

**Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach
§ 91 Absatz 4 SGB V gemäß § 137 f Absatz 2 SGB V**

**„Anforderungen“ an die Ausgestaltung
von strukturierten Behandlungsprogrammen
für Patienten mit
chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen**

Teil I: Asthma bronchiale

Gliederung

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 (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V)	4
1.1	Definition des Asthma bronchiale	4
1.2	Diagnostik	4
1.2.1	Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung	4
1.2.2	Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik	5
1.2.3	Allergologische Stufendiagnostik	6
1.3	Therapieziele	6
1.4	Differenzierte Therapieplanung	7
1.5	Therapeutische Maßnahmen	7
1.5.1	Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen	7
1.5.2	Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme	8
1.5.3	Körperliche Aktivitäten	8
1.5.4	Rehabilitation	8
1.5.5	Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung	9
1.5.6	Medikamentöse Maßnahmen	9
1.6	Kooperation der Versorgungssektoren	11
1.6.1	Koordinierender Arzt	11
1.6.2	Überweisung vom koordinierenden Arzt zum / zur jeweils qualifizierten Facharzt / Einrichtung	12
1.6.3	Einweisung in ein Krankenhaus	13
1.6.4	Veranlassung einer Rehabilitationsleistung	13
2.	Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGBV)	14
3.	Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)	14
3.1	Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen	14

3.2	Spezielle Teilnahmevoraussetzungen	14
4.	Schulungen (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)	16
4.1	Schulungen der Leistungserbringer	16
4.2	Schulungen der Versicherten	16
5.	Dokumentation (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V)	17
6.	Evaluation (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)	17

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 (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V)

1.1 Definition des Asthma bronchiale

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

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 Hyperreagibilität.

1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Wiederholtes Auftreten anfallsartiger, oftmals nächtlicher Atemnot und/oder Husten mit oder ohne Auswurf, insbesondere bei Allergenexposition, während oder nach körperlicher Belastung, bei Infekten, thermischen Reizen, Rauch- und Staubexposition
- Jahreszeitliche Variabilität der Symptome
- Positive Familienanamnese (Allergie, Asthma bronchiale)
- Berufs-, tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten.

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

1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

Die Basisdiagnostik umfasst die Messung der Atemwegsobstruktion, ihrer Reversibilität und Variabilität. Die Lungenfunktionsdiagnostik dient somit der Sicherung der Diagnose, der differenzialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen obstruktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten sowie zur Verlaufs- und Therapiekontrolle ^{1,2,3}.

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer aktuellen oder längstens 12 Monate zurückliegenden asthmatypischen Anamnese gemäß 1.2.1 und das Vorliegen von mindestens einem der folgenden Kriterien erforderlich:

Bei Erwachsenen ist mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 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
- Zunahme der FEV1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach bis zu 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden ^{2,4}
- Circadiane PEF-Variabilität größer 20% über 3 bis 14 Tage
- Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Im Alter von 5 bis 17 Jahren ist mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 75 % und Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV1 um mindestens 15 % nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums
- Zunahme der FEV1 um mindestens 15 % nach bis zu 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden ^{2,4}

- Circadiane PEF-Variabilität größer 20% über 3 bis 14 Tage
- Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen, standardisierten, nicht inhalativen oder durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Eine gleichzeitige Einschreibung in das DMP-Teil I (Asthma bronchiale) und DMP-Teil II (COPD) ist nicht möglich.

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

1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik

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

Die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung soll durch einen

- allergologisch qualifizierten und pneumologisch kompetenten oder einen
- allergologisch und pneumologisch qualifizierten Arzt

erfolgen.

1.3 Therapieziele

Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität.

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

1. Vermeidung / Reduktion von:
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen)
 - einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen

- einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag
- einer Progredienz der Krankheit
- unerwünschten Wirkungen der Therapie

bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität;

2. Reduktion der Asthma-bedingten Letalität.

1.4 Differenzierte Therapieplanung

Gemeinsam mit dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen, dabei ist auch das Vorliegen von Mischformen (Asthma und COPD) zu berücksichtigen.

Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit dem Patienten nach Aufklärung über Nutzen und Risiken.

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

Der behandelnde Arzt soll den Patienten insbesondere hinweisen auf:

- Relevante Allergene und deren Vermeidung (soweit möglich);
- Sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen, emotionale Belastung) und deren Vermeidung;
- Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des Asthma führen können.

1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

Jeder Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm erhalten. Im Übrigen gelten die unter Ziffer 4.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien.

1.5.3 Körperliche Aktivitäten

Körperliche Aktivität kann zu einer Verringerung der Asthma-Symptomatik und zur Verbesserung von Belastbarkeit und Lebensqualität beitragen^{5, 6, 7, 8, 9}.

Daher sollte der behandelnde Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der körperlichen Aktivität ergreift. Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal jährlich überprüft werden. Insbesondere sollte er darauf hinwirken, dass Schulkinder mit Asthma unter Berücksichtigung der individuellen und aktuellen Leistungsfähigkeit regelmäßig am Schulsport teilnehmen.

1.5.4 Rehabilitation

Definition und allgemeine Ziele:

Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem asthmakranke Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten, sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch Asthma bronchiale und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken.

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

Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung ist gemäß Kapitel 1.6.4 im Einzelfall zu prüfen.

1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

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

1.5.6 Medikamentöse Maßnahmen

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

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

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

In der medikamentösen Behandlung des Asthma werden Dauertherapeutika (Medikamente, die als Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika (Medikamente, die bei Bedarf, z.B. bei zu erwartenden körperlichen Belastungssituationen oder zur Behandlung von Dyspnoe eingenommen werden) unterschieden.

1.5.6.1 Dauertherapie

Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen verwendet werden:

- inhalative Glukokortikosteroide^{10,11,12,13,14,15,16} (Beclometason, Budesonid, Fluticason) (Basistherapie);

als Erweiterung der Basistherapie kommen in Betracht:

- inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika^{17,18,19,20,21,22} (Salmeterol, Formoterol);
 - in begründeten Fällen:
 - Systemische Glukokortikosteroide
 - Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten^{23,24,25} (Montelukast)
 - Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung).

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

1.5.6.2 Bedarfstherapie

Vorrangig sollen zur Bedarfstherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:

- Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika²⁶ (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin) (bevorzugt inhalativ);

in begründeten Fällen:

- kurz wirksame Anticholinergika^{1,27,28} (Ipratropiumbromid, Oxitropiumbromid)
- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)
- Systemische Glukokortikosteroide (maximal 1-2 Wochen).

Nach einer initialen Einweisung in die Inhalationstechnik sollte diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden.

1.5.6.3 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung

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

1.5.6.4 Schutzimpfungen

Es ist zu prüfen, ob Patienten mit Asthma bronchiale aufgrund von Begleiterkrankungen oder sonstigen Risiken von einer Schutzimpfung gegen Influenza und/oder Pneumokokken profitieren können.

Asthma bronchiale ist per se – ohne Berücksichtigung von Begleiterkrankungen oder sonstigen Risiken – keine Indikation für eine Schutzimpfung gegen Influenza und/oder Pneumokokken. Insbesondere bei Vorliegen von Begleiterkrankungen oder sonstigen Risiken sollte bei Patienten, die eine Pneumokokken- oder Influenzaimpfung früher gut vertragen haben, eine Schutzimpfung zur allgemeinen Risikoreduktion erwogen werden.

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

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

1.6.1 Koordinierender Arzt

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

In Ausnahmefällen kann ein Patient mit Asthma bronchiale einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur

Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.6.2 sind vom gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

Bei Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung des qualifizierten Facharztes oder der qualifizierten Einrichtung befinden, hat dieser/diese bei einer Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an den Hausarzt möglich ist.

1.6.2 Überweisung vom koordinierenden Arzt zum / zur jeweils qualifizierten Facharzt / Einrichtung

Der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen / Anlässen eine Überweisung / Weiterleitung zur Mitbehandlung und / oder zur erweiterten Diagnostik von Patienten zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter Behandlung
- wenn eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird
- vorausgegangene Notfallbehandlung
- Beenden einer antientzündlichen Dauertherapie
- Begleiterkrankungen (z.B. COPD, chronische Sinusitis, rezidivierender Pseudo-Krupp)
- Verdacht auf berufsbedingtes Asthma
- Verschlechterung des Asthma in der Schwangerschaft.

