

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 32. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale – Dokumentation)

Vom 20. Juli 2023

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	19
4.	Verfahrensablauf	19
5.	Fazit	21
6.	Literaturverzeichnis	21
7.	Zusammenfassende Dokumentation	23

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 17. November 2017 beschlossenen und als Anlagen 9 und 10 der DMP-A-RL in Kraft getretenen Regelungen zu Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale aktualisiert.

Wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung ist insbesondere die „Leitliniensynopse für das DMP Asthma bronchiale“ des IQWiG vom 24. Juni 2021 [7]. 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.

Zu geeigneten digitalen medizinischen Anwendungen

Gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V prüft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.

Nähere Vorgaben zum Vorgehen des G-BA bei der medizinisch-inhaltlichen Prüfung auf Eignung digitaler medizinischer Anwendungen zur Aufnahme in das jeweilige DMP finden sich im 6. Kapitel der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA, insbesondere in 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nr. 5 VerfO.

Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nr. 5 Satz 3 VerfO erfolgt, zusätzlich zur Ermittlung von Inhalten und relevanten Themenbereichen nach 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nr. 4 VerfO, die Aufforderung an die nach § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen, digitale medizinische Anwendungen für die jeweilige Indikation vorzuschlagen. Dieses Verfahren soll dazu dienen, dem G-BA frühzeitig geeignete digitale medizinische Anwendungen zur Kenntnis zu geben, um diese im Rahmen des Prüfauftrages gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V berücksichtigen zu können.

Der Unterausschuss DMP hat am 12. Mai 2021 mit der Aktualisierung der Anforderungen an DMP Asthma bronchiale begonnen. Mit Schreiben vom 25. Mai 2021 wurden die gemäß § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen erstmals aufgefordert, mit einer Frist von vier Wochen (bis zum 22. Juni 2021), geeignete digitale medizinische Anwendungen für das DMP Asthma bronchiale vorzuschlagen. Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden gebeten, Angaben zu den in 6. Kapitel § 4 Absatz 2 unter Nr. 5 VerfO genannten Kriterien vorzulegen, die der G-BA dann für seine Prüfung der Eignung von digitalen medizinischen Anwendungen für ein DMP heranzieht.

Insgesamt gingen elf Vorschläge zu digitalen medizinischen Anwendungen von vier stellungnahmeberechtigten Organisationen ein. Der G-BA hat die eingegangenen Unterlagen umfassend geprüft und beraten. Um die medizinisch-inhaltliche Eignung der Vorschläge zur Aufnahme in das DMP Asthma bronchiale umfassend beurteilen zu können, hat der G-BA für alle vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendungen eine Nachforderung von Unterlagen, insbesondere von vollständig publizierten Evaluationsstudien in einer am PICO-Schema orientierten Fassung, als erforderlich angesehen. Mit Schreiben vom 29. November 2021 hat der G-BA mit einer Frist von vier Wochen (28. Dezember 2021) den Herstellern die Möglichkeit gegeben, entsprechende Unterlagen einzureichen, zu deren digitalen medizinischen Anwendungen beim G-BA Vorschläge eingegangen sind.

Es erfolgte eine Eignungsprüfung von insgesamt zehn digitalen medizinischen Anwendungen, zu denen Unterlagen eingereicht worden waren. Die Prüfung erfolgte auf der Basis dieser Unterlagen sowie weiterer öffentlich zugänglicher Informationen. Bei dem elften Vorschlag handelt es sich nach Angaben des Herstellers um keine digitale Anwendung im Rahmen eines DMP.

Atemwege gemeinsam gehen

Für die digitale medizinische Anwendung „Atemwege gemeinsam gehen“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Atemwege gemeinsam gehen“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Weitere Erläuterungen:

Die App „Atemwege gemeinsam gehen“ ist laut Herstellerangaben ein digitales Schulungsangebot mit einem mehrwöchigen Trainingsprogramm mit Ausdauer- und Krafttrainingskomponenten. Es enthält Informationen zu Asthmakontrolle, Lungensport und weiteren patientenrelevanten Themen.

Der Hersteller möchte „Atemwege gemeinsam gehen“ als digitale Schulung ins DMP Asthma bronchiale implementieren.

