Gelegenheit, an dem Anhörungstermin am 12. Juli 2017 in Berlin teilzunehmen, möchten wir von Seiten der DGHNO-KHC zu einem späteren Zeitpunkt treffen. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns über das weitere Procedere informieren würden. Im Falle einer Teilnahme an dem Anhörungstermin am 12.07.2017 würde Herr Professor Hosemann selbst als Beauftragter der DGHNO-KHC teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Dirk Eßer
Präsident



Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Roland Laszig
Generalsekretär



Anlage 5 der Tragenden Gründe
DEUTSCHER ALLERGIE- UND ASTHMABUND E.V. (DAAB)

Bundesgeschäftsstelle
An der Eickesmühle 15-19
41238 Mönchengladbach
Fon (0 21 66) 64 78 820
Fax (0 21 66) 64 78 878
www.daab.de
Email: info@daab.de

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Mönchengladbach, 18. Mai 2017

Stellungnahmeverfahren zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die X. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation)

Stellungnahme des Deutschen Allergie- und Asthmabundes (DAAB)

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit großer Freude haben wir den Beschlussentwurf mit dem mehrheitlichen Wunsch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Patientenvertretung zur Einbindung von Kindern unter 5 Jahren in Asthma-Disease-Management-Programme zur Kenntniss genommen und unterstützen dieses Vorhaben voll umfänglich. Der Deutsche Allergie- und Asthmabund (DAAB) kämpft schon lange Jahre für die Öffnung des DMP-Programms (Asthma) für Kinder unter 5 Jahren, damit auch diese wichtige Patientengruppe an einer adäquaten Versorgung teilhaben kann.

Der berechtigte Wunsch Kinder von 1-5 Jahren in das DMP-Asthma einzubeziehen, ist sehr klar zu begründen. Wenn eine adäquate Versorgung und ein verantwortungsbewußter Umgang mit dem zukünftigen Krankheitsverlauf junger Asthma-Patienten und -Patientinnen im Vordergrund stehen soll, muss aus Sicht des Deutschen Allergie- und Asthmabundes zwangsläufig für die Einrichtung eines DMP-Asthma-Programms bei Kindern von 1-5 Jahren entschieden werden. Dabei ist auch der Präventionsgedanke zu beachten. Mit dem DMP-Versorgungsprogramm kann ein frühzeitiges Screening junger Patienten und -Patientinnen mit einer voraussichtlich langjährigen Asthma-Karriere und eine umfängliche, bestmögliche Versorgung direkt zu Beginn der Asthma-Erkrankung verfolgt werden.



Natürlich ist es schwierig, die Diagnose Asthma bei Kindern unter 5 Jahren zu stellen, weil asthmaähnliche/respiratorisch-obstruktive Episoden auch bei Kindern ohne Asthma üblich sind (GINA 2016)[1]. Dies kann aber in den Augen des DAAB kein schlagkräftiges Argument gegen ein DMP-Programm für Kinder unter 5 Jahren sein, da eine klare Diagnose auch bei Kindern über 5 Jahren oder sogar Erwachsenen schwierig sein kann.

Folgende Studienaussagen unterstützen den Wunsch für ein Asthma-DMP-Programm bei Kindern von 1-5 Jahren sehr eindeutig:

- Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Erkrankung bei Kindern unter 5 Jahren (GINA 2016).[1]
- Die Diagnose Asthma wird in der Mehrzahl aller Fälle bereits vor dem 3. Lebensjahr gestellt.[2]
- Die Häufigkeit von Hospitalisierungen als Ausdruck einer schweren Verlaufsform ist bei jüngeren Kindern signifikant höher [2,3] als in den bisher im DMP teilnehmenden Altersgruppen.
- Es ist sinnvoll, auch in dieser Altersgruppe die Diagnose Asthma zu verwenden. Andere umschreibende Bezeichnungen („spastische Bronchitis“, „rezidivierende obstruktive Bronchitis“, „multitrigger wheeze“) sind für Eltern oft unverständlich und verschlechtern deshalb die Adhärenz für eine notwendige asthmaspezifische Therapie (CTS and CPS Position Paper, 2015).
- Durch ein strukturiertes Management mit regelmäßigen Kontrollen kann auf die in diesem Alter häufige Veränderung der Symptomatik angemessen reagiert werden. Unter- und Überbehandlung können besser vermieden werden (GINA 2016, A; BTS/SIGN 2016, B).[4,1]

1 **Global Initiative for Asthma (GINA)**. Global Strategy for Asthma Management and Prevention: Updated 2016 [online]. GINA; 2016.

2 **Radhakrishnan DK, Dell SD, Guttmann A, Shariff SZ, Liu K, To T**. Trends in the age of diagnosis of childhood asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2014;134(5):1057-1062. doi:10.1016/j.jaci.2014.05.015.

3 **Schauerte G, Fendel T, Schwab S, Bredl C**. Asthma bronchiale bei Kindern: Effekte einer integrierten Versorgung. *Pneumologie* 2010;64(2):73-80.

4 **British Thoracic Society (BTS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network 652 (SIGN)**. British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline 653 [online]. September 2016. Edinburgh (GBR): SIGN; 2016.

Weitere Anmerkungen des DAAB zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die X. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation):

Der Deutsche Allergie- und Asthmabund unterstützt im Beschlussentwurf über die X. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) alle Standpunkte der Patientenvertretung umfänglich.

Darüber hinaus möchte der DAAB folgende Anmerkungen machen:

1.1 Definition des Asthma bronchiale

Zeile 31: Hyperreagibilität wurde in Hyperreaktivität verändert. Dies wurde jedoch beim Begriff „Hyperreagibilität“ in den Zeilen 36, 80 und 90 nicht verändert. Warum nicht?



1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

- Zeile 57: Warum ist eine Teilnahme am DMP-Asthma bei einer anerkannten Berufserkrankung nicht möglich? Es kann doch sein, dass der Patient oder die Patientin eine Berufserkrankung an den Atemwegen hat und trotzdem auch zusätzlich ein allergisches oder intrinsisches Asthma bronchiale vorliegt.

Zeile 93: *„Statt des für alle Altersgruppen fixierten Grenzwertes von $FEV1/VC \leq 70\%$ bzw. 75% zur Charakterisierung der Obstruktion können die neueren Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von $FEV1/VC$ berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64-faches der Streuung).“*

- Kann die neue Berechnungsform von allen teilnehmenden DMP-Ärzten und –Ärztinnen umgesetzt werden? Muss die korrekte Anwendung der neuen Berechnung genauer erklärt werden?
- Kann dieses unterschiedliche Vorgehen zu einer unterschiedlichen Einschätzung des Krankheitsbildes bei einem Patienten oder einer Patientin führen?
- Kann dieses unterschiedliche Vorgehen zu einer schwierigen Evaluation führen? Wird die Art der „Obstruktionsmessung“ immer genau dokumentiert, so dass man die verschiedenen Gruppen in der Auswertung trennen kann und einen genaueren Aufschluss zu den verschiedenen Messarten erhält?

1.3 Therapieziele

„Vermeidung/Reduktion: von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen

- Muss hier nicht auch die Vermeidung/Reduktion von psychischen Beeinträchtigungen bei Erwachsenen aufgeführt werden? Die Entwicklung einer Depression aufgrund der Asthma-Erkrankung sollte bei Erwachsenen auch verhindert und nicht nur behandelt werden, wenn sie bereits besteht.

1.4.1 Asthmakontrolle

Zeile 147: *„Die Asthmakontrolle beschreibt die Beeinträchtigung der oder des Erkrankten durch das Asthma bronchiale.“*

- Muss es hier nicht heißen: Die Güte der Asthmakontrolle beschreibt...



1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

Zeile 176: Was ist ein Asthmakalender? Ist es das gleiche Medium wie ein Asthmatagebuch?

1.4.3 Selbstmanagement

Eine Voraussetzung für ein gutes Selbstmanagement liegt auch in der Nutzung eines für den jeweiligen Patienten oder die jeweilige Patientin gut zu bedienenden Inhalationsgerätes (bzw. Applikationsgerätes, der neue Begriff vermittelt leider keine klare Patientensprache, da ja tatsächlich inhaliert wird. Applizieren, kann man z.B. auch Spritzen oder eine Creme, die auf die Haut aufgetragen wird). Kann ein Inhalationsgerät nicht gut bedient werden, kann keine korrekte Inhalationstechnik erwartet werden. Auch das Austauschen von Inhalationsgeräten in der Apotheke kann der richtigen Inhalationstechnik entgegenwirken, wenn das neue Inhalationsgerät anders zu bedienen ist.

Daher schlägt der DAAB hier eine Ergänzung vor:

- Eine korrekte Inhalationstechnik, die regelmäßig geschult und durch die Auswahl eines für den Patienten oder die Patientin geeigneten Applikationsgerätes gut unterstützt wird.

1.5.8 Medikamentöse Maßnahmen

Zeile 321: *„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*

Der DAAB schlägt eine Ergänzung vor:

- *Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege ,dem Atemmuster sowie der insgesamt richtigen Anwendung des Applikationssystems, der Partikelgröße und dem jeweiligen Applikationssystem.*



Zeile 332: „Bei mangelnder Kontrolle der Asthma-Symptome sollte vor einer Steigerung der medikamentösen Therapie immer versucht werden, die folgenden Fragen abzuklären:

Der DAAB empfiehlt hier folgende Ergänzungen:

Wurden die verordneten Medikamente angewendet?

Wurden sie richtig angewendet (richtig inhaliert)?

Verfolgt der Patient bereits ein individuelles Asthma-Selbst-Management oder muss es weiter erarbeitet werden (Asthma-Schulung)?

Haben sich die Risikofaktoren verändert? (Auslöser, Komorbiditäten, Interaktion mit weiteren Medikationen)

- *Werden bekannte Komorbiditäten ausreichend behandelt?*
- *Kennen die Patienten ihre individuellen Auslöser und werden mögliche Vermeidungsstrategien für alle bekannten, für das Asthma relevanten und vermeidbaren Auslöser und Triggerfaktoren angewendet?*

Ist die Diagnose Asthma bronchiale korrekt?

- *Ist die Diagnose der Asthmaform korrekt?*

1.5.8.1 Dauertherapie bei Erwachsenen

Zeile 356: „Bei Patientinnen und Patienten mit, trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem, schwerem persistierendem allergischem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper oder Anti-IL-5-Antikörper) erwogen werden. Hierfür soll eine Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen.“

Der DAAB schlägt folgende Ergänzung vor:

Bei Patientinnen und Patienten mit,

- *trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie und trotz Beachtung der unter Punkt 1.5.8 genannten und zu berücksichtigenden Faktoren,*

nicht ausreichend kontrollierbarem, schwerem persistierendem allergischem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti- IgE-Antikörper oder Anti-IL-5-Antikörper) erwogen werden. Hierfür soll eine Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen.

- *Bei Patientinnen und Patienten mit, trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem, schwerem persistierendem allergischem Asthma bronchiale oder schwergradigem Asthma mit einer Vermehrung sogenannter eosinophiler Zellen im Blut, kann eine Behandlung....*

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

„Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Patientinnen und Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird.“



Das ist eine merkwürdige Formulierung, denn der Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird, sollte nahe bei 100 Prozent liegen, da unter: 1.4.2 *Ärztliche Kontrolluntersuchungen* gefordert wird: *„Folgende Untersuchungen und Maßnahmen sollten bei jedem Patientenkontakt durchgeführt werden: u.a. Prüfung der Inhalationstechnik, gegebenenfalls Einleitung von Schulungsmaßnahmen.“*

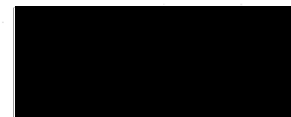
Der Deutsche Allergie- und Asthmabund möchte die Vertreter des Gremiums DMP-Asthma im GBA abschließend noch einmal auf die besondere Bedeutung der Asthma-Schulungen für Patienten und Patientinnen aufmerksam machen. Nach unserer Einschätzung wäre es wünschenswert, Maßnahmen zu ergreifen, die die Zahl der Schulungsangebote für die Betroffenen deutlich erhöht. Zudem wäre es aus Sicht des DAAB sinnvoll, für Kinder von 1-5 Jahren, ein weiteres Instrument in das DMP-Asthma-Programm aufzunehmen. Dabei denken wir an eine differenzierte Daten-Auswertung der neuen Altersgruppe und an eine zusätzliche Schulungsmöglichkeit für Angehörige. Diese Maßnahmen können dann zu einer verbesserten Qualitätssicherung des DMP-Asthma-Programms für Kinder von 1-5 Jahren beitragen.

Der Deutsche Allergie- und Asthmabund fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, eine Entscheidung zum Wohle der Patienten und Patientinnen zu treffen und Kinder von 1-5 Jahren mit Verdacht auf Asthma bronchiale oder bereits diagnostiziertem Asthma bronchiale in ein DMP-Asthma-Programm aufzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen
Deutscher Allergie- und Asthmabund



Andrea Wallrafen
Geschäftsführung



Anja Schwalfenberg
DAAB-Patientenberatung

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW)
zur Änderung DMP-A-RL Anlagen 9 und 10 (DMP Asthma bronchiale)**

29.05.2017

Die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW) begrüßt die Initiative des G-BA, die Indikation zur Rehabilitation in den Änderungen zum DMP-A-RL Anlagen 9 und 10 (DMP Asthma bronchiale) angemessen darzustellen. Dazu empfiehlt die DGRW einen zusätzlichen Satz auf Seite 15 nach Zeile 520:

„Insbesondere bei einem trotz adäquater Medikation unkontrolliertem Asthma und bei Asthma mit komorbider COPD (ACO (1)) sollte die Indikation zur Rehabilitation geprüft werden.“

Begründung:

Das Konzept der Asthmaschweregrade wurde schon vor mehreren Jahren in konsentierten internationalen Empfehlungen (2) durch das Konzept der Asthmakontrolle ergänzt, das u.a. in die Nationale Versorgungsleitlinie Asthma (3) und prospektiven Untersuchungen zum Rehabilitationsverlauf integriert wurde (4). Ziel der Asthmatherapie ist das "kontrollierte Asthma".

1. Global Strategy for Asthma Management and the Prevention and the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Diagnosis of Diseases of Chronic Airflow Limitation: Asthma COPD and Asthma-COPD Overlap Syndrome (ACOS). 2015. (<http://goldcopd.org/asthma-copd-asthma-copd-overlap-syndrome/> letzter Zugriff 22.05.2017)
2. Global initiative for Asthma: Global strategy for asthma management and prevention; 2017. (<http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/> letzter Zugriff 18.05.2017)
3. Nationale Versorgungsleitlinie Asthma 2013 (in Überprüfung). (<http://www.leitlinien.de/nvl/asthma>, letzter Zugriff 18.05.2017)
4. Lingner H, Ernst S, Großhennig A, Djahangiri N, Scheub D, Wittmann M, Schultz K. Asthma control and health-related quality of life one year after inpatient pulmonary rehabilitation: the ProKAR Study. J Asthma 2015;52(6):614–21.

Für die DGRW:

gez. Dr. med. Konrad Schultz, Med. Direktor der Klinik Bad Reichenhall der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie

Prof. Dr. med. Wilfried Mau (Vizepräsident und Delegierter der DGRW für die AWMF)



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zu einer
Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10
(Asthma bronchiale Dokumentation)

Berlin, 31.05.2017

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

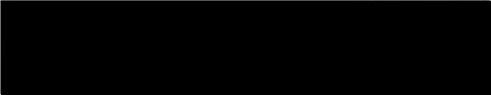
Die Bundesärztekammer ist mit Nachricht vom 10.05.2017 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgefordert worden, eine Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zu einer Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation) abzugeben. Mit dem Beschluss sollen v. a. die im Juli 2011 beschlossenen und als Teil B Abschnitt II. der DMP-Richtlinie (DMP-RL) in Kraft getretenen Regelungen zu Anforderungen an die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale aktualisiert und in die Anlage 9 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) überführt werden.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Zur offenen Frage des Geltungsbereichs des DMP Asthma bronchiale für Kinder < 5 Jahren verweist die Bundesärztekammer auf ihre Stellungnahme v. 07.04.2011. Darin hatte sich die Bundesärztekammern dafür ausgesprochen, Kindern im Alter von 2-4 Jahren die Aufnahme in das DMP Asthma zu ermöglichen.

Die aktuelle Position von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Patientenvertretung, auf die Alterseinschränkung „ab 5 Jahren“ zu verzichten, wird daher unterstützt.

Berlin, 31.05.2017



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3 - Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit



Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 9 (Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation)

Deutscher Heilbäderverband e.V., 07. Juni 2017	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu Anlage 1 Beschlussentwurf 1.5.4 Rehabilitation (Zeile 241 ff.) Nach Zeile 252 ist folgender neuer Absatz zu ergänzen:</p> <p>Für die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation sind Orte mit geprüfter Luftqualität (staatlich prädikatisierte und überwachte Heilbäder und Kurorte, insbesondere die heilklimatischen Kurorte) sowie die prädikatisierten Orte, in denen die sog. Speläotherapie angeboten wird, in besonderer Weise geeignet.</p>	<p>Gerade bei (sich über einen sehr langen Zeitraum erstreckenden) chronischen Erkrankungen ist die Kombination somatischer und psychischer Behandlungselemente von besonderer Bedeutung. Sie dient u.a. der Aufrechterhaltung der Compliance der Patienten. Die staatlich prädikatisierten Heilbäder und Kurorte stellen in ihren Einrichtungen eine multidisziplinäre Behandlung sicher.</p>

Von: [DVGS](#)
An: dmp@g-ba.de; [REDACTED]
Cc: [REDACTED]
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung DMP-A-RL Anlagen 9 und 10 (DMP Asthma bronchiale)
Datum: Donnerstag, 1. Juni 2017 11:28:24
Anlagen: [image001.gif](#)

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei genauerer Betrachtung Ihrer Anfrage zur Stellungnahme fiel uns auf, dass die zur Stellungnahme stehenden Items nicht der Expertise des DVGS e.V. entsprechen.

Für den benannten Stichtag würden wir an dieser Stelle auf eine Eingabe verzichten.

Wir wünschen Ihnen angenehme Pfingsttage.

Mit besten Grüßen
Angelika Baldus

Deutscher Verband für Gesundheitssport
und Sporttherapie e.V.
DVGS e.V.
Vogelsanger Weg 48
50354 Hürth – Efferen
Fon: 0049-(0)2233-65019
Fax: 0049-(0)2233-64561
E-Mail: dvgs@dvgs.de
www.dvgs.de
Geschäftsführerin: Angelika Baldus
AG Brühl – Vereinsregister-Nr.: VR 0896
Sitz Hürth Efferen



Von: [REDACTED] **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Mittwoch, 10. Mai 2017 15:04
An: [REDACTED]
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung DMP-A-RL Anlagen 9 und 10 (DMP Asthma bronchiale)

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per-E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!
Mit freundlichen Grüßen

gez. i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
komm. Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i.A. Dr. med. Johannes Rückher, M.Sc.
Referent
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystrasse 8
D-10623 Berlin

Telefon: +49 30 275838-
Telefax: +49 30 275838-
E-Mail: @g-ba.de
Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden. This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.