Im übrigen entscheidet der behandelnde Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

- Verdacht auf lebensbedrohlichen Anfall
- schwerer, trotz initialer Behandlung persistierender Anfall.

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

- bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen
- bei Erwachsenen Absinken des Peakflow unter ca. 30 % des persönlichen Bestwertes bzw. unter 100 l/min²⁹, Atemfrequenz mehr als ca. 25 pro Minute, Sprech-Dyspnoe und/oder deutliche Abschwächung des Atemgeräusches
- bei Kindern und Jugendlichen Absinken des Peakflow unter ca. 50% des persönlichen Bestwertes, fehlendes Ansprechen auf kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika, deutlicher Abfall der Sauerstoffsättigung, Sprech-Dyspnoe, Einsatz der Atemhilfsmuskulatur, deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz und/oder deutliche Abschwächung des Atemgeräusches
- bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen Kindes.

Im übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Eine Rehabilitationsleistung ist insbesondere zu erwägen bei schweren Asthmaformen mit relevanten Krankheitsfolgen trotz adäquater medizinischer Betreuung, insbesondere bei Ausschöpfung der Therapie bei schwierigen und instabilen Verläufen mit schwerer bronchialer Obstruktion, ausgeprägter bronchialer Hyperreagibilität, psychosozialer Belastung und/oder bei schweren medikamentös bedingten Folgekomplikationen^{30,31,32,33,34,35}.

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

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

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Ziel ist es, eine gemeinsame Qualitätssicherung im Rahmen integrierter Versorgungsprogramme speziell für strukturierte Behandlungsprogramme aufzubauen, um zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu kommen. Die insoweit Zuständigen sind gleichberechtigt zu beteiligen. Bis zur Einführung einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung gelten die getrennten Zuständigkeiten auch für die strukturierten Behandlungsprogramme.

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

Der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose des Asthma gesichert ist und ob der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu Ziffer 3.1 der Anlage 5 (7. RSAV) gelten entsprechend.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer aktuellen oder längstens 12 Monate zurückliegenden asthmatypischen Anamnese gemäß 1.2.1 und das Vorliegen von mindestens einem der folgenden Kriterien erforderlich:

Bei Erwachsenen ist mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 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

- Zunahme der FEV1 um mindestens 15 % und mindestens 200 ml nach bis zu 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden ⁴
- Circadiane PEF-Variabilität größer 20% über 3 bis 14 Tage
- Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Im Alter von 5 bis 17 Jahren ist mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 75 % und Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV1 um mindestens 15 % nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums
- Zunahme der FEV1 um mindestens 15 % nach bis zu 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden ⁴
- Circadiane PEF-Variabilität größer 20% über 3 bis 14 Tage
- Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität durch einen unspezifischen, standardisierten, nicht inhalativen oder durch einen unspezifischen standardisierten mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

Ein aktuell unter Regelmedikation stehender Patient mit Asthma bronchiale kann eingeschrieben werden, wenn die Diagnose vor Therapiebeginn wie unter 1.2.2 gestellt wurde und eine asthmatypische Anamnese aus dem Zeitraum der letzten zwölf Monate vor Einschreibung vorliegt.

Eine gleichzeitige Einschreibung in das DMP Teil I (Asthma bronchiale) und DMP Teil II (COPD) ist nicht möglich.

Nach 12-monatiger Symptomfreiheit ohne asthmaspezifische Therapie ist zeitnah zu prüfen, ob die Einschreibevoraussetzungen gemäß den oben genannten

Kriterien aktuell erfüllt sind. Sind diese Kriterien nicht mehr erfüllt, muss dies durch den koordinierenden Arzt dokumentiert werden und der Patient gemäß § 28 d Abs. 2 RSAV aus dem Programm ausgeschrieben werden.