Für Schulungen im DMP gelten die Vorgaben der DMP-A-RL gemäß § 4 *Anforderungen an die Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten*. Gemäß dem dortigen Absatz 3 ist für eine Schulung eine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign (vorzugsweise RCT, andere mögliche Studiendesigns: z.B. Kohortenstudie, Prä-Post- oder historischer Vergleich, matched pair-Vergleich) vorzulegen. Die Bewertung der Evaluationsstudie im Rahmen der medizinisch-inhaltlichen Prüfung auf Eignung der Eigenschaften der Schulung zur Aufnahme in das jeweilige DMP erfolgt durch den G-BA und ist verbindlich für die Prüfung nach § 137g SGB V.

Es wurde, auch auf Nachfrage, keine Studie vorgelegt.

Die Erkenntnisse aus den eingereichten Unterlagen zu der digitalen medizinischen Anwendung „Atemwege gemeinsam gehen“ genügen nicht, um die Geeignetheit der digitalen medizinischen Anwendung „Atemwege gemeinsam gehen“ für eine Aufnahme in das DMP Asthma bronchiale festzustellen.

Für die Prüfung der Eignung der digitalen Anwendung „Atemwege gemeinsam gehen“ bedarf es einer vollständig publizierten Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die Population von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und negative Effekte der Intervention „Atemwege gemeinsam gehen“ abschätzen zu können.

Nichtraucherhelden

Für die digitale medizinische Anwendung „Nichtraucherhelden“ lag nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Nichtraucherhelden“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 Verfo sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Weitere Erläuterungen:

Die App „Nichtraucherhelden“ soll Patientinnen und Patienten mit einer diagnostizierten Tabakabhängigkeit dabei helfen, durch ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Nichtrauchercoaching, ihre Tabakabhängigkeit zu überwinden. Zu dieser digitalen medizinischen Anwendung liegen Informationen eines Kongressbeitrages zu deskriptiven Analysen der Programmteilnahme von 354 Personen ohne Kontrollgruppe zu mehreren Evaluationszeitpunkten zwischen Dezember 2016 und August 2017 vor.

Unklar ist, inwieweit die Überwindung der Tabakabhängigkeit mittels dieser App erfolgreich ist. Für die Prüfung der Eignung der digitalen Anwendung „Nichtraucherhelden“ bedarf es einer vollständig publizierten Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign, um positive und negative Effekte der Intervention „Nichtraucherhelden“ abschätzen zu können. Die Erkenntnisse aus den eingereichten Unterlagen zu der digitalen medizinischen Anwendung „Nichtraucherhelden“ genügen nicht, um die Geeignetheit der digitalen medizinischen

Anwendung „Nichtraucherhelden“ für eine Aufnahme in das DMP Asthma bronchiale festzustellen.

Die App „Nichtraucherhelden“ wurde aktuell im Rahmen einer Studie (RCT) evaluiert (Quelle: DRKS-ID der Studie: DRKS00025933) und wurde am 30. Juni 2023 dauerhaft in das Verzeichnis nach § 139e SGB V aufgenommen. Nach Vorliegen einer vollständigen Publikation der Studienergebnisse wird eine erneute Prüfung auf Geeignetheit für diese App vorgenommen.

BreazyTrack – die Asthma App

Für die digitale medizinische Anwendung „BreazyTrack – die Asthma App“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „BreazyTrack – die Asthma App“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Weitere Erläuterungen:

Der Hersteller der „BreazyTrack - die Asthma-App“ gibt an, dass diese digitale medizinische Anwendung das Selbstmanagement unterstützt und es Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale den Alltag mit der Erkrankung erleichtert. Die App ermöglicht es, Umweltdaten im Blick zu behalten, gestaltet ein einfaches Selbstmanagement, hat Medikamentenerinnerungsfunktion, verfügt über ein Digitales Asthma-Tagebuch sowie Übungen zum Atemtraining.

Es liegen keine Ergebnisse zu Evaluationsdaten aus Studien zu der digitalen medizinischen Anwendung „BreazyTrack - die Asthma-App“ vor.

Die vorliegenden Erkenntnisse zu der digitalen medizinischen Anwendung „BreazyTrack - die Asthma-App“ genügen somit nicht, um die Geeignetheit der digitalen medizinischen Anwendung für die Aufnahme in die Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale festzustellen.