GwG – Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.
Bundesgeschäftsstelle Melatengürtel 125a-50825 Köln

An den Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

per E-Mail an dmp@g-ba.de

**Referentin für fachverbandliche
Aufgaben**

Sarah Owega

Durchwahl: 0221 925908-
Fax: 0221-251276

Sprechzeiten: Di und Do 11-15 Uhr
owega@gwg-ev.org

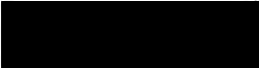
01.06.2017

**Stellungnahme zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma
bronchiale Dokumentation)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre E-Mail und Einladung. Bzgl. der Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation) verzichtet die GwG e.V. auf eine schriftliche und mündliche Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen,


i.A. Sarah Owega

GwG
Gesellschaft für Personzentrierte
Psychotherapie und Beratung e.V.

Melatengürtel 125 A
50825 Köln
Deutschland

Tel.: 0221 925908-0
Fax: 0221 925908-19
gwg@gwg-ev.org
www.gwg-ev.org

VORSTAND

1. Vorsitzende: Birgit Wiesemüller
2. Vorsitzende: Dagmar Nuding
Schriftführerin: Cathrin Gering
Schatzmeister: Oliver Wüntsch
Psychotherapie: Kerstin Engel

BUNDESGESCHÄFTSFÜHRER
Michael Barg

Amtsgericht Köln VR 7740

Sparkasse KölnBonn
IBAN: DE34 3705 0198 0020 8329 78
BIC: COLSDE 33

Postbank
IBAN: DE05 2001 0020 0352 6832 04
BIC: PBNKDEFF

USt-Id. DE 122 661 846
Steuer-Nr. 217/5955/0935

Anlage**Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes zum „Beschlusssentwurf über die 10. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie“:**Zu Ziffer 1.2.1, Zeile 57f:

Es ist vorgesehen, den Satz *„Eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale ist bei einer anerkannten Berufskrankheit nicht möglich.“* neu aufzunehmen. Um Fehlinterpretationen bezüglich des genauen Ausschreibedatums zu vermeiden, regen wir folgende Ergänzung in den „Tragenden Gründen“ zu Ziffer 1.2.1 an: *„Die Teilnahme eines Versicherten am strukturierten Behandlungsprogramm endet mit dem Datum des Bescheids über die Feststellung der Erkrankung Asthma bronchiale als Berufskrankheit.“*

Zu Ziffer 1.4, Zeile 145:

Sollte dem Vorschlag von KBV, DKG und PatV, *„entsprechend ist mindestens einmal jährlich eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale aufgrund veränderter Symptome zu überprüfen“*, zugestimmt werden, regen wir an, ein entsprechendes Dokumentationsfeld aufzunehmen.

Zu Ziffer 1.4.2, Zeile 186:

Vorschlag zur Klarstellung:

In dem Vorschlag von KBV, DKG und PatV sollte es heißen: *„soll ab einem Lebensalter von 5 Jahren ...“*.

Zu Ziffer 1.5.1, Zeile 221f.:

Zumindest eine Benennung der verwendeten Tabakentwöhnungsprogramme gegenüber dem Bundesversicherungsamt sollte vorgesehen werden (entgegen Zeile 195f. der Tragenden Gründe) .

Ansonsten besteht keine Möglichkeit die Forderung der Richtlinie wonach *„jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit Asthma bronchiale Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten“* soll, im Rahmen der Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme zu überprüfen. Die Richtlinienvorgabe bliebe dann bloßer Programmsatz ohne Überprüfungsmöglichkeit.

Zu Ziffer 1.5.2, Zeile 228:

Sollte eine altersbezogene Erweiterung des DMP Asthma bronchiale (auch für Kinder von 1 – 4 Jahren geöffnet) erfolgen, möchten wir darauf hinweisen, dass wir es dann auch für erforderlich halten, ein entsprechendes strukturiertes, evaluiertes, zielgruppenspezifisches und publiziertes Behandlungs- und Schulungsprogramm, insbesondere für die Betreuungspersonen, vorzuhalten.

Zu Ziffer 1.5.8.6, Zeile 420:

Es ist die Formulierung „Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V“ durch die Formulierung: „Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V“ zu ersetzen.

Es handelt sich um einen redaktionellen Fehler.

Zu Ziffer 1.6.1, Zeile 431 bzw. zu Ziffer 1.6.2, Zeile 456:

Für den Fall, dass eine Erweiterung der Teilnahmemöglichkeit für Kinder von 1 bis 4 Jahren erfolgt, ist die Koordination durch qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin“ vorzunehmen. Die *„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 soll bei Kindern und Jugendlichen in der Regel an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt mit Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung Pädiatrische Pneumologie“* erfolgen. Dies muss sich dann konsequenterweise auch in der Vereinbarung einer entsprechenden Strukturqualität in den regionalen Verträgen sowie in einer angemessenen Zahl entsprechender Leistungserbringer widerspiegeln.

Zu Ziffer 3.2, Zeile 559:

Es wird vorgeschlagen, die Formulierung *„vor Ablauf der Anpassungsfrist“* durch die Formulierung *„vor der Anpassung“* zu ersetzen.

Mit dieser neuen Formulierung wird deutlicher, dass die Richtlinienanpassung auch eine Änderung der Einschreibekriterien zur Folge haben kann und dies nicht zu einer erneuten Überprüfung der Einschreibekriterien führt. Entscheidendes Kriterium ist die Anpassung, nicht der Ablauf der Anpassungsfrist.

**Stellungnahme der
Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)
vom 02.06.2017**

**zur
Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-
Richtlinie (DMP-A-RL):
Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10
(Asthma bronchiale Dokumentation)**

A. Vorbemerkung:

Asthma bronchiale ist eine chronische Atemwegserkrankung. Das Disease Management Programm Asthma bronchiale (DMP) unterstützt Patienten darin, ihr Leben mit der Erkrankung selbstbestimmt zu gestalten sowie Beeinträchtigungen und Krankheitsfolgen abzumildern. Insbesondere Kinder- und Jugendliche profitieren von dem strukturierten Behandlungsprogramm.

Die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wird gemäß der Leitlinien individuell geprüft. Als DEGEMED begrüßen wir es sehr, dass die bisherige Einschränkung auf bestimmte Asthmaformen entfällt. Wir empfehlen, aufgrund des komplizierten Antragsverfahrens Patienten bei der Antragsstellung zu unterstützen und auf Leistungsträger außerhalb des GKV-Systems – insbesondere die Träger der Deutschen Rentenversicherung (DRV) - hinzuweisen.

Darüber hinaus empfehlen wir bei einer gesicherten Diagnose Asthma bronchiale die Aufnahme in das DMP unabhängig vom Alter des Kindes. Dies erscheint uns sachgerecht, da bei einer Vielzahl von Kindern bereits in jungem Alter die Krankheit Asthma bronchiale diagnostiziert wird.

B. Stellungnahme im Einzelnen:

Zu 1.2 Diagnose

1. Vorgeschlagene Änderung

Die drei Formulierungsvorschläge beschreiben jeweils die medizinischen Voraussetzungen zur Aufnahme in das DMP. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) geht davon aus, dass eine Diagnose bei Kindern unter 5 Jahren nicht zuverlässig gestellt werden könne. Die Patientenvertretung (PatV) empfiehlt dagegen, keine untere oder obere Altersgrenze für die Diagnose zu benennen. Die Diagnose und damit die Teilnahme am DMP solle aber auch im Hinblick auf eine mögliche Beendigung regelmäßig überprüft werden. Die Kassen ärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) empfehlen ebenfalls, keine untere und obere Altersgrenze festzulegen.

2. Stellungnahme und Vorschlag

Wir empfehlen bei einer gesicherten Diagnose Asthma bronchiale die Aufnahme in das DMP unabhängig vom Alter des Kindes. Darüber hinaus empfehlen wir, gemäß dem Vorschlag der PatV die Teilnahme am DMP Asthma bronchiale auch in Bezug auf eine mögliche Beendigung regelmäßig zu überprüfen.

3. Begründung

Die zuverlässige Diagnose von Asthma bronchiale bei Kindern bis zum Alter von 4 Jahren ist schwierig. Im Kleinkindalter gibt es Fälle, bei denen sich die frühkindliche Überempfindlichkeit der Bronchien bis zum vierten Geburtstag verliert. Dabei handelt es sich um Kinder, die bei Infekten mit „asthmatischen“ Beschwerden reagieren.

Es gibt aber auch eine Vielzahl von Kindern, die schon früher mit den Bronchien beispielsweise bei Anstrengung oder Kontakt zu Allergieauslösern reagieren. Bei diesen kann man davon ausgehen, dass das ein chronisches Problem bleiben wird und deswegen die Diagnose Asthma gerechtfertigt ist. Wir halten es daher für sachgerecht, dass bei einer gesicherten Diagnose Asthma bronchiale die Aufnahme in das DMP auch bei Kleinkindern erfolgen kann. Eine regelmäßige Überprüfung des Krankheitsverlaufs sollte Fehldiagnosen aufdecken und eine möglichen Überversorgung vermeiden.

Zu 1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

1. Beabsichtigte Regelung

„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.

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

2. Vorschlag

Wir schlagen folgende Ergänzung vor:

„Bei der Prüfung einer Rehabilitationsmaßnahme ist darüber hinaus einzubeziehen, ob die Teilhabe des Patienten nach § 1 SGB IX bedroht oder gefährdet ist.

Die Antragssteller sind im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms bei der Antragsstellung zur medizinischen Rehabilitation zu unterstützen. Bei der Antragsstellung sind die Leistungen von Leistungsträgern außerhalb des SGB V zu berücksichtigen.“

3. Begründung

Bei der Prüfung der Zugangsvoraussetzungen zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation kommt es maßgeblich darauf an, ob Behinderungen im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX drohen oder bereits bestehen. Dies gilt für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist daher die Fokussierung allein auf krankheitsbedingte Leistungs- und Entwicklungsstörungen nicht ausreichend.

Aufgrund der unterschiedlichen und komplizierten Antragsverfahren und eines möglichen Leistungsträgerwechsels von der GKV hin zu einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV), sollten die Patienten zusätzlich bei der Klärung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers und bei der Antragsstellung unterstützt werden. So kann sichergestellt werden, dass sie die benötigte Leistung auch schnell erhalten und die medizinische Rehabilitation sinnvoll den strukturierten Behandlungsprozess ergänzt.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED) ist Spitzenverband der medizinischen Rehabilitation und vertritt in ganz Deutschland indikationsübergreifend die Interessen stationärer und ambulanter Reha-Einrichtungen in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft.

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 Raucher 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.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin



Dr. med. Uwe Popert Arzt für Allgemeinmedizin, Sprecher DEGAM-Sektion
Versorgung · Goethestrasse 70 · D-34119 Kassel

An
G-BA (dmp@g-ba.de) und
AWMF-Geschäftsstelle: (st-gba@awmf.org)

Dr. med. Uwe Popert
Arzt für Allgemeinmedizin
Sprecher DEGAM-Sektion Versorgung
Goethestrasse 70
D-34119 Kassel

Telefon: [REDACTED]
Telefax: [REDACTED]

Kassel, den 7.6.2017

Betrifft: Stellungnahme Beschlussentwurf DMP-A-RL 9 und 10 (Asthma)

Bezug: Anfrage vom vom 10.05.2017

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) begrüßt prinzipiell eine Verbesserung einer strukturierten und niedrigschwelligen Primärversorgung. Allerdings sollten im Hinblick auf den sich in den nächsten Jahren verschärfenden Mangel an hausärztlicher Arbeitskraft alle bürokratischen Maßnahmen überdacht und so weit wie möglich reduziert werden, um die Basisversorgung nicht zu gefährden.

Die DMP-Programme sind kontinuierlich auszuwerten und zu überprüfen. Diese Auswertungen sollten auch den Aufwand für Patienten und Praxen sowie die Patientenzufriedenheit, die Lebensqualität und den Funktionszustand sowie Todesursachen erfassen. Zu fordern ist über die üblichen Leitlinieninhalte hinaus eine Belegung (oder zumindest Abschätzung) von Interventionseffekten und eine Aufwand- bzw. Kosten-Nutzen Analyse.

Im Einzelnen:

Zeilen 23 + 92 + 145 + 326 + 365 + 373:

- Die Einbeziehung der Kleinkinder soll engmaschig evaluiert werden.

Prof. Dr. Baum, Präsidentin
Prof. Dr. Scherer, Vizepräsident
PD Dr. Simmenroth, Schriftführerin
Prof. Dr. Wilm, Schatzmeister
Prof. Dr. Niebling, Beisitzer
Johanna Eras., Beisitzerin

Prof. Dr. Bergmann (Studium und Hochschule)
Prof. Dr. Schneider (Forschung)
Prof. Dr. Chenot (Weiterbildung)
Dr. Egidi (Fortbildung)
Dr. Schmiemann (Qualitätsförderung)
Dr. Popert (Versorgungsaufgaben)

Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Deutsche Apotheker- und Ärztekammer Frankfurt
Konto-Nr. 0 101 021 753
BLZ 500 906 07

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin



Zeile 228:

- Wir stimmen dem Vorschlag des Patienten-Verbandes zu, dass bei Schulungen auch Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapie adressiert werden sollten.

Zeile 331:

- Wir schlagen als Kompromiss vor, die „sollte“ Formulierung zu verwenden, weil hier individuell zu entscheiden ist.

Zeile 431:

- Streichen des Einschubes: durch Kinder- und Jugendmedizin: bei den klaren Vorgaben kann dies ebenso gut auch der Facharzt/die Fachärztin für Allgemeinmedizin leisten, insbesondere im Rahmen der Versorgung der gesamten Familie. Tatsächlich werden viele Kinder und die Mehrzahl der Jugendlichen durch Hausärzte/Hausärztinnen bzw. Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin versorgt. Dieser Einschub und Eingrenzung auf Kinder- und Jugendärzte beinhaltet eine unzutreffende und unnötige Wertung und Verschlechterung von Wahlfreiheit und Zugangsmöglichkeiten. Somit sollen für den Bereich der Kinder und Jugendlichen sowohl die Kinder- und Jugendärzte als auch die Fachärzte für Allgemeinmedizin das DMP durchführen können.

Zeile 456:

- Wir schließen uns der allgemeinen Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin“ an. Spezialisten für pädiatrische Pneumologie stehen nicht überall zur Verfügung. Auch dieser Einschub beinhaltet eine unzutreffende und unnötige Wertung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Uwe Popert
Arzt für Allgemeinmedizin
Sprecher DEGAM-Sektion Versorgung

Stellungnahme des DNEbM zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation)

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM) bedankt sich für die Möglichkeit zum oben genannten Beschlussentwurf des G-BA Stellung nehmen zu dürfen. Unsere Stellungnahme bezieht sich auf zwei Aspekte:

1. den Einschluss von Kindern unter 5 Jahren in ein DMP Asthma,
2. die Notwendigkeit von Schulungen für DMP-Teilnehmer.

ad 1.) Die Entscheidung, auch Kinder im Alter von 5 Jahren oder darunter in das DMP Asthma einzuschließen wird, wie im Entwurf und in den tragenden Gründen dargelegt, kontrovers diskutiert. Eine Entscheidungsgrundlage in Form einer randomisierten kontrollierten Studie, die belegt, dass Kleinkinder vom Einschluss in ein DMP Asthma profitieren, ist nicht verfügbar. Die Evidenz, dass eine eindeutige Diagnose „Asthma bronchiale“ in dieser Altersgruppe möglich ist, ist nicht gegeben. Dagegen gibt es Belege über die Wirksamkeit der Basistherapie, über die Verwendung spezifischer Inhalertypen und die Effektivität von multidisziplinären Schulungsprogrammen bei jungen Kindern mit asthmatischer Symptomatik (1 – 3).

Angesichts dieser Unsicherheit in Bezug auf Nutzen und Schaden für die spezifische Altersgruppe fordern wir als Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin, dass die Ausweitung des DMP Asthma bronchiale auf die Altersgruppe der 5-jährigen und jüngeren Kinder auf der Grundlage eines aussagekräftigen Evaluationsprotokolls (prospektive randomisierte kontrollierte Studie) erfolgen sollte.

ad 2.) Unter Punkt 1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme unterstützt das DNEbM explizit die von der Patientenvertretung vorgeschlagenen Formulierungen:

„Jede Patientin und jeder Patient erhält Zugang“ – das DNEbM unterstützt die Formulierung um der Empfehlung die höchstmögliche Verbindlichkeit zuzuordnen.
„ ... Selbstmanagements gemäß Nummer 1.4.3 ...“ hierdurch werden die Inhalte der Selbstmanagementschulung verbindlich festgelegt.
„ sowie die Vermittlung von Wissen um die Wirkungen und unerwünschten Effekte der Medikation.“

Aus unserer Sicht ist das Wissen um Wirkungen und unerwünschte Effekte von Medikamenten unabdingbare Voraussetzung für ein effektives Medikamentenselbstmanagement, welches einen der Grundpfeiler der Asthmatherapie darstellt. Zur Ausgestaltung dieses Punktes verweisen wir auf das Positionspapier des

Berlin, den 05.06.2017



DNEbM Gute Praxis Gesundheitsinformation, Version 2.0 vom 21.07.2016
(<http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi2.pdf>). Hier sind insbesondere Hinweise zur Auswahl geeigneter Endpunkte für die Informationen zu Wirkungen und unerwünschten Effekten von Behandlungsmethoden, die Wahl und Darstellung von Vergleichen und den Umgang mit Zahlen und Risikoangaben zu erhalten.

Berlin, den 05. Juni 2016



Dr. Dagmar Lüthmann

Referenzen:

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2017. Available from: www.ginasthma.org (accessed: 20170602)
2. Szczepanski R, Jaeschke R, Spindler T, Ihorst G, Forster J; ASEV Study Group. Preschoolers' and parents' asthma education trial (P2AET)--a randomized controlled study. Eur J Pediatr. 2010 Sep;169(9):1051-60
3. Forster J, Ihorst G, Spindler T, Jaeschke R, Szczepanski R. Criteria for the differential indication of asthma education versus asthma instruction for families of preschoolers: results from the randomized DIAT2 study (Differential Indication of Asthma Trainings in Toddlers). Klin Padiatr. 2011 Jul;223(4):227-30.



Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
Robert-Koch-Platz 9 • 10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

per Email: dmp@g-ba.de
nachrichtlich: AWMF (██████████@awmf.org)

Deutsche Gesellschaft
für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.