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

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

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

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

4.2 Schulungen der Versicherten

Jeder Patient mit Asthma bronchiale soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach § 137 f Abs. 2 Nr. 1 des Fünften Bu-

ches Sozialgesetzbuch herzustellen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

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

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

Siehe separate Anlage.

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

Die Ausführungen zu Ziffer 5 der Anlage 1 (4. RSAV) gelten entsprechend.

Die Empfehlungen basieren auf folgenden internationalen und nationalen Leitlinien bzw. Studien:

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie des Asthma bronchiale im Erwachsenenalter, 1. Aufl. 2001, AVP Sonderheft

British Thoracic Society (BTS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): British Guideline on the management of Asthma. A national clinical guideline. Thorax 2003; 58 (Suppl.): i1-i94

Canadian Medical Association, Boulet L-P: Canadian asthma consensus report, 1999. CMAJ 1999;161 (Suppl.11): S1-S61

National Institute of Health. Global Initiative for Asthma - Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.com: 2002 (Zugriff am 23.1.2003)

North of England Evidence Based Guidelines Development Project/University of Newcastle upon Tyne/Centre for Health Services Research: The primary care management of asthma in adults, 1999. VII, 88 S

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Primary care management of Asthma. A national clinical guideline. Edinburgh, SIGN: 1998 (SIGN Publication No. 33)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Hospital in-patient management of acute asthma attacks. Edinburgh, SIGN: 1996 (SIGN Publication No. 6)

Wettengel R, Berdel D, Hofmann J et al.: Empfehlungen zur Asthmatherapie bei Kindern und Erwachsenen. Pneumologie 1998; 52: 591-601

Als Arbeitsmaterialien standen folgende weitere Unterlagen zur Verfügung:

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Curriculum strukturierte medizinische Versorgung. 1. Auflage 2003. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 24, 2003. (ISSN: 0945-1951)

Disease-Management-Programm für Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. Eine gemeinsame Stellungnahme der Fachverbände. Aachen, Osnabrück, Wangen. Oktober 2002

Arbeitsgruppe „Praktische Evidenz-basierte Medizin“, St. Franziskus Hospital Köln: Entscheidungsgrundlage zur evidenzbasierten Diagnostik und Therapie für Asthma bronchiale (2001).

<http://212.227.33.34/bundesverband/politik/disease.html> (Zugriff am 23.1.2003)

Quellenverzeichnis:

- ¹ Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Empfehlungen zur Therapie des Asthma bronchiale im Erwachsenenalter, 1. Aufl. 2001, AVP Sonderheft
- ² British Thoracic Society (BTS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). British Guideline on the management of Asthma. A national clinical guideline. Thorax 2003; 58 (Suppl.): i1-i94
- ³ National Institute of Health. Global Initiative for Asthma - Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.com: 2002 (Zugriff am 23.1.2003)
- ⁴ Weir DC et al. Time course of response to oral and inhaled corticosteroids in non-asthmatic chronic airflow obstruction. Thorax 1990; 45: 118-121
- ⁵ Worth H.A., Meyer et al.: Empfehlungen der Deutschen Atemwegsliga zum Sport und körperlichen Training bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen. Pneumologie 2000; 54: 61-67
- ⁶ Cochrane LM, Clark CJ: Benefits and problems of a physical training programme for asthmatic patients. Thorax 1990; 45: 345-351
- ⁷ Clark CJ: The role of physical training in asthma. Principles and practice of pulmonary rehabilitation. Casabury and Petty. Saunders, Philadelphia, 1993
- ⁸ Meyer A et al.: Ambulanter Asthmasport verbessert die körperliche Fitness. Pneumologie 1997; 51: 845-849
- ⁹ Emtner M et al.: A 3-Year Follow-Up of Asthmatic Patients Participating in a 10-Week Rehabilitation Program with Emphasis on Physical Training. Arch Phys Med Rehabil 1998 ; 79: 539-544
- ¹⁰ Adams N, Bestall JM, Jones PW. Inhaled beclomethasone versus budesonide for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
- ¹¹ Adams N, Bestall JM, Jones PW. Inhaled fluticasone at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software