Geschäftsstelle
info@pneumologie.de
030-29 36 27 01
030-29 36 27 02
www.pneumologie.de
7. Juni 2017

E-MAIL
TELEFON
FAXNUMMER

**Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchi-
ale Dokumentation) /**

Seite 1 | 4

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Die grundlegende Änderung in der vorgelegten Überarbeitung bezieht sich auf die Frage, ob auch Kinder unter 5 Jahre ins DMP-Asthma eingeschrieben werden sollten. Die Definition für Asthma bei Kindern im Alter von 1-5 Jahren wird in Zeile 92 dargestellt. Da die Diagnosestellung, auch unter Berücksichtigung der genannten Kriterien schwieriger ist, sollte die Einschreibung ins DMP-Asthma durch einen Pädiater/in oder eine Pneumologin/en erfolgen. Wünschenswert wäre im Rahmen des DMP-Programms auch die Einrichtung bzw. Ausbau entsprechender Asthmaschulungsprogramme für Kleinkinder bzw. deren Eltern, welche zurzeit noch nicht ausreichend vorhanden sind. Darüber hinaus sollte gerade bei Kleinkindern im weiteren Verlauf die Diagnose Asthma immer wieder hinterfragt werden. Insgesamt ist jedoch durch die Aufnahme ins DMP-Asthma Programm eine intensivere Betreuung der Kleinkinder möglich und daher zu begrüßen

Die zukünftige Einbindung der Gesellschaft für pädiatrische Pneumologie (GPP Sektion Asthma, Sprecher Prof. Eckard Hamelmann) zur Festlegung der DMP-Kriterien bei Kleinkindern sollte in Erwägung gezogen werden.

Zusätzlich sind einige redaktionelle Änderungen eingeführt worden, die nicht diskutiert werden müssen.

Stellungnahme zu weiteren dissidenten Positionen oder Änderungen, die nicht ausschließlich redaktionell sind:

Zeile 42: Übernahme von PatV, falls der Vorschlag übernommen wird, Kinder unter 5 Jahren ebenfalls ins DMP anzuschreiben. Die Einschreibung der Kinder unter 5 Jahren ins

ANSCHRIFT

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

GESCHÄFTSFÜHRENDE VORSTAND

Prof. Dr. med. K. F. Rabe, Präsident
Prof. Dr. med. M. Pfeifer, Stellv. Präsident
Prof. Dr. med. F. J. F. Herth, Generalsekretär
PD Dr. med. T. Köhnlein, Schatzmeister
Prof. Dr. med. B. Jany, Pastpräsident

VEREINSREGISTER

Vereinsregister-Nr.
Vereinsregister des Amtsgerichts
Marburg: VR 622

STEUERNUMMER & GLÄUBIGER-ID

Steuernummer: 031 250 56643
Gläubiger-ID: DE26ZZZ00000492746



DMP-Asthma sollte, auf Grund der schwierigeren Diagnosestellung durch einen Pädiater/in oder eine Pneumologin/en erfolgen Zeile 93-97 ist dringend zu befürworten

7. Juni 2017

Seite 2 | 4

Zeile 145: Übernahme von PatV, DKG,KBV

Abschnitt 1.4.1 Asthma-Kontrolle: Sinnvolle Ergänzung, die der aktuellen Einstufung eines Asthmas entspricht.

Zeile 186: Übernahme von PatV, DKG,KBV.

Abschnitt 1.4.3 Selbstmanagement: Sinnvolle Ergänzung

Zeile 207-227: Die Raucherentwöhnung ist unbestritten notwendig und dringend anzustreben. Die angegebenen Maßnahmen entsprechen jedoch nicht der Praxis-Wirklichkeit und nehmen einen ungewöhnlich großen Raum ein.

Zeile 228: Übernahme von DKV-SV, KBV, DKG: Nicht immer ist es möglich Patienten in Schulungsprogrammen einzubringen. Im dissenten Teil sollte jedoch die Formulierung der PatV übernommen werden.

Zeile 229-231: übernehmen

Abschnitt 1.5.6 Somatische Komorbiditäten: Sinnvolle Ergänzung

Abschnitt 1.5.7 besondere Maßnahmen bei Multimedikation: Dieser Abschnitt sollte abgelehnt werden. Er betrifft die Betreuung jedes Patienten durch seinen Hausarzt/seine Hausärztin und überfrachtet das DMP

Zeile 326: Falls auch Kinder unter 5 Jahren ins DMP eingeschrieben werden sollen, ist der Text zu übernehmen.

Zeile 331: Übernahme von PatV

Zeile 332-338: übernehmen

Zeile 351: Nicht alle langwirksamem Anticholinergika sind für die Behandlung des Asthma bronchiale zugelassen. Die Zulassung gilt aktuell nur für Tiotropium.

Zeile 349-361: folgende Reihenfolge der Medikamente entsprechend der DAL-Leitlinie sollte aufgegriffen werden

- LAMA (Tiotropium)



- Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (Hierzu ist anzumerken, dass es keinerlei Daten dazu gibt, dass LTRA als Add-one zu ICS/LABA zu einer besseren Asthmakontrolle führen)
- Biological-Antikörper-Therapie:
- Alternative bei Versagen der Antikörper-Therapie: systemische Glukokortikosteroide

7. Juni 2017

Seite 3 | 4

Zeile 354: Theophyllin ist an dieser Stelle abzulehnen, da es nicht gleichwertig mit den anderen genannten Medikamenten ist. In Deutschland sollte es nicht mehr zur Therapie des Asthma bronchiale empfohlen werden.

Zeile 365-371: Übernehmen je nachdem, ab welchem Alter das DMP gilt.

Zeile 371-379: Theophyllin ist auch an dieser Stelle abzulehnen. Medikamente sollten in folgend Reihenfolge entsprechend der DAL-Leitlinie genannt werden:

- Kombination mit von ICS mit LABA
- In Begründeten Ausnahmefälle: Kombination von ICS und LTRA
- Antikörper-Therapie (Anti-IgE oder Anti-IL-5)
- Bei Versagen der Antikörper-Therapie: systemische Glukokortikosteroide

Zeile 387-388: Sinnvolle Ergänzung

Zeile 398-400: Übernehmen

Zeile 402: Theophyllin ist auch in dieser Stelle abzulehnen (erhöhte Mortalität!).

Zeile 411-414: Übernehmen

Zeile 431: Insbesondere Jugendliche können sicherlich auch von versierten Pneumologen betreut werden: GKV-SV, KBV, DKG übernehmen

Zeile 456: GKV-SV, KBV, DKG übernehmen

Zeile 457-481: Übernehmen aber Antikörper-Therapie wieder zuerst erwähnen:

- Überprüfung der Indikation einer Antikörper Therapie (z.B. Anti-IgE-Antikörper, Anti-IL-5-Antikörper)
- Überprüfung der Indikation einer Langzeittherapie (Definition: länger als 14 Tage ?) mit systemischen Glukokortikoiden (bei Versagen der Antikörper-Therapie).

Zeile 482-485: Aus pneumologischer Sicht sollte dieser Abschnitt gestrichen werden. Eine qualifizierte Betreuung des Patienten ist durchaus anzustreben.

Abschnitt 1.6.3: Änderungen übernehmen



Zeile 518-520: übernehmen

7. Juni 2017

Abschnitt 2: Es handelt sich hier um die richtigen Qualitätskriterien. Anfänglich sind die Änderungen vor allem redaktionelle Natur. Die neuen Abschnitte entsprechen den Vorgaben im Abschnitt 1. Es stellt sich jedoch die Frage, was passiert, falls die Qualitätskriterien nicht erfüllt werden? Prinzipiell kann man aus pneumologischer Sicht jedoch zustimmen.

Seite 4 | 4

Abschnitt 4: Übernehmen

Abschnitt 5: Eine Evaluation ist wünschenswert. Bei den gegebenen Parametern handelt es sich um den kleinsten gemeinsamen Nenner! Eine weitergehende Evaluation ist jedoch vermutlich nicht durchführbar.

Anlage 10: Übernehmen (ergibt sich aus Abschnitt 1)

Für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
Sektion 1 - Allergologie und Immunologie

Prof. Dr. med. Marco Idzko
Universitätsklinik Freiburg
Stellv. Sprecher Sektion 1

Dr. med. Ute Lepp
Praxis Dr. Lepp Lungenheilkunde - Allergologie, Buxtehude



GESELLSCHAFT FÜR PÄDIATRISCHE PNEUMOLOGIE e.V.

Gemeinsamer Bundesausschuss
Herr Dr. Johannes Rückher
Abteilung Qualitätssicherung & sektoren-
übergreifende Versorgungskonzepte
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Präsidentin:

Prof. Dr. med. Antje Schuster
Universitätsklinikum Düsseldorf
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
Email : [REDACTED]@med.uni-duesseldorf.de
Tel. : [REDACTED]



Wesel, 06.06.2017

Stellungnahme der Gesellschaft Pädiatrische Pneumologie gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

zum

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 10. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation)

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Datum vom 10.05.2017 wurden wir aufgefordert, Stellungnahme zu dem Beschlussentwurf zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie für das DMP Asthma bronchiale zu nehmen. Die wesentliche Änderung betrifft die Aufnahme von Kindern im Alter zwischen 1 und 5 Jahren.

Die epidemiologische Situation in Deutschland zeigt, daß rezidivierende obstruktive Atemwegserkrankungen im Sinne eines Asthma auch bei Klein- und Vorschulkindern eine der häufigsten chronischen Erkrankungen gehören. Stationäre Behandlungen wegen Exazerbation des Asthma sind in dieser Altersgruppe am häufigsten.

Die wesentlichen Kriterien für die Diagnose eines Asthma sind in diesem jungen Alter die typischen klinischen Symptome der Atemwegobstruktion, deren Häufigkeit und Ausprägung, sowie das Vorliegen von Risikofaktoren (insbesondere atopische Erkrankungen). Dabei ist die Diagnosestellung dadurch erschwert, dass eine Vielzahl von Kindern in den ersten Lebensjahren zum Teil mehrfach akute Virusinfekt-assoziierte obstruktive Bronchitiden durch machen. Der Verlauf der Erkrankung ist bei dem einzelnen Kind über die Zeit variabel, die klinische Bewertung muss im Verkauf regelmäßig revidiert und die Therapie angepasst werden. Asthma ist eine klinische ärztliche Diagnose, die auf einer Kombination von anamnestischen, klinischen Lungenfunktions- und Laborbefunden beruht. Schließlich ist der Verlauf eines Asthma in allen Lebensphasen variabel und der Therapiebedarf sowie der Grad der Asthmakontrolle müssen auch jenseits des Vorschulalters regelmäßig überprüft werden.

Die Basis der Therapie ist wie bei Schulkindern, Jugendlichen und Erwachsenen eine antiinflammatorische Therapie. Es gibt eine Vielzahl von Studien, dass eine regelmäßige antiinflammatorische Therapie die Symptome verringern und akute Exazerbationen verhindern kann (Kaiser et al. Preventing Exacerbations in Preschoolers with Recurrent Wheeze: A Meta-analysis. Pediatrics 2016; 137 (6): e20154496.) Eine strukturierter Behandlungsplan könnte in der Gruppe der Klein- und Vorschulkinder wie bei älteren Kindern und Jugendlichen die Versorgung verbessern und sowohl eine Unter- als auch eine Übertherapie verhindern.

Dem wird in aktuellen internationalen Empfehlungen bereits Rechnung getragen (1. Ducharme et al. Diagnosis and management of asthma in preschoolers: A Canadian Thoracic Society and Canadian Paediatric Society Position Statement. Can Respir J 2015; 22(3): 135-143. 2. BTS/SIGN British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline. Update 2016. 3. GINA Update 2017. <http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>). Es ist zu erwarten, dass die derzeit in Überarbeitung befindliche NVL Asthma zu vergleichbaren Empfehlungen kommt.

Insofern schließt sich die GPP der Empfehlung der KBV, der DKG und der Patientenvertreter an, dass eine Erweiterung des DMP Asthma auf die Gruppe der Klein- und Vorschulkinder sinnvoll und notwendig ist.

Kontroverse Einzelpunkte:

1.2 Diagnose: Um dem variablen Verlauf im Kleinkind- und Vorschulalter Rechnung zu tragen, ist eine regelmäßige Überprüfung der Teilnahmeindikation sinnvoll (wie von der PatV formuliert).

1.2.2 Die Lungenfunktion ist bei Klein- und Vorschulkindern nicht immer zuverlässig messbar. Insofern ist der Nachweis einer Obstruktion und einer entsprechenden Reversibilität ein zusätzliches optionales, aber kein obligates Kriterium für die Diagnosefindung (Pijnenburg MW et al. Monitoring asthma in children. Eur Respir J. 2015 Apr;45(4):906-25.)

Für alle anderen Altersgruppen sollten nicht fixe Grenzwerte gelten, sondern a) Einschränkung im Vergleich zur Altersnorm und/oder b) Variabilität nach Provokation oder Bronchospasmodi-Test. Ein Verweis auf die gültigen Leitlinien wäre sinnvoll.

Die vorgeschlagenen Diagnosekriterien entsprechen denen in internationalen Leitlinien (s.o.)

1.4.1 Asthmakontrolle für Kinder und Jugendliche: Keine Symptome

1.5.8. Bezüglich der Therapie soll auf die gültigen Leitlinien (einschließlich der derzeit überarbeiteten NVL Asthma) verwiesen werden.

1.5.8.3 Therapie der Exazerbation: Es soll auf die gültigen Leitlinien verwiesen werden. Bitte ändern: Bei Klein- und Vorschulkindern ist eine außerklinische Gabe systemischer Corticosteroide in der Regel nicht zu empfehlen

1.6.2 Überweisung zum jeweils qualifizierten Facharzt: bei Klein- und Vorschulkindern soll analog zu den internationalen Leitlinien eine Re-Evaluation durch einen Spezialisten (in der Regel: Kinderpneumologe) bereits erfolgen, wenn ein Therapieversuch mit einem niedrigdosierten inhalativen Corticosteroid nicht zu einer Symptomkontrolle führt.

2 Qualitätssichernde Maßnahmen: Anteil der Patienten mit Dauertherapie mit inhalativen Corticosteroiden ist für Klein- und Vorschulkinder kein relevantes Qualitätskriterium. Dies birgt die Gefahr der Übertherapie. Relevant und messbar sind die Anzahl ungeplanter Notfallvorstellungen.

Bei Bedarf stehen wir für eine Anhörung zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. med. Antje Schuster
Präsidentin GPP

Prof. Dr. med. Monika Gappa
AG Asthma der GPP

Stellvertr. Präsident : Prof. Dr. med. Matthias Kopp, Leiter der Sektion Pädiatrische Pneumologie & Allergologie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel. + 49 451-500-2959/2550. Email: [REDACTED]@uksh.de

Past President: Prof. Dr. med. Gesine Hansen, Direktorin der Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg Str. 1, 30625 Hannover, Tel. +49 511-532-9138, [REDACTED]@mh-hannover.de.

Schriftführer: Dr. med. Nicolaus. Schwerk, Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Tel. +49 511-532-9137, Email: [REDACTED]@mh-hannover.de

Schatzmeister: Priv.- Doz. Dr. med. Michael Barker, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS Klinikum Emil von Behring, Walterhöferstr. 11, 14165 Berlin, Tel. +49 30 8102-1175, Email: [REDACTED]@helios-kliniken.de

Bankverbindung: Deutsche Bank München, IBAN DE71 7007 0010 0283 1006 00, BIC DEUTDEMMXXX

Auswertung der Stellungnahmen

gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der DMP-A-RL: Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation))

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- III. Anhörung

Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Studiengemeinschaft Orthopädieschuhtechnik e. V.	10. Mai 2017	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM)	16. Mai 2017	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.	19. Mai 2017	Stellungnahme
Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V.	19. Mai 2017	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW)	29. Mai 2017	Stellungnahme
Bundesärztekammer	31. Mai 2017	Stellungnahme

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutscher Heilbäderverband e.V.	1. Juni 2017	Stellungnahme
Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)	1. Juni 2017	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG)	1. Juni 2017	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesversicherungsamt (BVA)	1. Juni 2017	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)	2. Juni 2017	Stellungnahme
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	7. Juni 2017	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	7. Juni 2017	Stellungnahme
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM)	7. Juni 2017	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP)	7. Juni 2017	Stellungnahme
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP)	7. Juni 2017	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 28. Juli 2017 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 11. Oktober 2017 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM), 16.05.2017		
1.1	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM), 16.05.2017	Hinweis (<i>kursiv gedruckt</i>) zu 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 <u>Hyperreagibilität</u> . <i>„Bitte Nomenklatur vereinheitlichen: Auf vorangegangener Seite war Hyperreagibilität in Hyperreaktivität korrigiert worden, hier nicht.“</i>	Der Hinweis ist korrekt, eine entsprechende Anpassung wurde vorgenommen.
1.2	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM), 16.05.2017	3 Hinweise (<i>kursiv gedruckt</i>) zu 1.2.2 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung: Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen: [...]	Der Hinweis ist korrekt, eine entsprechende Anpassung wurde in modifizierter Form vorgenommen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>– berufsbedingte Auslöser. Gibt es Hinweise auf eine Berufserkrankung, erfolgt die Meldung an die Berufsgenossenschaft. Eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale ist bei einer anerkannten Berufskrankheit nicht möglich,</p> <p>[...]</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Gibt es Hinweise auf eine <u>(ggf. drohende)</u> Berufserkrankung, [...]“ - „‘Berufskrankheit‘ statt ‚Berufserkrankung‘“ - „nicht ‚an die Berufsgenossenschaft‘, sondern ‚an den Unfallversicherungsträger bzw. an den Staatlichen Gewerbearzt‘.“ 	
1.3	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM), 16.05.2017	<p>2. Hinweise (<i>kursiv gedruckt</i>) zu 1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik</p> <p>Bei Erwachsenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich $\leq 70\%$ und Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV₁ um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums, [...] <p>„siehe unten: $< 70\%$, also ein fixer cut-off, ist in Zeiten der aktualisierten GLI-</p>	Der Problematik fixer Grenzwerte bzw. des allmählichen Übergangs zu altersabhängigen Sollwerten wurde durch den vorliegenden Beschlussentwurf Rechnung getragen: Zwar ist zu erwarten, dass sich die neueren GLI-Sollwerte in den nächsten Jahren durchsetzen werden. Bis alle Messgeräte in den Praxen flächendeckend umgerüstet sein werden, soll jedoch eine Lungenfunktionsmessung auf Basis fixierter Grenzwerte möglich bleiben. Im Übrigen wird

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p><i>Sollwerte eigentlich nicht mehr aktuell“</i></p> <p>Statt des für alle Altersgruppen fixierten Grenzwertes von FEV1/VC ≤ 70 % bzw. 75 % zur Charakterisierung der Obstruktion <u>können</u> die neueren Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von FEV1/VC berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64-faches der Streuung).</p> <p><i>„nicht ‚können‘, sondern ‚sollen‘, allenfalls ‚sollten‘. Fünf Jahre nach Einführung neuer hochwertiger Sollwerte sollte es sich allmählich einbürgern, diese zu verwenden.“</i></p>	auf die Tragenden Gründe verwiesen.
1.4	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM), 16.05.2017	<p>2. Hinweise (<i>kursiv gedruckt</i>) zu 1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen</p> <p>Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt <u>oder der behandelnde Arzt</u> soll die Patientin oder den Patienten insbesondere hinweisen auf:</p> <p>[...]</p> <ul style="list-style-type: none"> - sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen, emotionale Belastung) und deren <u>Vermeidung</u>, <p>[...]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Der Klammerzusatz beschreibt eine beispielhafte Aufzählung von Inhalationsnoxen und Asthmaauslösern. Bei Verdacht auf berufsbedingte Auslöser eines Asthma bronchiale ist eine Teilnahme am DMP ohnehin ausgeschlossen (vgl. Nummer 1.2.2), so dass eine Aufzählung in diesem Kontext nicht sinnvoll wäre. - „Vermeidung“ bezieht sich hier allgemein auf Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> - „Reduktion von (vermeidbaren) Auslösern am Arbeitsplatz ((o.ä.))“ - „Vermeidung emotionaler Belastung ist kein praktikabler Rat. Streichen.“ 	Zur Klarstellung wurde eine Modifikation des Spiegelstriches vorgenommen.
2	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., 19.05.2017		
2.1	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., 19.05.2017	<p>Diverse Ergänzungsvorschläge (<i>kursiv gedruckt, unterstrichen</i>):</p> <p>1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung</p> <p>Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:</p> <p>[...]</p> <p>– <u>Komorbiditäten: u. a. <i>chronisch rezidivierende Rhinitis bzw. Sinusitis chronische Rhinosinusitis, Analgetica-Intoleranz, gesteigerter gastroösophagealer Reflux, Adipositas, Angstzustände und Depression.</i></u></p> <p>1.4 Differenzierte Therapieplanung</p> <p>Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen; dabei ist auch das Vorliegen von Mischformen (Asthma bronchiale und</p>	<p>Dem Vorschlag zur Bezeichnung „chronische Rhinosinusitis“ wird gefolgt.</p> <p>Ergänzungsvorschläge zu den übrigen Anmerkungen: Es handelt sich jeweils um beispielhafte und damit nicht abgeschlossene Aufzählungen. Die bei der gastroösophagealen Refluxkrankheit ergänzten Komorbiditäten sind zudem bereits von den Komorbiditäten der oberen Atemwege abgedeckt.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>COPD) und Komorbiditäten (z. B. <u>Rhinitis/Sinusitis Rhinosinusitis</u>) zu berücksichtigen.</p> <p>1.5.6 Somatische Komorbiditäten</p> <p>Erkrankungen der oberen Atemwege:</p> <p>Häufige und bedeutsame Komorbiditäten des Asthma bronchiale sind <u>Rhinitis, Sinusitis, Polyposis nasi-Rhinitis und die chronische Rhinosinusitis (v.a. polypöse Variante)</u>, zusätzlich bei Kindern Pseudokrapp und adenoide Vegetationen. Da diese das Asthma bronchiale ungünstig beeinflussen können, kommt ihrer frühzeitigen Diagnostik und adäquaten Therapie große Bedeutung zu.</p> <p>[...]</p> <p>Gastroösophageale Refluxkrankheit:</p> <p>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 (<u>Sodbrennen, sauresm Aufstoßen, laryngealen Beschwerden, trockenem Husten, chronischer Rhinosinusitis</u>) erfolgen.</p>	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>1.6.2 „Überweisung zum Facharzt“</p> <p>Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen werden:</p> <p>[...]</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Begleiterkrankungen (z. B. COPD, <u>chronische Rhinitis/Sinusitis chronische Rhinosinusitis, behinderte Nasenatmung, Folgekrankheiten bei Reflux, Adenoide</u>, rezidivierender Pseudo-Krupp), <p>[...]</p>	
3	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017		
3.1	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	<p>Mit großer Freude haben wir den Beschlussentwurf mit dem mehrheitlichen Wunsch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Patientenvertretung zur Einbindung von Kindern unter 5 Jahren in Asthma-Disease-Management- Programme zur Kenntniss genommen und unterstützen dieses Vorhaben voll umfänglich. Der Deutsche Allergie- und Asthmabund (DAAB) kämpft schon lange Jahre für die Öffnung des DMP- Programms (Asthma) für Kinder unter 5 Jahren, damit auch diese wichtige Patientengruppe an einer adäquaten Versorgung</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Zustimmung</p> <p>GKV-SV: Die Stellungnahme verweist auf die aktuellen Leitlinien, wonach es keinen Goldstandard bezüglich der Diagnosestellung von Asthma bronchiale bei Kindern unter 5 Jahren gibt und somit keine evidenzbasierte Empfehlung gegeben werden kann. Da auch eine</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>teilhaben kann.</p> <p>Der berechtigte Wunsch Kinder von 1-5 Jahren in das DMP-Asthma einzu-beziehen, ist sehr klar zu begründen. Wenn eine adäquate Versorgung und ein verantwortungsbewußter Umgang mit dem zukünftigen Krankheitsver-lauf junger Asthma-Patienten und -Patientinnen im Vordergrund stehen soll, muss aus Sicht des Deutschen Allergie- und Asthmabundes zwangsläufig für die Einrichtung eines DMP-Asthma-Programms bei Kindern von 1-5 Jah-ren entschieden werden. Dabei ist auch der Präventionsgedanke zu beach-ten. Mit dem DMP-Versorgungsprogramm kann ein frühzeitiges Screening junger Patienten und -Patientinnen mit einer voraussichtlich langjährigen Asthma-Karriere und eine umfängliche, bestmögliche Versorgung direkt zu Beginn der Asthma-Erkrankung verfolgt werden.</p> <p>Natürlich ist es schwierig, die Diagnose Asthma bei Kindern unter 5 Jahren zu stellen, weil asthmaähnliche/respiratorisch-obstruktive Episoden auch bei Kindern ohne Asthma üblich sind (GINA 2016)[1]. Dies kann aber in den Au-gen des DAAB kein schlagkräftiges Argument gegen ein DMP- Programm für Kinder unter 5 Jahren sein, da eine klare Diagnose auch bei Kindern über 5 Jahren oder sogar Erwachsenen schwierig sein kann.</p> <p>Folgende Studienaussagen unterstützen den Wunsch für ein Asthma-DMP- Programm bei Kindern von 1-5 Jahren sehr eindeutig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Erkrankung bei Kin-dern unter 5 Jahren (GINA 2016).[1] 	<p>Gruppe der betroffenen Kinder später wieder gesunden kann, ist für die Einschreibung in ein DMP das notwendige Kriterium der gesicherten Diagnose einer chronischen Erkrankung nicht gegeben. Insofern ergibt sich keine Änderung der Altersgruppe für das DMP Asthma bronchi-ale. Eine adäquate medizinische Versorgung der Kinder, die entsprechende Symptome zei-gen, ist auch außerhalb eines DMP gewährleis-tet. Die DMP sind bereits nach dem gesetzli-chen Titel „Strukturierte Behandlungspro-gramme bei chronischen Krankheiten“. Der Pri-märpräventions- und Früherkennungsauftrag ist in eigenen gesetzlichen Regelungen gefasst und nicht Gegenstand der DMP.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> • Die Diagnose Asthma wird in der Mehrzahl aller Fälle bereits vor dem 3. Lebensjahr gestellt.[2] • Die Häufigkeit von Hospitalisierungen als Ausdruck einer schweren Verlaufsform ist bei jüngeren Kindern signifikant höher [2,3] als in den bisher im DMP teilnehmenden Altersgruppen. • Es ist sinnvoll, auch in dieser Altersgruppe die Diagnose Asthma zu verwenden. Andere umschreibende Bezeichnungen („spastische Bronchitis“, „rezidivierende obstruktive Bronchitis“ „multitrigger wheeze“) sind für Eltern oft unverständlich und verschlechtern deshalb die Adhärenz für eine notwendige asthmaspezifische Therapie (CTS and CPS Position Paper, 2015). • Durch ein strukturiertes Management mit regelmäßigen Kontrollen kann auf die in diesem Alter häufige Veränderung der Symptomatik angemessen reagiert werden. Unter- und Überbehandlung können besser vermieden werden (GINA 2016, A; BTS/SIGN 2016, B).[4,1] <p>1 Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention: Updated 2016 [online]. GINA; 2016.</p> <p>2 Radhakrishnan DK, Dell SD, Guttman A, Shariff SZ, Liu K, To T. Trends in the age of diagnosis of childhood asthma. J Allergy Clin Immunol 2014;134(5):1057-1062 801 e1055.</p> <p>3 Schauerte G, Fendel T, Schwab S, Bredl C. Asthma bronchiale bei Kindern: Effekte einer integrierten Versorgung. Pneumologie 2010;64(2):73-80.</p>	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		4 British Thoracic Society (BTS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network 652 (SIGN). British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline 653 [online]. September 2016. Edinburgh (GBR): SIGN; 2016.	
3.2	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	<p>Der Deutsche Allergie- und Asthmabund unterstützt im Beschlussentwurf über die X. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) alle Standpunkte der Patientenvertretung umfänglich. Darüber hinaus möchte der DAAB folgende Anmerkungen machen:</p> <p>1.1 Definition des Asthma bronchiale</p> <p>Zeile 31: Hyperreagibilität wurde in Hyperreaktivität verändert. Dies wurde jedoch beim Begriff „Hyperreagibilität“ in den Zeilen 36, 80 und 90 nicht verändert. Warum nicht?</p>	Der Hinweis ist korrekt, eine entsprechende Anpassung wurde vorgenommen.
3.3	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	<p>1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung</p> <ul style="list-style-type: none"> Zeile 57: Warum ist eine Teilnahme am DMP-Asthma bei einer anerkannten Berufserkrankung nicht möglich? Es kann doch sein, dass der Patient oder die Patientin eine Berufserkrankung an den Atemwegen hat und trotzdem auch zusätzlich ein allergisches oder intrinsisches Asthma bronchiale vorliegt. 	Kostenträger bei Berufskrankheiten sind die gesetzlichen Unfallversicherungsträger. Bei berufsbedingtem Asthma bronchiale ist daher eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale zu Lasten der GKV nach § 11 Absatz 5 SGB V ausgeschlossen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3.4	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	<p>Zeile 93: „<i>Statt des für alle Altersgruppen fixierten Grenzwertes von FEV1/VC ≤ 70 % bzw. 75 % zur Charakterisierung der Obstruktion können die neueren Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von FEV1/VC berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64-faches der Streuung).</i>“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kann die neue Berechnungsform von allen teilnehmenden DMP-Ärzten und -Ärztinnen umgesetzt werden? Muss die korrekte Anwendung der neuen Berechnung genauer erklärt werden? • Kann dieses unterschiedliche Vorgehen zu einer unterschiedlichen Einschätzung des Krankheitsbildes bei einem Patienten oder einer Patientin führen? • Kann dieses unterschiedliche Vorgehen zu einer schwierigen Evaluation führen? Wird die Art der „Obstruktionsmessung“ immer genau dokumentiert, so dass man die verschiedenen Gruppen in der Auswertung trennen kann und einen genaueren Aufschluss zu den verschiedenen Messarten erhält? 	<p>Die von dem Stellungnehmenden vorgetragenen Fragen stellen keine Änderungsvorschläge im Sinne einer Stellungnahme dar. Diese Fragen werden wie folgt beantwortet (vgl. auch Tragende Gründe):</p> <p>Zu Punkt 1: Die GLI-Sollwerte erfordern eine Umrüstung der Messgeräte. Da dies bisher nicht flächendeckend umgesetzt ist, wurden bewusst beide Messmethoden zugelassen. Die Durchführung der Messung ändert sich für den Anwender nicht.</p> <p>Zu Punkt 2: Die Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik dient der Diagnosesicherung, der Differenzialdiagnostik und der Verlaufs- und Therapiekontrolle. Zur umfassenden Einschätzung des Krankheitsbildes gehören weitere Aspekte, z.B. die Symptomatik. Die Sorge, dass allein die Umstellung der Lungenfunktionsmessung auf die GLI-Sollwerte die Einschätzung des Asthma bronchiale ändert, erscheint vor diesem Hintergrund unbegründet.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			Zu Punkt 3: Für die regelmäßige Dokumentation wird bei allen Patienten der FEV1-Wert erhoben (Feld 2c). Die Charakterisierung der Obstruktion –gleich nach welchem Verfahren – ist nicht Teil der DMP-Dokumentation.
3.5	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	1.3 Therapieziele <i>„Vermeidung/Reduktion: von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen“</i> <ul style="list-style-type: none"> Muss hier nicht auch die Vermeidung/Reduktion von psychischen Beeinträchtigungen bei Erwachsenen aufgeführt werden? Die Entwicklung einer Depression aufgrund der Asthma- Erkrankung sollte bei Erwachsenen auch verhindert und nicht nur behandelt werden, wenn sie bereits besteht. 	Der Fokus liegt in diesem Zusammenhang auf Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Der Umgang mit psychischen Komorbiditäten ist altersunabhängig in Nummer 1.5.5 geregelt.
3.6	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	1.4.1 Asthmakontrolle Zeile 147: <i>„Die Asthmakontrolle beschreibt die Beeinträchtigung der oder des Erkrankten durch das Asthma bronchiale.“</i> <ul style="list-style-type: none"> Muss es hier nicht heißen: Die Güte der Asthmakontrolle beschreibt... 	Um Missverständnisse zu vermeiden, wurde eine Präzisierung vorgenommen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3.7	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	<p>1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen</p> <p>Zeile 176: Was ist ein Asthmakalender? Ist es das gleiche Medium wie ein Asthmatagebuch?</p>	Der Begriff wurde entsprechend zu „Asthmatagebuch“ präzisiert.
3.8	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	<p>1.4.3 Selbstmanagement</p> <p>Eine Voraussetzung für ein gutes Selbstmanagement liegt auch in der Nutzung eines für den jeweiligen Patienten oder die jeweilige Patientin gut zu bedienenden Inhalationsgerätes (bzw. Applikationsgerätes, der neue Begriff vermittelt leider keine klare Patientensprache, da ja tatsächlich inhaliert wird. Applizieren, kann man z.B. auch Spritzen oder eine Creme, die auf die Haut aufgetragen wird). Kann ein Inhalationsgerät nicht gut bedient werden, kann keine korrekte Inhalationstechnik erwartet werden. Auch das Austauschen von Inhalationsgeräten in der Apotheke kann der richtigen Inhalationstechnik entgegenwirken, wenn das neue Inhalationsgerät anders zu bedienen ist.</p> <p>Daher schlägt der DAAB hier eine Ergänzung vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine korrekte Inhalationstechnik, die regelmäßig geschult und durch die Auswahl eines für den Patienten oder die Patientin geeigneten Applikationsgerätes gut unterstützt wird. 	<p>Die korrekte Inhalationstechnik ist Teil der Fähigkeiten, die laut Beschlussentwurf für ein effektives Selbstmanagement benötigt werden. Die Einweisung des Patienten in die Inhalationstechnik, deren regelmäßige Überprüfung und die Möglichkeit einer Aut-idem-Verordnung sind in Nummer 1.5.8 bzw. 1.4.2 geregelt.</p> <p>Der Begriff „Applikationssystem“ ist der medizinisch korrekte Terminus.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3.9	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	<p>1.5.8 Medikamentöse Maßnahmen</p> <p>Zeile 321: „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.“</p> <p>Der DAAB schlägt eine Ergänzung vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege, dem Atemmuster sowie der insgesamt richtigen Anwendung des Applikationssystems, der Partikelgröße und dem jeweiligen Applikationssystem. 	<p>Dass die korrekte Anwendung der Applikationssysteme entscheidend für die Wirksamkeit der Asthmamedikation ist, wird wenige Zeilen später angesprochen. Der Arzt wird dazu angehalten, vor einer Dosissteigerung u.a. die korrekte Anwendung des Applikationssystems zu prüfen.</p>
3.10	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	<p>Zeile 332: „Bei mangelnder Kontrolle der Asthma-Symptome sollte vor einer Steigerung der medikamentösen Therapie immer versucht werden, die folgenden Fragen abzuklären.“</p> <p>Der DAAB empfiehlt hier folgende Ergänzungen:</p> <p>Wurden die verordneten Medikamente angewendet?</p> <p>Wurden sie richtig angewendet (richtig inhaliert)?</p> <p>Verfolgt der Patient bereits ein individuelles Asthma-Selbst-Management oder muss es weiter erarbeitet werden (Asthma-Schulung)?</p>	<p>Eine Ergänzung bezüglich Schulungsbedarf wurde vorgenommen. Die übrigen ergänzten Aspekte sind bereits an anderen Stellen des Beschlusses erwähnt (Nummer 1.4.3 Selbstmanagement, Nummer 1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen, Nummer 1.5.6 Somatische Komorbiditäten). Eine erneute Erwähnung an dieser Stelle wäre redundant.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p><i>Haben sich die Risikofaktoren verändert? (Auslöser, Komorbiditäten, Interaktion mit weiteren Medikationen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Werden bekannte Komorbiditäten ausreichend behandelt? • Kennen die Patienten ihre individuellen Auslöser und werden mögliche Vermeidungsstrategien für alle bekannten, für das Asthma relevanten und vermeidbaren Auslöser und Triggerfaktoren angewendet? <p><i>Ist die Diagnose Asthma bronchiale korrekt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist die Diagnose der Asthmaform korrekt? 	
3.11	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	<p>1.5.8.1 Dauertherapie bei Erwachsenen</p> <p>Zeile 356: „Bei Patientinnen und Patienten mit, trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem, schwerem persistierendem allergischem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper oder Anti-IL-5-Antikörper) erwogen werden. Hierfür soll eine Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen.“</p> <p>Der DAAB schlägt folgende Ergänzung vor:</p> <p>Bei Patientinnen und Patienten mit,</p> <ul style="list-style-type: none"> • trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie und trotz Beachtung der unter Punkt 1.5.8 genannten und zu berücksichtigenden Faktoren, 	<p>Der Verweis auf Nummer 1.5.8 ist nicht erforderlich, da sich die Beachtung dieser Maßnahmen auf alle medikamentösen Maßnahmen (und nicht nur auf die Antikörpertherapie) beschränkt.</p> <p>Der Einschub zu „eosinophiler Zellen“ wird nicht übernommen, um zukünftige Entwicklungen in der Antikörpertherapie nicht auszuschließen.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>nicht ausreichend kontrollierbarem, schwerem persistierendem allergischem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti- IgE-Antikörper oder Anti-IL-5-Antikörper) erwogen werden. Hierfür soll eine Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bei Patientinnen und Patienten mit, trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem, schwerem persistierendem allergischem Asthma bronchiale oder schwergradigem Asthma mit einer Vermehrung sogenannter eosinophiler Zellen im Blut, kann eine Behandlung...</i> 	
3.12	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	<p>Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren</p> <p><i>„Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Patientinnen und Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird.“</i></p> <p>Das ist eine merkwürdige Formulierung, denn der Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird, sollte nahe bei 100 Prozent liegen, da unter: 1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen gefordert wird: <i>„Folgende Untersuchungen und Maßnahmen sollten bei jedem Patientenkontakt durchgeführt werden: u.a. Prüfung der Inhalationstechnik, gegebenenfalls Einleitung von Schulungsmaßnahmen.“</i></p>	Die Formulierung „Hoher Anteil...“ zielt auf eine nahe hundertprozentige Erfüllung ab. Die durchschnittliche Zielerreichung dieses Qualitätsziels betrug laut Erhebungen der KBV im Jahr 2015 80% und blieb damit unter dem Ziel von 90%.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3.13	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	Der Deutsche Allergie- und Asthmabund möchte die Vertreter des Gremiums DMP-Asthma im GBA abschließend noch einmal auf die besondere Bedeutung der Asthma-Schulungen für Patienten und Patientinnen aufmerksam machen. Nach unserer Einschätzung wäre es wünschenswert, Maßnahmen zu ergreifen, die die Zahl der Schulungsangebote für die Betroffenen deutlich erhöht. Zudem wäre es aus Sicht des DAAB sinnvoll, für Kinder von 1-5 Jahren, ein weiteres Instrument in das DMP-Asthma- Programm aufzunehmen. Dabei denken wir an eine differenzierte Daten-Auswertung der neuen Altersgruppe und an eine zusätzliche Schulungsmöglichkeit für Angehörige. Diese Maßnahmen können dann zu einer verbesserten Qualitätssicherung des DMP-Asthma-Programms für Kinder von 1-5 Jahren beitragen.	PatV, KBV, DKG: Der Vorschlag der differenzierten altersspezifischen Datenauswertung wurde beraten. Eine entsprechende Ergänzung des Evaluationsparameters „Schulungen“ (für PatV zusätzlich Nummer 1.5.2) wurden vorgenommen. GKV-SV: Hinweis ist nicht relevant für GKV-SV Position.
3.14	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e.V., 19.05.2017	Der Deutsche Allergie- und Asthmabund fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, eine Entscheidung zum Wohle der Patienten und Patientinnen zu treffen und Kinder von 1-5 Jahren mit Verdacht auf Asthma bronchiale oder bereits diagnostiziertem Asthma bronchiale in ein DMP- Asthma- Programm aufzunehmen.	Vgl. lfd. Nr. 3.1
4	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW), 29.05.2017		
4.1	Deutsche Gesell-	Die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW)	Die Regelung im Beschlussentwurf in Num-