-
- ¹² Adams N, Bestall J, Jones PW. Inhaled fluticasone propionate for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
- ¹³ Adams NP, Bestall JM, Jones PW. Inhaled beclomethasone versus placebo for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
- ¹⁴ Adams N, Bestall J, Jones P. Inhaled budesonide at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
- ¹⁵ Adams N, Bestall J, Jones PW. Budesonide for chronic asthma in children and adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
- ¹⁶ Adams N, Bestall J, Jones P. Inhaled beclomethasone at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
- ¹⁷ Shrewsbury S, Pyke S, Britton M. Meta-analysis of increased dose of inhaled steroid or addition of salmeterol in symptomatic asthma (MIASMA). *BMJ* 2000;320:1368-73
- ¹⁸ <http://www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2003/ANS01192.html>; Zugriff am 25.1.2003
- ¹⁹ <http://www.fda.gov/medwatch/SAFETY/2003/serevent.htm>; Zugriff am 25.1.2003
- ²⁰ Pauwels RA, Löfdahl CG, Postma DS, et al. Effect of inhaled formoterol and budesonide on exacerbations of asthma. *N Engl J Med* 1997; 337: 1405-1411
- ²¹ Lazarus SC, Boushey HA, Fahy JV, et al. Long-acting β_2 -agonist monotherapy vs continued therapy with inhaled corticosteroids in patients with persistent asthma. A randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2583-2593
- ²² Lemanske RF, Sorkness CA, Mauger EA, et al. Inhaled corticosteroid reduction and elimination in patients with persistent asthma receiving salmeterol. A randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2594-2603

-
- ²³ Ducharme FM, Hicks GC. Anti-leukotriene agents compared to inhaled corticosteroids in the management of recurrent and/or chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
- ²⁴ Ducharme F, Hicks K, Kakuma R. Addition of anti-leukotriene agents to inhaled corticosteroids for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
- ²⁵ Robinson DS, Campbell C, Barnes PJ. Addition of leukotriene antagonists to therapy in chronic persistent asthma: a randomised double-blind placebo-controlled trial. *Lancet* 2001; 357: 2007-2011
- ²⁶ Walters EH, Walters J. Inhaled short acting beta2-agonist use in asthma: regular versus as needed treatment (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
- ²⁷ Plotnick LH, Ducharme FM. Combined inhaled anticholinergics and beta2-agonists for initial treatment of acute asthma in children (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
- ²⁸ National Institute of Health. Global Initiative for Asthma - Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.com: 2002 (Zugriff am 23.1.2003)
- ²⁹ Wettengel R, Berdel D, Hofmann J, et al. Empfehlungen zur Asthmatherapie bei Kindern und Erwachsenen. *Pneumologie* 1998; 52: 591-601.
- ³⁰ Cox NJ, Hendricks JC, Binkhorst RA, van Herwaarden CL: A pulmonary rehabilitation program for patients with asthma and mild chronic obstructive pulmonary diseases (COPD). *Lung* 1993; 171: 235-244
- ³¹ Cambach W, Wagenaar RC, Koelman TW, van Keimpema AR, Kemper HC: The long-term effects of pulmonary rehabilitation in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease: a research synthesis. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80: 103-111
- ³² Grootendorst DC et al. : Benefits of high altitude allergen avoidance in atopic adolescents with moderate to severe asthma, over and above treatment with high dose inhaled steroids. *Clin Exp Allergy* 2001; 31: 400-408.

-
- ³³ Foglio K, Bianchi L, Bruletti G, Battista L, Pagani M, Ambrosino N: Long-term effectiveness of pulmonary rehabilitation in patients with chronic airway obstruction. *Eur Respir J* 1999; 13: 125-132
- ³⁴ Bauer CP, Petermann F, Kiosz D, Stachow R: Langzeiteffekt der stationären Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit mittelschwerem und schwerem Asthma bronchiale. *Pneumologie* 2002; 56: 478-485
- ³⁵ Petermann F, Gulyas A, Niebank K, Stübing K, Warschburger P: Rehabilitationserfolge bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma und Neurodermitis. *Allergologie* 2000; 23: 492-502