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	schaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW), 29.05.2017	<p>begrüßt die Initiative des G-BA, die Indikation zur Rehabilitation in den Änderungen zum DMP-A-RL Anlagen 9 und 10 (DMP Asthma bronchiale) angemessen darzustellen. Dazu empfiehlt die DGRW einen zusätzlichen Satz auf Seite 15 nach Zeile 520:</p> <p>„Insbesondere bei einem trotz adäquater Medikation unkontrolliertem Asthma und bei Asthma mit komorbider COPD (ACOS (1)) sollte die Indikation zur Rehabilitation geprüft werden.“</p> <p>Begründung:</p> <p>Das Konzept der Asthmaschweregrade wurde schon vor mehreren Jahren in konsentierten internationalen Empfehlungen (2) durch das Konzept der Asthmakontrolle ergänzt, das u.a. in die Nationale Versorgungsleitlinie Asthma (3) und prospektiven Untersuchungen zum Rehabilitationsverlauf integriert wurde (4). Ziel der Asthmathherapie ist das "kontrollierte Asthma".</p> <p>1. Global Strategy for Asthma Management and the Prevention and the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Diagnosis of Diseases of Chronic Airflow Limitation: Asthma COPD and Asthma-COPD Overlap Syndrome (ACOS). 2015. (http://goldcopd.org/asthma-copd-asthma-copd-overlap-syndrome/ letzter Zugriff 22.05.2017)</p> <p>2. Global initiative for Asthma: Global strategy for asthma management and prevention; 2017. (http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/ letzter Zugriff 18.05.2017)</p> <p>3. Nationale Versorgungsleitlinie Asthma 2013 (in Überprüfung).</p>	<p>mer 1.6.4, nach der die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung individuell zu prüfen ist, umfasst auch die von der Stellungnehmenden genannten Ausprägungen des Asthma bronchiale. Die Formulierung im aktualisierten DMP geht nicht auf spezielle Konstellationen ein, um keine Bevorzugung oder Nachrangigkeit einzelner Aspekte zu suggerieren, die Einfluss auf die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung haben können.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>(http://www.leitlinien.de/nvl/asthma, letzter Zugriff 18.05.2017)</p> <p>4. Lingner H, Ernst S, Großhennig A, Djahangiri N, Scheub D, Wittmann M, Schultz K. Asthma control and health-related quality of life one year after inpatient pulmonary rehabilitation: the ProKAR Study. J Asthma 2015;52(6):614–21.</p>	
5	Bundesärztekammer, 31.05.2017		
5.1	Bundesärztekammer, 31.05.2017	<p>Zur offenen Frage des Geltungsbereichs des DMP Asthma bronchiale für Kinder < 5 Jahren verweist die Bundesärztekammer auf ihre Stellungnahme vom 07.04.2011. Darin hatte sich die Bundesärztekammern dafür ausgesprochen, Kindern im Alter von 2-4 Jahren die Aufnahme in das DMP Asthma zu ermöglichen.</p> <p>Die aktuelle Position von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Patientenvertretung, auf die Alterseinschränkung „ab 5 Jahren“ zu verzichten, wird daher unterstützt.</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Zustimmung</p> <p>GKV-SV: Auch die aktuellen Leitlinien beschreiben, dass es keinen Goldstandard bezüglich der Diagnosestellung von Asthma bronchiale bei Kindern unter 5 Jahren gibt und somit keine evidenzbasierte Empfehlung gegeben werden kann. Da auch eine Gruppe der betroffenen Kinder später wieder gesunden kann, ist für die Einschreibung in ein DMP das notwendige Kriterium der gesicherten Diagnose einer chronischen Erkrankung nicht gegeben. Insofern ergibt sich keine Änderung der Altersgruppe für das DMP Asthma bronchiale. Eine adäquate medizinische Versorgung der Kinder, die ent-</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			sprechende Symptome zeigen, ist auch außerhalb eines DMP gewährleistet.
6	Deutscher Heilbäderverband e.V., 01.06.2017		
6.1	Deutscher Heilbäderverband e.V., 01.06.2017	<p>Zu Anlage 1 Beschlussentwurf 1.5.4 Rehabilitation (Zeile 241 ff.)</p> <p>Nach Zeile 252 ist folgender neuer Absatz zu ergänzen: Für die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation sind Orte mit geprüfter Luftqualität (staatlich prädikatisierte und überwachte Heilbäder und Kurorte, insbesondere die heilklimatischen Kurorte) sowie die prädikatisierten Orte, in denen die sog. Speläotherapie angeboten wird, in besonderer Weise geeignet.</p> <p>Begründung:</p> <p>Gerade bei (sich über einen sehr langen Zeitraum erstreckenden) chronischen Erkrankungen ist die Kombination somatischer und psychischer Behandlungselemente von besonderer Bedeutung. Sie dient u.a. der Aufrechterhaltung der Compliance der Patienten. Die staatlich prädikatisierten Heilbäder und Kurorte stellen in ihren Einrichtungen eine multidisziplinäre Behandlung sicher.</p>	Die Formulierungen zur Rehabilitation (Nummer 1.5.4) bzw. deren Veranlassung (Nummer 1.6.4) wurden bewusst offen formuliert, um den Patienten Zugang zu einer individuell angemessenen Rehabilitation zu gewähren. Der Verweis auf Orte mit geprüfter Luftqualität steht dieser Absicht entgegen und würde die Regelungstiefe der DMP übersteigen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
7	Bundesversicherungsamt (BVA), 01.06.2017		
7.1	Bundesversicherungsamt (BVA), 01.06.2017	<u>Zu Ziffer 1.2.1, Zeile 57f:</u> Es ist vorgesehen, den Satz „ <i>Eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale ist bei einer anerkannten Berufskrankheit nicht möglich.</i> “ neu aufzunehmen. Um Fehlinterpretationen bezüglich des genauen Ausschreibedatums zu vermeiden, regen wir folgende Ergänzung in den „Tragenden Gründen“ zu Ziffer 1.2.1 an: „Die Teilnahme eines Versicherten am strukturierten Behandlungsprogramm endet mit dem Datum des Bescheids über die Feststellung der Erkrankung Asthma bronchiale als Berufskrankheit.“	Die Teilnahme an einem DMP richtet sich nach den grundsätzlichen Regelungen der RSAV. Die GKV ist grundsätzlich nur zur Leistungsübernahme für die im SGB V geregelten Leistungspflichten und -rechte verpflichtet. Bei der Leistungszuständigkeit bei Berufskrankheiten handelt es sich nicht um eine Besonderheit der DMP. Sie muss daher nicht gesondert adressiert werden.
7.2	Bundesversicherungsamt (BVA), 01.06.2017	<u>Zu Ziffer 1.4, Zeile 145:</u> Sollte dem Vorschlag von KBV, DKG und PatV, „ <i>entsprechend ist mindestens einmal jährlich eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale aufgrund veränderter Symptome zu überprüfen</i> “, zugestimmt werden, regen wir an, ein entsprechendes Dokumentationsfeld aufzunehmen.	Die Dokumentation dient insbesondere der Qualitätssicherung und der Evaluation. Dem Vorschlag der zusätzlichen Aufnahme eines entsprechenden Dokumentationsfeldes wird nicht gefolgt. Die regelmäßige Überprüfung der Diagnose ist Bestandteil des Anforderungstextes und wird bereits an anderer Stelle mehrfach betont. Die Einfügung hier dient in diesem Sinne einer weiteren Betonung. Aus dem Prüfungsauftrag resultiert weder eine Qualitätssiche-

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			rungsmaßnahme noch ein Evaluationsparameter, so dass auch weiterhin kein Dokumentationsparameter dafür vorgesehen ist. Da mit dem Wegfall der Diagnosefelder insgesamt die Angaben über die Diagnose in der Dokumentation nicht mehr möglich ist, erfolgt die Kenntnisnahme über das Ende der Teilnahme unverändert über das Ausbleiben der Dokumentation.
7.3	Bundesversicherungsamt (BVA), 01.06.2017	<u>Zu Ziffer 1.4.2, Zeile 186:</u> Vorschlag zur Klarstellung: In dem Vorschlag von KBV, DKG und PatV sollte es heißen: "... <i>soll ab einem Lebensalter von 5 Jahren...</i> ".	KBV, DKG, PatV: Der Hinweis wurde in modifizierte Form übernommen. GKV-SV: Hinweis nicht relevant für GKV-SV-Position
7.4	Bundesversicherungsamt (BVA), 01.06.2017	<u>Zu Ziffer 1.5.1, Zeile 221f.:</u> Zumindest eine Benennung der verwendeten Tabakentwöhnungsprogramme gegenüber dem Bundesversicherungsamt sollte vorgesehen werden (entgegen Zeile 195f. der Tragenden Gründe). Ansonsten besteht keine Möglichkeit die Forderung der Richtlinie wonach „ <i>jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit Asthma bronchi-</i>	GKV-SV, DKG, PatV: Bei den Tabakentwöhnungsprogrammen handelt es sich nicht um Schulungen im Sinne von § 4 DMP-A-RL. Die Überprüfung der Tabakentwöhnungsprogramme soll nach den Ausführungen der Richtlinie bereits durch die Vertragspartner (wie zu Nummer 1.5.1 der Tragenden Gründe erläutert) erfolgen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>ale Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten“ soll, im Rahmen der Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme zu überprüfen. Die Richtlinienvorgabe bliebe dann bloßer Programmsatz ohne Überprüfungsmöglichkeit.</p>	<p>KBV: Der Hinweis wurde berücksichtigt, indem die entsprechenden Sätze in den Tragenden Gründen zum Verweis auf den „Leitfaden Prävention“ zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V sowie zum Hinweis, dass eine Vorlage der Tabakentwöhnungsprogramme beim Bundesversicherungsamt nicht erforderlich ist (Zeilen 193 – 197), gestrichen wurden.</p>
7.5	Bundesversicherungsamt (BVA), 01.06.2017	<p><u>Zu Ziffer 1.5.2, Zeile 228:</u></p> <p>Sollte eine altersbezogene Erweiterung des DMP Asthma bronchiale (auch für Kinder von 1 - 4 Jahren geöffnet) erfolgen, möchten wir darauf hinweisen, dass wir es dann auch für erforderlich halten, ein entsprechendes strukturiertes, evaluiertes, zielgruppenspezifisches und publiziertes Behandlungs- und Schulungsprogramm, insbesondere für die Betreuungspersonen, vorzuhalten.</p>	<p>Der Hinweis, ein entsprechendes strukturiertes, evaluiertes, zielgruppenspezifisches und publiziertes Behandlungs- und Schulungsprogramm, insbesondere für die Betreuungspersonen, vorzuhalten, wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Unabhängig von einem Einbezug von Kleinkindern in das DMP Asthma bronchiale können bereits aktuell Kinder ab dem 5. Lebensjahr am DMP teilnehmen und haben somit auch Anspruch auf Schulungen. In diesem Zusammenhang werden die Betreuungspersonen bereits einbezogen.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
7.6	Bundesversicherungsamt (BVA), 01.06.2017	<u>Zu Ziffer 1.5.8.6, Zeile 420:</u> Es ist die Formulierung „Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V“ durch die Formulierung: „Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V“ zu ersetzen. Es handelt sich um einen redaktionellen Fehler.	Der Hinweis ist korrekt, eine entsprechende Anpassung wurde vorgenommen.
7.7	Bundesversicherungsamt (BVA), 01.06.2017	<u>Zu Ziffer 1.6.1, Zeile 431 bzw. zu Ziffer 1.6.2, Zeile 456:</u> Für den Fall, dass eine Erweiterung der Teilnahmemöglichkeit für Kinder von 1 bis 4 Jahren erfolgt, ist die Koordination durch qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin“ vorzunehmen. Die <i>„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 soll bei Kindern und Jugendlichen in der Regel an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt mit Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung Pädiatrische Pneumologie“</i> erfolgen. Dies muss sich dann konsequenterweise auch in der Vereinbarung einer entsprechenden Strukturqualität in den regionalen Verträgen sowie in einer angemessenen Zahl entsprechender Leistungserbringer widerspiegeln.	PatV: Zustimmung KBV, DKG: Eine adäquate qualifizierte Versorgung kann auch durch Hausärzte (Pädiater und Allgemeinmediziner) und Pneumologen erfolgen. GKV-SV: Hinweis ist nicht relevant für GKV-SV-Position
7.8	Bundesversicherungsamt (BVA),	<u>Zu Ziffer 3.2, Zeile 559:</u> Es wird vorgeschlagen, die Formulierung „vor Ablauf der Anpassungsfrist“	Die aktuelle Formulierung basiert auf einem

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	01.06.2017	<p>durch die Formulierung „vor der Anpassung“ zu ersetzen.</p> <p>Mit dieser neuen Formulierung wird deutlicher, dass die Richtlinienanpassung auch eine Änderung der Einschreibekriterien zur Folge haben kann und dies nicht zu einer erneuten Überprüfung der Einschreibekriterien führt. Entscheidendes Kriterium ist die Anpassung, nicht der Ablauf der Anpassungsfrist.</p>	Hinweis des BVA aus dem Stellungnahmeverfahren zum DMP COPD. Es gibt keine Hinweise auf Missverständnisse bezüglich dieser Formulierung.
8	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) 02.06.2017		
8.1	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) 02.06.2017	<p>A. Vorbemerkung:</p> <p>Asthma bronchiale ist eine chronische Atemwegserkrankung. Das Disease Management Programm Asthma bronchiale (DMP) unterstützt Patienten darin, ihr Leben mit der Erkrankung selbstbestimmt zu gestalten sowie Beeinträchtigungen und Krankheitsfolgen abzumildern. Insbesondere Kinder- und Jugendliche profitieren von dem strukturierten Behandlungsprogramm.</p> <p>Die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wird gemäß der Leitlinien individuell geprüft. Als DEGEMED begrüßen wir es sehr, dass die bisherige Einschränkung auf bestimmte Asthmaformen entfällt. Wir empfehlen, aufgrund des komplizierten Antragsverfahrens Patienten bei der Antragsstellung zu unterstützen und auf Leistungsträger außerhalb des</p>	Kenntnisnahme (Die hier formulierten Hinweise werden im Folgendem detaillierter dargestellt und daher auch an den entsprechenden Stellen ausgewertet.)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>GKV-Systeme – insbesondere die Träger der Deutschen Rentenversicherung (DRV) - hinzuweisen.</p> <p>Darüber hinaus empfehlen wir bei einer gesicherten Diagnose Asthma bronchiale die Aufnahme in das DMP unabhängig vom Alter des Kindes. Dies erscheint uns sachgerecht, da bei einer Vielzahl von Kindern bereits in jungem Alter die Krankheit Asthma bronchiale diagnostiziert wird.</p>	
8.2	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) 02.06.2017	<p>B. Stellungnahme im Einzelnen:</p> <p>Zu 1.2 Diagnose</p> <p>1. Vorgeschlagene Änderung</p> <p>Die drei Formulierungsvorschläge beschreiben jeweils die medizinischen Voraussetzungen zur Aufnahme in das DMP. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) geht davon aus, dass eine Diagnose bei Kindern unter 5 Jahren nicht zuverlässig gestellt werden könne. Die Patientenvertretung (PatV) empfiehlt dagegen, keine untere oder obere Altersgrenze für die Diagnose zu benennen. Die Diagnose und damit die Teilnahme am DMP solle aber auch im Hinblick auf eine mögliche Beendigung regelmäßig überprüft werden. Die Kassen ärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) empfehlen</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Zustimmung</p> <p>GKV-SV: Vgl. lfd. Nr. 5.1</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>ebenfalls, keine untere und obere Altersgrenze festzulegen.</p> <p>2. Stellungnahme und Vorschlag</p> <p>Wir empfehlen bei einer gesicherten Diagnose Asthma bronchiale die Aufnahme in das DMP unabhängig vom Alter des Kindes. Darüber hinaus empfehlen wir, gemäß dem Vorschlag der PatV die Teilnahme am DMP Asthma bronchiale auch in Bezug auf eine mögliche Beendigung regelmäßig zu überprüfen.</p> <p>3. Begründung</p> <p>Die zuverlässige Diagnose von Asthma bronchiale bei Kindern bis zum Alter von 4 Jahren ist schwierig. Im Kleinkindalter gibt es Fälle, bei denen sich die frühkindliche Überempfindlichkeit der Bronchien bis zum vierten Geburtstag verliert. Dabei handelt es sich um Kinder, die bei Infekten mit „asthmatischen“ Beschwerden reagieren.</p> <p>Es gibt aber auch eine Vielzahl von Kindern, die schon früher mit den Bronchien beispielsweise bei Anstrengung oder Kontakt zu Allergieauslösern reagieren. Bei diesen kann man davon ausgehen, dass das ein chronisches Problem bleiben wird und deswegen die Diagnose Asthma gerechtfertigt ist. Wir halten es daher für sachgerecht, dass bei einer gesicherten Diagnose Asthma bronchiale die Aufnahme in das DMP auch bei</p>	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Kleinkindern erfolgen kann. Eine regelmäßige Überprüfung des Krankheitsverlaufs sollte Fehldiagnosen aufdecken und eine möglichen Überversorgung vermeiden.	
8.3	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) 02.06.2017	<p>Zu 1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung</p> <p>1. Beabsichtigte Regelung</p> <p>„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.</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen ist eine Rehabilitationsmaßnahme außerdem zu erwägen bei krankheitsbedingt drohender Leistungs- und Entwicklungsstörung.“</p> <p>2. Vorschlag</p> <p>Wir schlagen folgende Ergänzung vor:</p> <p>„Bei der Prüfung einer Rehabilitationsmaßnahme ist darüber hinaus einzu- beziehen, ob die Teilhabe des Patienten nach § 1 SGB IX bedroht oder gefährdet ist.</p> <p>Die Antragssteller sind im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms bei der Antragsstellung zur medizinischen Rehabilitation zu unterstützen. Bei der Antragsstellung sind die Leistungen von Leistungsträgern</p>	Die vorgeschlagenen Ergänzungen decken Teilaspekte der Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ab. Die Formulierung im aktualisierten DMP geht nicht auf spezielle Konstellationen ein, um keine Bevorzugung oder Nachrangigkeit einzelner Aspekte zu suggerieren, die Einfluss auf die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung haben können. Letztere ist individuell zu prüfen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>außerhalb des SGB V zu berücksichtigen.“</p> <p>3. Begründung</p> <p>Bei der Prüfung der Zugangsvoraussetzungen zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation kommt es maßgeblich darauf an, ob Behinderungen im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX drohen oder bereits bestehen. Dies gilt für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist daher die Fokussierung allein auf krankheitsbedingte Leistungs- und Entwicklungsstörungen nicht ausreichend.</p> <p>Aufgrund der unterschiedlichen und komplizierten Antragsverfahren und eines möglichen Leistungsträgerwechsels von der GKV hin zu einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV), sollten die Patienten zusätzlich bei der Klärung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers und bei der Antragsstellung unterstützt werden. So kann sichergestellt werden, dass sie die benötigte Leistung auch schnell erhalten und die medizinische Rehabilitation sinnvoll den strukturierten Behandlungsprozess ergänzt.</p>	
9	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 07.06.2017		
9.1	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 07.06.2017	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	Kenntnisnahme (Die hier formulierten Hinweise werden im Folgendem detaillierter dargestellt und daher auch an den entsprechenden Stellen

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>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.</p> <p>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.</p>	ausgewertet.)
9.2	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 07.06.2017	<p>Vorschläge zu 1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen</p> <p>Die BPtK schlägt zum ersten Spiegelstrich zum Thema „Rauchen“ folgende Ergänzung vor:</p>	Der Hinweis wird nicht übernommen. Es wird davon ausgegangen, dass jeder rauchende Patient – unabhängig von Grad seiner Abhängigkeit – zum Rauchverzicht motiviert werden soll.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>- <u>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 Fagerströmtest eingesetzt werden.</u></p> <p>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</p>	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ sollte auch in den inhaltlichen Vorgaben zum DMP Asthma angemessen abgebildet werden.	
9.3	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 07.06.2017	<p>Die BPtK schlägt in Spiegelstich 2 folgende Änderung und Ergänzung vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Raucherinnen und Raucher sollen in einer klaren und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören. <u>Hierfür sollten Methoden des motivierenden Interviews eingesetzt werden.</u></i> <p>Begründung:</p> <p>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,</p>	<p>Die Streichung wird nicht übernommen, da die Dringlichkeit des Rauchverzichtes für Arzt und Patienten deutlich herausgestellt werden soll.</p> <p>Hinweise zum motivierenden Interview finden sich bereits in den Tragenden Gründen zu Nummer 1.5.1. Dort wird auf die 5-A-Strategie zur Kurzberatung und die 5-R-Strategie zur Motivation nicht entwöhnungswilliger Raucher verwiesen.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>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.</p> <p>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.</p>	
9.4	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 07.06.2017	<p>Die BPtK schlägt bei Spiegelstrich 4 folgende Änderungen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Raucher sollen wirksame <u>Behandlungen</u> 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. <p>Die BPtK schlägt bei Spiegelstrich 5 folgende Änderungen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit Asthma bron- 	<p>Zu Spiegelstrich 4:</p> <p>Raucher sollen immer motiviert werden mit dem Rauchen aufzuhören. In Nummer 1.5.1 sind die Ausführungen zur nicht-medikamentösen Raucherentwöhnung umfangreicher und aufeinander aufbauend beschrieben. Insgesamt beschreibt das Kapitel das Vorgehen im Rahmen von motivierenden Interviews und entspricht den Empfehlungen aktueller Leitlinien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p><i>chiale soll Zugang zu einer Behandlung mit einem <u>wirksamen</u>, <u>strukturierten</u>, <u>evaluierten</u> und <u>publizierten</u> <u>verhaltenstherapeutischen</u> <u>Tabakentwöhnungsprogramm</u> erhalten.</i></p> <p>Begründung:</p> <p>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, sodass 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 zu-</p>	<p>Update.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. • Leitlinien der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) 2004. Tabakbedingte Störungen. „Leitlinie Tabakentwöhnung“ <p>„Hilfe“ steht im Kontext zur Kapitelüberschrift „Therapeutische Maßnahmen“ und ist weitgreifender als der verwendete Begriff „Behandlung“.</p> <p>„verhaltensmodifizierende Maßnahmen“:</p> <p>Dem Vorschlag zur Änderung der Formulierung („verhaltenstherapeutische Interventionen“ statt „verhaltensmodifizierende Maßnahmen“) wird nicht gefolgt. Die Tragenden Gründe des Klarstellungsbeschlusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie vom 15. Oktober 2015 weisen u.a. darauf hin, dass „...von der</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>dem auf einen positiven Zusammenhang zwischen Finanzierung der Intervention zur Raucherentwöhnung und den erzielbaren Abstinenzraten hin.²</p> <p>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.</p> <p>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).</p>	<p>S3-Leitlinie verhaltensbezogene Maßnahmen bzw. einzelne verhaltenstherapeutische Interventionen zur Raucherentwöhnung empfohlen werden, jedoch keine Verhaltenstherapie im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie.“ Die allgemeine Formulierung „verhaltensmodifizierende Maßnahmen“ ist insbesondere im Hinblick auf diese Tragenden Gründe zur Beschreibung des Sachverhalts geeigneter.</p> <p>Die Einteilung in nicht-medikamentöse Maßnahmen und medikamentöse Maßnahmen folgt der im DMP etablierten Struktur.</p> <p>Zu Spiegelstrich 5:</p> <p>Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da die Evaluation Voraussetzung für den Wirksamkeitsnachweis ist. Zum Begriff „verhaltenstherapeutische Maßnahmen“ siehe oben.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
9.5	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 07.06.2017	<p>Die BPtK schlägt zudem folgenden ergänzenden Spiegelstrich vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>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.</i> <p>Begründung:</p> <p>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.</p>	Der Hinweis wurde in modifizierter Form übernommen.
9.6	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 07.06.2017	<p>Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)</p> <p>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</p>	Die Notwendigkeit zum Rauchverzicht bzw. die Möglichkeiten zu deren Überprüfung sind durch die vorliegenden Qualitätsziele, Dokumentationsparameter und Evaluationsparameter abgebildet.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>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.</p>	
10	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 07.06.2017		
10.1	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 07.06.2017	<p>Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) begrüßt prinzipiell eine Verbesserung einer strukturierten und niedrigschwelligen Primärversorgung.</p> <p>Allerdings sollten im Hinblick auf den sich in den nächsten Jahren verschär-</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Es findet eine regelmäßige Evaluation der jeweiligen DMP statt. Hierzu wurden Evaluationsparameter festgelegt. Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 der DMP-</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>fenden Mangel an hausärztlicher Arbeitskraft alle bürokratischen Maßnahmen überdacht und so weit wie möglich reduziert werden, um die Basisversorgung nicht zu gefährden.</p> <p>Die DMP-Programme sind kontinuierlich auszuwerten und zu überprüfen.</p> <p>Diese Auswertungen sollten auch den Aufwand für Patienten und Praxen sowie die Patientenzufriedenheit, die Lebensqualität und den Funktionszustand sowie Todesursachen erfassen.</p> <p>Zu fordern ist über die üblichen Leitlinieninhalte hinaus eine Belegung (oder zumindest Abschätzung) von Interventionseffekten und eine Aufwand- bzw. Kosten-Nutzen Analyse.</p>	<p>Anforderungen-Richtlinie ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich.</p>
10.2	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 07.06.2017	<p><u>Im Einzelnen:</u></p> <p>Zeilen 23 + 92 + 145 + 326 + 365 + 373:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Einbeziehung der Kleinkinder soll engmaschig evaluiert werden. 	<p>Vgl. lfd. Nr. 3.13</p> <p>PatV zusätzlich: Eine entsprechende Ergänzung der Evaluationsparameter wurde in Nummer 5 vorgenommen</p>
10.3	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM),	<p>Zeile 228:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wir stimmen dem Vorschlag des Patienten-Verbandes zu, dass bei 	<p>PatV: Zustimmung</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Die allgemeinere Formulierung wurde gewählt, um allen erforderlichen Inhalten von Schulungen gerecht zu werden</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	07.06.2017	Schulungen auch Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapie adressiert werden sollten.	und keine Priorisierung einzelner Inhalte vorzunehmen.
10.4	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 07.06.2017	Zeile 331: - Wir schlagen als Kompromiss vor, die „sollte“ Formulierung zu verwenden, weil hier individuell zu entscheiden ist.	Eine individuelle Vorgehensweise ist auch mit den im Beschlusssentwurf vorliegenden Formulierungen möglich.
10.5	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 07.06.2017	Zeile 431: - Streichen des Einschubes: durch Kinder- und Jugendmedizin: bei den klaren Vorgaben kann dies ebenso gut auch der Facharzt/die Fachärztin für Allgemeinmedizin leisten, insbesondere im Rahmen der Versorgung der gesamten Familie. Tatsächlich werden viele Kinder und die Mehrzahl der Jugendlichen durch Hausärzte/Hausärztinnen bzw. Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin versorgt. Dieser Einschub und Eingrenzung auf Kinder- und Jugendärzte beinhaltet eine unzutreffende und unnötige Wertung und Verschlechterung von Wahlfreiheit und Zugangsmöglichkeiten. Somit sollen für den Bereich der Kinder und Jugendlichen sowohl	GKV-SV, KBV, DKG: Gemäß § 73 SGB V nehmen an der hausärztlichen Versorgung u.a. teil: Allgemeinmediziner, Kinder- und Jugendärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung. Somit ist die gewählte Formulierung im Beschlusssentwurf hinreichend offen und nicht beschränkend. Eine ausdrückliche Benennung der Kinder und Jugendärzte ist nicht erforderlich, da sie in der Formulierung (Hausarzt im Rahmen der in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben) ausdrücklich inbegriffen ist. PatV: Eine Koordination durch die genannte

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		die Kinder- und Jugendärzte als auch die Fachärzte für Allgemeinmedizin das DMP durchführen können.	Arztgruppe ist durch die Formulierung der Patientenvertretung nicht ausgeschlossen.
10.6	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 07.06.2017	Zeile 456: - Wir schließen uns der allgemeinen Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin“ an. Spezialisten für pädiatrische Pneumologie stehen nicht überall zur Verfügung. Auch dieser Einschub beinhaltet eine unzutreffende und unnötige Wertung.	GKV-SV, KBV, DKG: Kenntnisnahme PatV: Die Notwendigkeit einer gesonderten Nennung der Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung ist in den Tragenden Gründen dargestellt.
11	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM), 07.06.2017		
11.1	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM), 07.06.2017	Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM) bedankt sich für die Möglichkeit zum oben genannten Beschlussentwurf des G-BA Stellung nehmen zu dürfen. Unsere Stellungnahme bezieht sich auf zwei Aspekte: 1. den Einschluss von Kindern unter 5 Jahren in ein DMP Asthma, 2. die Notwendigkeit von Schulungen für DMP-Teilnehmer. ad 1.) Die Entscheidung, auch Kinder im Alter von 5 Jahren oder darunter in das	Die vorgeschlagene Vorgehensweise (RCT) ist im Rahmen von DMP nicht möglich. Siehe auch die Tragenden Gründe zu Nummer 5. PatV, KBV zusätzlich: Um eine altersspezifische Evaluation zu ermöglichen, wurden die Evaluationsparameter entsprechend ergänzt, vgl. lfd. Nr. 3.13 und 10.2.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>DMP Asthma einzuschließen wird, wie im Entwurf und in den tragenden Gründen dargelegt, kontrovers diskutiert. Eine Entscheidungsgrundlage in Form einer randomisierten kontrollierten Studie, die belegt, dass Kleinkinder vom Einschluss in ein DMP Asthma profitieren, ist nicht verfügbar. Die Evidenz, dass eine eindeutige Diagnose „Asthma bronchiale“ in dieser Altersgruppe möglich ist, ist nicht gegeben. Dagegen gibt es Belege über die Wirksamkeit der Basistherapie, über die Verwendung spezifischer Inhalertypen und die Effektivität von multidisziplinären Schulungsprogrammen bei jungen Kindern mit asthmatischer Symptomatik (1 – 3).</p> <p>Angesichts dieser Unsicherheit in Bezug auf Nutzen und Schaden für die spezifische Altersgruppe fordern wir als Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin, dass die Ausweitung des DMP Asthma bronchiale auf die Altersgruppe der 5-jährigen und jüngeren Kinder auf der Grundlage eines aussagekräftigen Evaluationsprotokolls (prospektive randomisierte kontrollierte Studie) erfolgen sollte.</p> <p>Referenzen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2017. Available from: www.ginasthma.org (accessed: 20170602) 2. Szczepanski R, Jaeschke R, Spindler T, Ihorst G, Forster J; ASEV Study Group. Preschoolers' and parents' asthma education trial (P2AET)--a randomized controlled study. Eur J Pediatr. 2010 Sep;169(9):1051-60 3. Forster J, Ihorst G, Spindler T, Jaeschke R, Szczepanski R. Criteria for the differential indication of asthma education versus asthma instruction for families of 	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		preschoolers: results from the randomized DIAT2 study (Differential Indication of Asthma Trainings in Toddlers). Klin Padiatr. 2011 Jul;223(4):227-30.	
11.2	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM), 07.06.2017	<p>ad 2.)</p> <p>Unter Punkt 1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme unterstützt das DNEbM explizit die von der Patientenvertretung vorgeschlagenen Formulierungen:</p> <p>„Jede Patientin und jeder Patient erhält Zugang“ – das DNEbM unterstützt die Formulierung um der Empfehlung die höchstmögliche Verbindlichkeit zuzuordnen.</p> <p>„...Selbstmanagements gemäß Nummer 1.4.3 ...“ hierdurch werden die Inhalte der Selbstmanagementschulung verbindlich festgelegt.</p> <p>„.... sowie die Vermittlung von Wissen um die Wirkungen und unerwünschten Effekte der Medikation.“</p> <p>Aus unserer Sicht ist das Wissen um Wirkungen und unerwünschte Effekte von Medikamenten unabdingbare Voraussetzung für ein effektives Medikamentenselbstmanagement, welches einen der Grundpfeiler der Asthmatherapie darstellt. Zur Ausgestaltung dieses Punktes verweisen wir auf das Positionspapier des DNEbM Gute Praxis Gesundheitsinformation, Version 2.0 vom 21.07.2016 (http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi2.pdf). Hier sind insbesondere Hinweise zur Auswahl geeigneter Endpunkte für die</p>	<p>PatV: Zustimmung</p> <p>GKV-SV, KBV, DKG: Eine abschließende Auflistung aller Schulungsinhalte ist nicht zielführend, da sich medizinisch begründete Änderungen im Zeitverlauf ergeben können.</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Informationen zu Wirkungen und unerwünschten Effekten von Behandlungsmethoden, die Wahl und Darstellung von Vergleichen und den Umgang mit Zahlen und Risikoangaben zu erhalten.	
12	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017		
12.1	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Die grundlegende Änderung in der vorgelegten Überarbeitung bezieht sich auf die Frage, ob auch Kinder unter 5 Jahre ins DMP-Asthma eingeschrieben werden sollten. Die Definition für Asthma bei Kindern im Alter von 1-5 Jahren wird in Zeile 92 dargestellt. Da die Diagnosestellung, auch unter Berücksichtigung der genannten Kriterien schwieriger ist, sollte die Einschreibung ins DMP-Asthma durch einen Pädiater/in oder eine Pneumologin/en erfolgen.	KBV, DKG, PatV: Das DMP Asthma bronchiale richtet sich primär an die hausärztliche Versorgungsebene, zu der neben den Allgemeinmedizinern die Kinder- und Jugendärzte gehören. In weiten Teilen der Republik werden die Kleinkinder überwiegend von Kinderärzten betreut. GKV-SV: Hinweis für GKV-SV-Position nicht relevant
12.2	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Wünschenswert wäre im Rahmen des DMP-Programms auch die Einrichtung bzw. Ausbau entsprechender Asthmaschulungsprogramme für Kleinkinder bzw. deren Eltern, welche zurzeit noch nicht ausreichend vorhanden sind.	Der Hinweis wird zur Kenntnis genommen. Entsprechende Schulungsprogramme existieren.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
12.3	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Darüber hinaus sollte gerade bei Kleinkindern im weiteren Verlauf die Diagnose Asthma immer wieder hinterfragt werden. Insgesamt ist jedoch durch die Aufnahme ins DMP-Asthma Programm eine intensivere Betreuung der Kleinkinder möglich und daher zu begrüßen	PatV, DKG, KBV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV: Hinweis für GKV-SV-Position nicht relevant
12.4	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Die zukünftige Einbindung der Gesellschaft für pädiatrische Pneumologie (GPP Sektion Asthma, Sprecher Prof. Eckard Hamelmann) zur Festlegung der DMP-Kriterien bei Kleinkinder sollte in Erwägung gezogen werden.	Eine fachliche Einbindung erfolgt im G-BA regelmäßig über die Möglichkeit, sich im Rahmen der Stellungnahmeverfahren – wie von der DGP in diesem Fall geschehen – einzubringen.
12.5	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zusätzlich sind einige redaktionelle Änderungen eingeführt worden, die nicht diskutiert werden müssen. Stellungnahme zu weiteren dissidenten Positionen oder Änderungen, die nicht ausschließlich redaktionell sind: Zeile 42: Übernahme von PatV, falls der Vorschlag übernommen wird, Kinder unter 5 Jahren ebenfalls ins DMP anzuschreiben. Die Einschreibung der Kinder unter 5 Jahren ins DMP Asthma sollte, auf Grund der schwierigeren Diagnosestellung durch einen Pädiater/in oder eine Pneumologin/en erfolgen Zeile 93-97 ist dringend zu befürworten.	Bzgl. dissenter Positionen in Zeile 42: PatV: Zustimmung KBV, DKG: Das Anliegen ist unter Nummer 1.4 verortet. GKV-SV: Hinweis für GKV-SV-Position nicht relevant Bzgl. Einschreibung durch Pädiater/Pneumologen: vgl. lfd. Nr. 12.1

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			Bzgl. Hinweis zu Zeile 93-97: Dank und Kenntnisnahme
12.6	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 145: Übernahme von PatV, DKG,KBV	KBV, DKG, PatV: Zustimmung GKV-SV: Zur Begründung der GKV-SV-Position wird auf die Tragenden Gründe zu Nummer 1.2 verwiesen.
12.7	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Abschnitt 1.4.1 Asthma-Kontrolle: Sinnvolle Ergänzung, die der aktuellen Einstufung eines Asthmas entspricht.	Dank und Kenntnisnahme
12.8	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 186: Übernahme von PatV, DKG,KBV.	KBV, DKG, PatV: Zustimmung GKV-SV: Zur Begründung der GKV-SV-Position wird auf die Tragenden Gründe zu Nummer 1.2 verwiesen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
12.9	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Abschnitt 1.4.3 Selbstmanagement: Sinnvolle Ergänzung	Dank und Kenntnisnahme
12.10	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 207-227: Die Raucherentwöhnung ist unbestritten notwendig und dringend anzustreben. Die angegebenen Maßnahmen entsprechen jedoch nicht der Praxis-Wirklichkeit und nehmen einen ungewöhnlich großen Raum ein.	Auf Grund der zentralen Bedeutung der Raucherentwöhnung erfolgte eine ausführliche Empfehlung zum Vorgehen.
12.11	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 228: Übernahme von DKV-SV, KBV, DKG: Nicht immer ist es möglich Patienten in Schulungsprogrammen einzubringen. Im dissenten Teil sollte jedoch die Formulierung der PatV übernommen werden.	PatV: Zustimmung GKV-SV, KBV, DKG: Gerade, weil es nicht immer möglich ist, Patienten in Schulungsprogramme einzuschreiben, wurde die vorliegende Formulierung gewählt.
12.12	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP),	Zeile 229-231: übernehmen	Die entsprechende Anpassung ist bereits konsentiert.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	07.06.2017		
12.13	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Abschnitt 1.5.6 Somatische Komorbiditäten: Sinnvolle Ergänzung	Dank und Kenntnisnahme
12.14	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Abschnitt 1.5.7 besondere Maßnahmen bei Multimedikation: Dieser Abschnitt sollte abgelehnt werden. Er betrifft die Betreuung jedes Patienten durch seinen Hausarzt/seine Hausärztin und überfrachtet das DMP	Multimorbidität und damit auch Multimedikation sind zunehmend relevante Probleme in der Patientenversorgung, gerade bei chronisch kranken DMP-Patienten. Die Aufnahme des Kapitels erscheint daher sinnvoll – unabhängig davon, ob eine Betreuung durch den Hausarzt, den Kinderarzt oder den Pneumologen erfolgt.
12.15	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 326: Falls auch Kinder unter 5 Jahren ins DMP eingeschrieben werden sollen, ist der Text zu übernehmen.	Kenntnisnahme

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
12.16	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 331: Übernahme von PatV	PatV: Zustimmung GKV-SV, KBV, DKG: Die gewählte Formulierung zur Aut-idem-Verordnung ist als „kann“-Regelung sachgerecht, weil so in den erforderlichen Fällen eine Aut-idem-Verordnung ermöglicht wird. Gleichzeitig wird der Eindruck vermieden es gälten im DMP andere Aut-Idem-Regelungen als in der Regelversorgung
12.17	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 332-338: übernehmen	Die entsprechende Anpassung ist bereits konsentiert.
12.18	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 351: Nicht alle langwirksamem Anticholinergika sind für die Behandlung des Asthma bronchiale zugelassen. Die Zulassung gilt aktuell nur für Tiotropium.	Wegen des sich häufig ändernden Zulassungsstatus einzelner Wirkstoffe (nicht nur in Bezug auf eine bestimmte Diagnose, sondern im Falle des Asthma bronchiale beispielsweise auch in Bezug auf bestimmte Altersgruppen) werden bewusst nur Wirkstoffgruppen aufgeführt. Der

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			Zulassungsstatus bzw. die Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie sind gleichwohl zu beachten.
12.19	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	<p>Zeile 349-361: folgende Reihenfolge der Medikamente entsprechend der DAL-Leitlinie sollte aufgegriffen werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - LAMA (Tiotropium) - Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (Hierzu ist anzumerken, dass es keinerlei Daten dazu gibt, dass LTRA als Add-one zu ICS/LABA zu einer besseren Asthmakontrolle führen) - Biological-Antikörper-Therapie: - Alternative bei Versagen der Antikörper-Therapie: systemische Glukokortikosteroide 	Die Aufzählung als Spiegelstrichliste gibt keine Hierarchie in dem Sinne vor, dass die zuerst genannte Wirkstoffgruppe den folgenden generell zu bevorzugen wäre. Die Entscheidung hängt vom jeweiligen Einzelfall ab.
12.20	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 354: Theophyllin ist an dieser Stelle abzulehnen, da es nicht gleichwertig mit den anderen genannten Medikamenten ist. In Deutschland sollte es nicht mehr zur Therapie des Asthma bronchiale empfohlen werden.	Die Anwendung von Theophyllin ist auf die Fälle beschränkt, bei denen trotz Ausschöpfung der Möglichkeiten einer erweiterten Basistherapie weiterhin ein unkontrolliertes Asthma bronchiale besteht. Ist anderweitig keine Linderung der Symptomatik möglich, kann ein Einsatz von Theophyllin gerechtfertigt sein.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			Weiterhin ist auch eine Anwendung in Einzelfällen durch Leitlinien gestützt.
12.21	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 365-371: Übernehmen je nachdem, ab welchem Alter das DMP gilt.	Kenntnisnahme
12.22	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	<p>Zeile 371-379: Theophyllin ist auch an dieser Stelle abzulehnen. Medikamente sollten in folgend Reihenfolge entsprechend der DAL-Leitlinie genannt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kombination mit von ICS mit LABA - In Begründeten Ausnahmefälle: Kombination von ICS und LTRA - Antikörper-Therapie (Anti-IgE oder Anti-IL-5) - Bei Versagen der Antikörper-Therapie: systemische Glukokortikosteroide 	Vgl. lfd. Nr. 12.19 und 12.20
12.23	Deutsche Gesellschaft für Pneumolo-	Zeile 387-388: Sinnvolle Ergänzung	Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	gie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017		
12.24	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 398-400: Übernehmen	Die entsprechende Anpassung ist bereits konsentiert.
12.25	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 402: Theophyllin ist auch in dieser Stelle abzulehnen (erhöhte Mortalität!).	Vgl. lfd. Nr. 12.20
12.26	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 411-414: Übernehmen	Die entsprechende Anpassung ist bereits konsentiert.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
12.27	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 431: Insbesondere Jugendliche können sicherlich auch von versierten Pneumologen betreut werden: GKV-SV, KBV, DKG übernehmen	Kenntnisnahme
12.28	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 456: GKV-SV, KBV, DKG übernehmen	GKV-SV, KBV, DKG: Zustimmung PatV: Zur Begründung der PatV-Position wird auf die Tragenden Gründe zu Nummer 1.6.2 verwiesen.
12.29	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 457-481: Übernehmen aber Antikörper-Therapie wieder zuerst erwähnen: - Überprüfung der Indikation einer Antikörper Therapie (z.B. Anti-IgE-Antikörper, Anti- IL-5-Antikörper) - Überprüfung der Indikation einer Langzeittherapie (Definition: länger als 14 Tage ?) mit systemischen Glukokortikoiden (bei Versagen der Antikörper-Therapie).	Bzgl. des Hinweises zur Reihenfolge der Spiegelstriche: vgl. lfd. Nr. 12.19 Bzgl. der Hinweise zur Langzeittherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden: Eine Langzeittherapie kann in diesem Falle nicht anhand eines konkreten Zeitraumes festgelegt werden, weil eine allgemeingültige Definition der Langzeittherapie nicht existiert.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
12.30	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 482-485: Aus pneumologischer Sicht sollte dieser Abschnitt gestrichen werden. Eine qualifizierte Betreuung des Patienten ist durchaus anzustreben.	Eine qualifizierte Betreuung von Asthmapatienten ist – gerade bei kontrolliertem Asthma bronchiale – auch durch den Hausarzt möglich.
12.31	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Abschnitt 1.6.3: Änderungen übernehmen	Die entsprechende Anpassung ist bereits konsentiert.
12.32	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Zeile 518-520: übernehmen	Die entsprechende Anpassung ist bereits konsentiert.
12.33	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP),	Abschnitt 2: Es handelt sich hier um die richtigen Qualitätskriterien. Anfänglich sind die Änderungen vor allem redaktionelle Natur. Die neuen Abschnitte entsprechen den Vorgaben im Abschnitt 1. Es stellt sich jedoch die Frage, was passiert, falls die Qualitätskriterien nicht erfüllt werden? Prinzipiell kann	Dank und Kenntnisnahme, § 2 DMP-A-RL enthält Regelungen zu Qualitätssicherungsmaßnahmen in den DMP.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	07.06.2017	man aus pneumologischer Sicht jedoch zustimmen.	
12.34	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Abschnitt 4: Übernehmen	Die entsprechende Anpassung ist bereits konsentiert.
12.35	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Abschnitt 5: Eine Evaluation ist wünschenswert. Bei den gegebenen Parametern handelt es sich um den kleinsten gemeinsamen Nenner! Eine weitergehende Evaluation ist jedoch vermutlich nicht durchführbar.	Kenntnisnahme
12.36	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP), 07.06.2017	Anlage 10: Übernehmen (ergibt sich aus Abschnitt 1)	Die entsprechende Anpassung ist bereits konsentiert.
13	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP), 07.06.2017		

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
13.1	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP), 07.06.2017	<p>mit Datum vom 10.05.2017 wurden wir aufgefordert, Stellungnahme zu dem Beschlussentwurf zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie für das DMP Asthma bronchiale zu nehmen. Die wesentliche Änderung betrifft die Aufnahme von Kindern im Alter zwischen 1 und 5 Jahren.</p> <p>Die epidemiologische Situation in Deutschland zeigt, daß rezidivierende obstruktive Atemwegserkrankungen im Sinne eines Asthma auch bei Klein- und Vorschulkindern eine den häufigsten chronischen Erkrankungen gehören. Stationäre Behandlungen wegen Exazerbation des Asthma sind in dieser Altersgruppe am häufigsten.</p> <p>Die wesentlichen Kriterien für die Diagnose eines Asthma sind in diesem jungen Alter die typischen klinischen Symptome der Atemwegsobstruktion, deren Häufigkeit und Ausprägung, sowie das Vorliegen von Risikofaktoren (insbesondere atopische Erkrankungen). Dabei ist die Diagnosestellung dadurch erschwert, dass eine Vielzahl von Kindern in den ersten Lebensjahren zum Teil mehrfach akute Virusinfekt-assoziierte obstruktive Bronchitiden durchmachen. Der Verlauf der Erkrankung ist bei dem einzelnen Kind über die Zeit variabel, die klinische Bewertung muss im Verlauf regelmäßig revidiert und die Therapie angepasst werden. Asthma ist eine klinische ärztliche Diagnose, die auf einer Kombination von anamnestischen, klinischen Lungenfunktions- und Laborbefunden beruht. Schließlich ist der Verlauf eines Asthma in allen Lebensphasen variabel und der Therapiebedarf sowie der</p>	<p>KBV, DKG, PatV: Zustimmung</p> <p>GKV-SV: Vgl. lfd. Nr. 5.1</p>

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Grad der Asthmakontrolle müssen auch jenseits des Vorschulalters regelmäßig überprüft werden.</p> <p>Die Basis der Therapie ist wie bei Schulkindern, Jugendlichen und Erwachsenen eine antiinflammatorische Therapie. Es gibt eine Vielzahl von Studien, dass eine regelmäßige antiinflammatorische Therapie die Symptome verringern und akute Exazerbationen verhindern kann (Kaiser et al. Preventing Exacerbations in Preschoolers with Recurrent Wheeze: A Meta-analysis. Pediatrics 2016; 137 (6): e20154496.)</p> <p>Eine strukturierter Behandlungsplan könnte in der Gruppe der Klein- und Vorschulkinder wie bei älteren Kindern und Jugendlichen die Versorgung verbessern und sowohl eine Unter- als auch eine Übertherapie verhindern.</p> <p>Dem wird in aktuellen internationalen Empfehlungen bereits Rechnung getragen (1. Ducharme et al. Diagnosis and management of asthma in preschoolers: A Canadian Thoracic Society and Canadian Paediatric Society Position Statement. Can Respir J 2015; 22(3): 135-143. 2. BTS/SIGN British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline. Update 2016. 3. GINA Update 2017. http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/). Es ist zu erwarten, dass die derzeit in Überarbeitung befindliche NVL Asthma zu vergleichbaren Empfehlungen kommt.</p> <p>Insofern schließt sich die GPP der Empfehlung der KBV, der DKG und der Patientenvertreter an, dass eine Erweiterung des DMP Asthma auf</p>	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		die Gruppe der Klein- und Vorschulkinder sinnvoll und notwendig ist.	
13.2	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP), 07.06.2017	Kontroverse Einzelpunkte: 1.2 Diagnose: Um dem variablen Verlauf im Kleinkind- und Vorschulalter Rechnung zu tragen, ist eine regelmäßige Überprüfung der Teilnahmeindikation sinnvoll (wie von der PatV formuliert).	PatV: Zustimmung KBV, DKG: Das Anliegen ist unter Nummer 1.4 verortet. GKV-SV: Hinweis für GKV-SV-Position nicht relevant
13.3	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP), 07.06.2017	1.2.2 Die Lungenfunktion ist bei Klein- und Vorschulkindern nicht immer zuverlässig messbar. Insofern ist der Nachweis einer Obstruktion und einer entsprechenden Reversibilität ein zusätzliches optionales, aber kein obligates Kriterium für die Diagnosefindung (Pijnenburg MW et al. Monitoring asthma in children. Eur Respir J. 2015 Apr;45(4):906-25.) Für alle anderen Altersgruppen sollten nicht fixe Grenzwerte gelten, sondern a) Einschränkung im Vergleich zur Altersnorm und/oder b) Variabilität nach Provokation oder Bronchospasmodolysetest. Ein Verweis auf die gültigen Leitlinien wäre sinnvoll. Die vorgeschlagenen Diagnosekriterien entsprechen denen in internationalen Leitlinien (s.o.)	Kenntnisnahme

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
13.4	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP), 07.06.2017	1.4.1 Asthmakontrolle für Kinder und Jugendliche: Keine Symptome	Der Hinweis wurde berücksichtigt, indem das Kapitel zur Asthmakontrolle modifiziert wurde.
13.5	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP), 07.06.2017	1.5.8. Bezüglich der Therapie soll auf die gültigen Leitlinien (einschließlich der derzeit überarbeiteten NVL Asthma) verwiesen werden.	Das DMP beruht auf den aktuellen Leitlinien. Die Literaturangaben finden sich in den Tragenden Gründen. Die sich in Bearbeitung befindende NVL Asthma bronchiale ist zum Zeitpunkt der Beschlussfassung noch nicht zitierfähig.
13.6	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP), 07.06.2017	1.5.8.3 Therapie der Exazerbation: Es soll auf die gültigen Leitlinien verwiesen werden. Bitte ändern: Bei Klein- und Vorschulkindern ist eine außerklinische Gabe systemischer Corticosteroide in der Regel nicht zu empfehlen	Aus der aktuellen Leitlinie GINA 2017 ist keine Empfehlung zu entnehmen, dass bei Klein- und Vorschulkindern die systemische Steroidtherapie ausschließlich im stationären Sektor erfolgen soll. Die Leitlinie enthält jedoch explizite Empfehlungen, dass die Initiierung einer systemischen Steroidtherapie durch Betreuungspersonen nur unter strengen Bedingungen erfolgen soll (enge ärztliche Überwachung). Auf letztgenannten Punkt wurde in der Anhörung hinge-

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 18. Oktober 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			wiesen. Zu diesem Punkt wurde eine Erläuterung in den Tragenden Gründen aufgenommen.
13.7	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP), 07.06.2017	1.6.2 Überweisung zum jeweils qualifizierten Facharzt: bei Klein- und Vorschulkindern soll analog zu den internationalen Leitlinien eine Re-Evaluation durch einen Spezialisten (in der Regel: Kinderpneumologe) bereits erfolgen, wenn ein Therapieversuch mit einem niedrigdosierten inhalativen Corticosteroid nicht zu einer Symptomkontrolle führt.	GKV-SV, KBV, DKG: Der Hinweis wird nicht übernommen, da er keine zitierfähige Literatur zugrunde legt und daher keine inhaltliche Auseinandersetzung folgen konnte. Auch auf Nachfrage im Rahmen der Anhörung wurde keine zitierfähige Literaturangabe genannt. PatV: Eine entsprechende Differenzierung wurde vorgenommen.
13.8	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP), 07.06.2017	2 Qualitätssichernde Maßnahmen: Anteil der Patienten mit Dauertherapie mit inhalativen Corticosteroiden ist für Klein- und Vorschulkindern kein relevantes Qualitätskriterium. Dies birgt die Gefahr der Übertherapie. Relevant und messbar sind die Anzahl ungeplanter Notfallvorstellungen.	Es geht hier nicht um eine möglichst hohe Anzahl von Patienten, die absolut mit inhalativen Glukokortikosteroiden behandelt werden, sondern darum, dass von den Patienten mit Dauertherapie ein möglichst hoher Prozentsatz inhalative Glukokortikosteroide einsetzt. Der Hinweis wurde zum Anlass genommen eine redaktionelle Klarstellung vorzunehmen.

I. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden nicht fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	4. Juli 2017	Rückmeldung besagt das keine Stellungnahme abgegeben wird

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 10. Mai 2017 eingeladen bzw. im Unterausschuss DMP angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM)	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.	19. Mai 2017	ja
Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW)	29. Mai 2017	ja

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundesärztekammer	nein	nein
Deutscher Heilbäderverband e.V.	nein	nein
Bundesversicherungsamt (BVA)	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)	nein	nein
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	7. Juni 2017	ja
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM)	nein	nein
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM)	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V (DGP)	nein	nein
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP)	7. Juni 2017	ja

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 12. Juli 2017 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 12. Juli 2017) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
3.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



Mündliche Anhörung

gemäß 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**hier: Ergänzung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale)
und der Anlage 10 (Asthma bronchiale Dokumentation)
der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) (X. Ände-
rung)**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 12. Juli 2017
von 10.45 Uhr bis 11.08 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC):**

Herr Prof. Dr. med. ...

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW):**

Herr Dr. med. ...

Angemeldete Teilnehmerin für die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK):**

Frau Dr. ...

Angemeldete Teilnehmerinnen für die **Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. (GPP):**

Frau Prof. Dr. med. ...

Frau Prof. Dr. med. ...

Beginn der Anhörung: 10.45 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich begrüße ganz herzlich die Vertreter der Organisationen, die sich heute zur Anhörung zum DMP Asthma bronchiale angemeldet haben, und zwar die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie. Gemäß der Systematik, wie die Organisationen aufgelistet wurden, werde ich gleich als erste Gesellschaft die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie aufrufen.

Zuvor noch ein allgemeiner Hinweis an alle zur Anhörung erschienenen Sachverständigen: Die mündliche Anhörung dient nicht der Wiederholung dessen, was Sie uns schriftlich vorgetragen haben – das haben wir schon ausführlich gewürdigt –, sondern insbesondere der Ergänzung von Gesichtspunkten, von denen Sie meinen, sie in Ihrer schriftlichen Stellungnahme noch nicht bzw. nicht ausreichend dargestellt zu haben, oder wo wir meinen, dass wir nachfragen müssen. Die Anhörung dient also dazu, Lücken zu schließen, zu ergänzen, aber nicht dazu, zu wiederholen.

Als erste Organisation rufe ich jetzt die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie auf, vertreten durch Herrn Professor ... (DGHNO-KHC). – Herr Professor ... (DGHNO-KHC), Sie haben das Wort.

Herr Prof. Dr. ... (DGHNO-KHC): Mir ist nicht ganz klar, wie viel Zeit ich habe. Ein entsprechendes Programm zu dem, was Sie gerade gesagt haben, also dass ich quasi nicht wiederholen soll, sondern nur zu Dingen berichten soll, die sich in der Zwischenzeit neu ergeben haben, ist mir nicht zugegangen. Zu diesem Thema hat sich nicht viel ergeben, aber es gibt natürlich viele Dinge, die man eventuell noch erwähnen muss, weil sie zu erwähnen die Knappheit einer Stellungnahme sozusagen nicht zuließ. Meine Frage lautet also – nur damit ich mich richtig verhalte –: Wie viele Minuten Zeit habe ich?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Da gibt es keine fixierte maximale Begrenzung. Fangen Sie mit dem an, was aus Ihrer Sicht wichtig ist und hier zusätzlich zur schriftlichen Stellungnahme noch einmal besonders betont werden sollte.

Herr Prof. Dr. ... (DGHNO-KHC): Gut. – Ich vertrete in diesem Kontext den Bereich der oberen Luftwege. Aus unserer Sicht verhält es sich grob gesagt so, dass etwa 5 Prozent der Bevölkerung an einer chronischen Rhinosinusitis leiden. Ich rede nicht von dem zusätzlichen Prozentsatz – auch der ist bei Asthmatikern von Bedeutung –, der eine behinderte Nasenatmung hat, also bei dem die Klimatisierung der oberen Atemwege nicht funktioniert. Das gilt es im vorliegenden Sachzusammenhang etwas besser zu unterstreichen, als es bisher getan wurde.

Ich habe in meinen Anmerkungen auch ein bisschen auf die Semantik geachtet: Wir reden nicht mehr von der Sinusitis, sondern von der Rhinosinusitis, weil es sich immer um das eine und um das andere handelt. Das ist auch ein begrifflicher Sachverhalt.

1 Prozent der Bevölkerung leidet unter chronischer Rhinosinusitis und Asthma und Analgetikaintoleranz, ist also richtig krank. Das heißt, die Betroffenen – da gibt es Lebensqualitätsstudien – sind geschwächer als diverse andere, sie sind richtig platt. 16 Prozent unserer diesbezüglichen Kundschaft leidet unter Asthma. Wenn ich das jetzt umdrehe und frage, was mit den Asthmatikern ist, dann verhält es sich so: Ungefähr 10 bis 15 Prozent der Asthmatiker leiden unter einer relevanten chronischen Rhinosinusitis. Da hat sich in der letzten Zeit – Stichwort: united airways – die Korrespondenz zwischen

oberen und unteren Luftwegen in der Literatur etwas besser manifestiert. Ein Gesichtspunkt ist zum Beispiel auch, dass man, wenn man die chronische Rhinosinusitis der oberen Luftwege früher medikamentös oder operativ angeht, einen Vorteil für den Patienten gewinnt. Das hat sich im englischen Schrifttum unter den Schlagwörtern „resetting the clock“ oder „Reduktion des Inflammatory Load“ eingebürgert.

Also möchte ich dazu aufrufen, dass man bei denjenigen, die unter Asthma leiden, relativ frühzeitig schaut, was mit den oberen Luftwegen ist, und zwar nicht nur im Sinne der Entzündungslehre, sondern auch im Sinne der Klimatisierung. Mein Hauptanliegen ist, dass man diesen zwei Dingen Rechnung trägt. – Ich danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Fragen an Professor ... (DGHNO-KHC)? – Die Patientenvertretung.

PatV: Wie oft sehen Sie denn einen Abstieg von diesen Rhinosinusitiden zu einem Asthma bei Ihren kindlichen Patienten?

Herr Prof. Dr. ... (DGHNO-KHC): Wir müssen zwischen Kindern und Erwachsenen unterscheiden. Ich muss zugeben: Kinder sind ein Sonderfall; der ist etwas seltener. Da trifft das, was ich vorhin gesagt habe, nur mäßig gut zu; denn wir operieren Kinder nicht gerne an den Nasennebenhöhlen.

Ich rede im Wesentlichen von jenem Erwachsenenkollektiv, bei dem sich die Erkrankung in den oberen Luftwegen im dritten oder vierten Dezennium verwirklicht. Da gibt es – das ist interessant – einen natürlichen Verlauf. Bei der Mehrzahl beginnt es in der Nase, und dann kommt das Asthma. Das hat früher dazu geführt, dass dieser natürliche Verlauf der Erkrankung durch eine Operation unterbrochen wurde, und als dann hinterher das Asthma kam, hat man das der Operation zugeschoben. Das stimmt aber nicht, sondern das ist der natürliche Verlauf. Ich habe schon 1990 zusammen mit Pulmologen eine Publikation dazu gemacht, wo wir geschaut haben, ob die Lungenfunktion nach Operation der oberen Luftwege besser wird, und wir fanden das heraus. Darüber müsste man jetzt ziemlich detailliert reden; das mache ich aber nicht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Weitere Fragen an Professor ... (DGHNO-KHC)? – Dann habe ich eine Frage, die in Richtung der Begrifflichkeit bzw. der Semantik, wie Sie gesagt haben, geht: Empfehlen Sie, grundsätzlich immer chronische Rhinosinusitis zu sagen? Gibt es keine isolierte Sinusitis oder Rhinitis?

Herr Prof. Dr. ... (DGHNO-KHC): Doch, aber nicht in dem vorliegenden Kontext. Sie können zum Beispiel eine Pilz-Sinusitis der isolierten betroffenen Kieferhöhle haben; dann ist das auch eine Sinusitis. Ich rede aber jetzt von dem hier zur Diskussion stehenden, eher diffusen Betroffensein der oberen Luftwege; und da ist es eine Rhinosinusitis.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Weitere Fragen an Professor ... (DGHNO-KHC)? – Das ist nicht der Fall. Dann bedanke ich mich sehr.

Ich rufe die nächste Organisation auf; das ist die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, hier vertreten durch Herrn Dr. ... (DGRW). – Herr Dr. ... (DGRW), Sie haben das Wort.

Herr Dr. ... (DGRW): Guten Morgen allerseits! Die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften möchte einen Satz etwas präzisieren. Wo sich dieser Satz findet, ist in unserer schriftlichen Stellungnahme nachzulesen. Da steht, dass die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung individuell

zu prüfen ist – das sehen wir natürlich genauso – und dabei die Schwere des Asthmas und bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie psychosoziale Belastungen zu beachten sind. Das mit den psychosozialen Belastungen sehen wir genauso, möchten aber den Begriff der Schwere des Asthmas ein bisschen präzisieren. Für einen Nichtfachmann ist das vielleicht schwierig zu verstehen.

In den Asthma-Leitlinien wurde vor vielen Jahren der Begriff der Asthma-Schweregrade aufgegeben, und zwar deswegen, weil man nicht genau wusste, wie man diese definieren sollte. Dieser Begriff wurde durch den Begriff der Asthmakontrolle ersetzt. Wenn ein Patient ein schweres Asthma hat, das medikamentös aber sehr gut behandelt wird, dann kann es sogar sein, dass er weitestgehend beschwerdefrei ist; er hat dann Asthmakontrolle. Nicht der Schweregrad ist entscheidend, sondern das, was man durch eine kurative Therapie erreicht. Wenn man durch eine adäquate ambulante kurative Therapie nicht erreicht, dass der Patient Asthmakontrolle hat, dann ist – so steht es in allen internationalen Leitlinien – das Therapieziel nicht erreicht. Deswegen würden wir es gerne sehen, dass dieser Begriff eingefügt wird: a), weil er sehr gut definiert ist, b), weil er international eigentlich der gängige Begriff ist, und c), weil der Begriff des Schweregrades bzw. der Schwere zwar verständlich ist, aber nicht so genau definiert ist. Das ist der eine Punkt.

Der andere Punkt betrifft die Begleiterkrankungen. Es gibt bei Asthma natürlich viele andere Begleiterkrankungen. Asthma ist häufig; es gibt andere Krankheiten, die auch häufig sind. Es gibt aber eine Kombination außer mit Psychosozialem, die vielleicht hervorgehoben werden sollte, nämlich die sogenannte Überlappung von Asthma und COPD. Früher gab es den Begriff ACOS, Asthma-COPD-Overlap-Syndrom; der ist aufgegeben worden. Diese Kombination besteht aber nach wie vor; sie definiert eine Gruppe von Asthmatikern, die eine besonders schlechte Prognose haben. Sie haben besonders häufig Exazerbationen und bedürfen einer besonders intensiven Therapie. In den internationalen GOLD- bzw. GINA-Leitlinien – das sind die globalen Leitlinien für Asthma und COPD – gibt es ein eigenes Paper, das diese Gruppe definiert und beschreibt. Dort wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass solche Patienten bezüglich Rehabilitation beraten werden sollten. Genau das fordern wir, nämlich dass man im Einzelfall prüft: Ist hier eine Rehabilitation aufgrund der schlechten Prognose und des vermehrten Behandlungsbedarfes sinnvoll?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Dr. ... (DGRW). – Fragen an Herrn Dr. ... (DGRW)? – Das ist nicht der Fall. Dann noch einmal vielen Dank an die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften.

Ich rufe als nächstes die Bundespsychotherapeutenkammer, vertreten durch Frau Dr. ... (BPtK), auf. – Frau Dr. ... (BPtK), Sie haben das Wort.

Frau Dr. ... (BPtK): Wir haben keine Ergänzungen über das hinaus, was wir in unserer schriftlichen Stellungnahme dargelegt haben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Fragen an Frau Dr. ... (BPtK)? – Das ist nicht der Fall. Dann auch hier noch einmal vielen Dank an die Bundespsychotherapeutenkammer.

Als letzte Organisation der heutigen Anhörung rufe ich die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie auf, vertreten durch Frau Professor ... (GPP) und Frau Professor ... (GPP). – Wer möchte das Wort ergreifen?

Frau Prof. Dr. ... (GPP): Gerne nacheinander. – Für uns Pädiater ist die wesentliche Änderung die Aufnahme von Kindern im Alter zwischen ein und fünf Jahren. Wir begrüßen es sehr, dass Kleinkinder nicht aus einem strukturierten Behandlungsprogramm ausgeschlossen werden, wenn sie die gleichen

Symptome zeigen wie ältere Patienten. Dass gerade die Diagnosestellung bei jungen Kindern so schwierig ist, unterstreicht unseres Erachtens die Notwendigkeit, diese Kinder in ein strukturiertes Programm aufzunehmen, nachdem Entsprechendes diagnostiziert wurde – die Diagnosekriterien für junge Kinder sind in dem DMP ausgezeichnet niedergelegt –, und so auch strukturiert zu behandeln.

Da es für die Diagnose und Therapie junger Kinder in so einem strukturierten Behandlungsprogramm noch keine Evidenz gibt, würden wir es begrüßen, wenn das DMP für die jungen Kinder von einer Evaluation begleitet wird. Das wäre unsere Empfehlung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Professor ... (GPP), wollen Sie direkt anschließen?

Frau Prof. Dr. ... (GPP): Die Punkte, die für uns wichtig sind, haben wir in der Stellungnahme schon dargestellt. Frau Professor Schuster hat die Wichtigkeit unseres Anliegens gerade schon hervorragend zusammengefasst.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Fragen an Frau Professor ... (GPP) oder Frau Professor ... (GPP)? – Die Patientenvertretung.

PatV: Wir haben eine Frage zu einem Punkt, den Sie gebracht hatten, und zwar geht es um die Frage des Überweisungserfordernisses bei Kindern. Da ist einer der Punkte gewesen, dass bei Kindern ein kontrolliertes Asthma bronchiale durch eine erweiterte Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden nicht zu erreichen ist. Sie hatten angeregt, da eine Differenzierung einzubringen, und zwar niedrig dosiert bei Kindern von ein bis fünf Jahren und mittelhoch bei den Schulkindern und den weiteren Altersklassen. Sie hatten in Ihrer Stellungnahme Bezug genommen auf internationale Leitlinien, das aber nicht weiter begründet. Wir möchten nachfragen, welche Evidenz dem zugrunde liegt und ob Sie gegebenenfalls noch etwas beisteuern können, was da eine fundierte Entscheidung erleichtert.

Frau Prof. Dr. ... (GPP): Dürfen wir uns kurz besprechen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ja, kurz.

Frau Prof. Dr. ... (GPP): Hintergrund dieser Differenzierung ist, dass die Diagnosestellung im Kleinkinder- und Vorschulalter, also bis zum Schulalter, schwieriger und das Risiko von Nebenwirkungen durch die Therapie größer ist. Deshalb ist unser Anliegen, dort früher eine Kontrollinstanz einzuführen als im Schulalter. Die differenzialdiagnostische Abklärung muss dann jeweils noch einmal erfolgen, die Diagnose gesichert werden, soweit das in dem Alter geht, und dann die Therapie intensiviert werden, und zwar stufenschemagerecht, wie es in den Leitlinien hinterlegt ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Nachfragen seitens der Patientenvertretung?

PatV: Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Anteil, möglichst evidenzbasiert, der Kinder in diesem Kleinkindalter von ein bis fünf Jahren, die zumindest Asthma-Episoden aufweisen? Wie hoch ist in der Praxis Ihrer Meinung nach der Anteil der so diagnostizierten Kinder, die einer pädiatrischen oder pneumologisch-pädiatrischen Sicherung der Diagnose unterzogen werden müssten?

Frau Prof. Dr. ... (GPP): Eindeutige Zahlen aus Deutschland gibt es nicht. Wir müssen uns auf internationale epidemiologische Studien beziehen, die Phänotyp und Langzeitverlauf obstruktiver Atemwegserkrankungen von Kindern charakterisiert haben. Wir gehen davon aus, dass bis zu 60 Prozent aller

Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter obstruktive Bronchitiden haben. Von diesen würden sich ungefähr 50 Prozent nach den Kriterien, die hinterlegt sind, für eine Aufnahme in ein DMP Asthma qualifizieren und von diesen wiederum geschätzte 10 Prozent für eine Evaluation durch einen Spezialisten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Weitere Fragen an die Vertreterinnen der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie? – Die Patientenvertretung.

PatV: Ich habe eine Frage zu einem der Vorschläge, die Sie gemacht haben, und zwar geht es um die außerklinische Gabe systemischer Kortikosteroide. Das ist an der Stelle nicht weiter begründet worden bzw. es ist allgemein auf Basis der Leitlinien ein Zusammenhang hergestellt worden. Ist es möglich, dass Sie genauer angeben, worauf sich diese Erkenntnis bezieht oder welche Quelle man da möglicherweise noch heranziehen könnte?

Frau Prof. Dr. ... (GPP): Diese Einlassung bezieht sich auf aktuelle Metaanalysen, in denen geschaut wurde, wie die Wirksamkeit von systemisch gegebenen Stereoiden im präklinischen Kontext – sprich: häuslich durch die Eltern gegeben – im Vergleich zur Vorstellung beim Arzt im Notfall und im Vergleich zu Kindern, die stationär aufgenommen werden müssen, ist. Es zeigt sich, dass die Gabe durch die Eltern im Ergebnis nicht ein besseres Outcome im Vergleich zu einer Placebogabe hat, sodass man hier, wie es in den Leitlinien, die im Moment in Überarbeitung sind, hoffentlich auch hinterlegt wird, zurückhaltender sein sollte, als das Moment der Fall ist. Deswegen ist es uns wichtig, das hier in das DMP so auch einzubringen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau Professor ... (GPP). – Weitere Fragen an die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie? – Die Patientenvertretung.

PatV: Kann man in etwa einschätzen, welchen Effekt eine leitliniengerechte – soweit eine Leitlinie vorliegt – Therapie in diesem Kleinkindalter prognostisch für den weiteren Verlauf eines dann juvenilen Asthmas hat, was das bewirkt?

Frau Prof. Dr. ... (GPP): Die Wirksamkeit der Therapie bezieht sich erst einmal auf den aktuellen Zustand, auf die Symptomlast der Kinder und die Belastungen der Familien. Da gibt es klare Evidenz dafür, dass eine konsequente antiinflammatorische Therapie bei richtiger Indikation zu einer wesentlichen Symptomreduktion bei den Kindern und damit verminderten Belastungen der Familien führt.

Hinsichtlich einer Langzeitprognose reicht die derzeitige Evidenz nicht aus, um zu sagen: Man kann präventiv tätig sein. – Wahrscheinlich kann man den Verlauf des Asthmas nicht beeinflussen. Das gilt aber unseres Erachtens für alle Altersgruppen; denn Asthma ist eine Erkrankung, die im Verlauf des Lebens variabel ist. Das gilt genauso für das Kleinkind- und Vorschulalter wie für spätere Lebensalter. Auf der anderen Seite ist es aber so, dass es Daten gibt, die besagen, dass eine frühzeitige antiinflammatorische Therapie bei richtiger Indikation zu einem Erhalt der Lungenfunktion beiträgt. Das ist ein weiteres wichtiges Argument für eine frühzeitige zielgerichtete Therapie.

Frau Prof. Dr. ... (GPP): Ich möchte noch etwas hinzufügen. Es ist ja gezeigt worden, dass Asthma bronchiale zu einem Umbauvorgang in den Atemwegen führt – das Stichwort ist Remodeling –, der durch die Einnahme inhalativer Kortikosteroide aufgehalten oder unterdrückt werden kann. Das Remodeling führt langfristig zu irreversiblen Schäden und geht auch schon bei jungen Kindern mit Asthma bronchiale los; dafür gibt es Daten. Das Ziel ist, diese Umbauvorgänge gar nicht erst eintreten zu lassen, indem man rechtzeitig mit wirksamen antiinflammatorischen Medikamenten behandelt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Weitere Fragen an die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie? – Das ist nicht der Fall. Dann bedanke ich mich auch bei Frau Professor ... (GPP) und bei Frau Professor ... (GPP).

Ich danke allen Vertretern der Organisationen, die heute zur Anhörung erschienen sind, noch einmal sowohl für Ihre schriftlichen Stellungnahmen als auch für Ihre mündlichen Beiträge, die wir bei der Auswertung mitberücksichtigen werden. Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Bis zum nächsten Mal!

Schluss der Anhörung: 11.08 Uhr