Für die Beurteilung der Eignung von „BreazyTrack - die Asthma-App“ bedarf es Daten aus vollständig publizierten Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die Population von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und negative Effekte der Intervention abschätzen zu können.

Es ist darauf hinzuweisen, dass nach aktuellem Kenntnisstand des G-BA der Hersteller eine Studie zu „BreazyTrack - die Asthma-App“ durchführen wird, zu der allerdings noch keine Publikation zur Verfügung steht.

Der G-BA wird bei gegebenenfalls veränderter Sachlage erneut die Aufnahme dieser digitalen medizinischen Anwendungen prüfen.

KATA® App

Für die digitale medizinische Anwendung „KATA® App“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „KATA® App“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Weitere Erläuterungen:

Die primäre Benutzergruppe der digitalen medizinischen Anwendung „KATA® App“ umfasst Menschen mit COPD sowie Asthma bronchiale.

Die Hersteller der „KATA® App“ geben an, mittels dieser App in einem entsprechenden Mobiltelefon die Inhalation mit einem Dosieraerosol zu überprüfen. Zudem soll die „KATA® App“ Nutzerinnen und Nutzer bei der täglichen Therapie mit inhalativen Medikamenten unterstützen, Fehler im Inhalationsprozess zu erkennen, zu korrigieren und damit das Therapieergebnis zu verbessern. Die wichtigsten Schritte Exhalation, Inhalation, Atemanhalten und Ausatmung werden erklärt.

Zu dieser digitalen medizinischen Anwendung liegen Informationen einer nicht publizierten Proof-of-Concept-Studie vor, bei denen sechs Teilnehmerinnen oder Teilnehmer das komplette Protokoll durchliefen. Es wird keine Aussage zur Grunderkrankung der Teilnehmenden getätigt. Aus den vorliegenden Unterlagen kann nicht beurteilt werden, ob die Anwendung der digitalen medizinischen Anwendung im Rahmen der COPD-Therapie oder der Asthma-Therapie spezifische Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten mit COPD oder Asthma bronchiale hatte und ob möglicherweise dadurch negative Effekte für Menschen mit COPD oder Asthma bronchiale bestanden, deshalb bedarf es einer vollständig publizierten Evaluationsstudie mit Ergebnissen zur jeweiligen Grunderkrankung. Laut Herstellerangaben ist eine Evaluationsstudie durch die Ludwig-Maximilians-Universität München geplant.

Die Erkenntnisse aus den eingereichten Unterlagen zu der digitalen medizinischen Anwendung „KATA® App“ genügen derzeit nicht, um die Geeignetheit der digitalen medizinischen Anwendung KATA® App“ für eine Aufnahme in das DMP Asthma bronchiale festzustellen.

Für die Prüfung der Eignung der digitalen Anwendung „KATA® App“ bedarf es einer vollständig publizierten Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die Population von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und negative Effekte der Intervention „KATA® App“ abschätzen zu können.

Propeller Health

Die Ausführungen zur digitalen medizinischen Anwendung „Propeller Health“ sind unter Nummer 1.4.3 Selbstmanagement zu finden.

Vivatmo

Für die digitale medizinische Anwendung „Vivatmo“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Vivatmo“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Weitere Erläuterungen:

„Vivatmo app“ ist eine kostenlose App. Es handelt sich um ein digitales Asthma-Tagebuch. Gemessene Peak-Flow-Werte, Medikamente, Symptome (Husten, Auswurf, Atemnot, Asthma-Anfall, weitere Symptome) und Notizen können manuell eingegeben werden. Nach Freigabe des Standortes wird die Pollenbelastung automatisch mitgeteilt.

Wesentliche Funktion der Anwendung „Vivatmo app“ ist die Dokumentation von FeNO-Messwerten, die mit dem separat zu kaufendem Gerät „Vivatmo me“ gemessen und via Bluetooth in die App und eine Kalenderübersicht übertragen werden können.

Es liegen keine Ergebnisse zu Evaluationsdaten aus Studien zu der digitalen medizinischen Anwendung „Vivatmo app“ und „Vivatmo me“ vor.

Die vorliegenden Erkenntnisse zu den digitalen medizinischen Anwendungen „Vivatmo app“ und „Vivatmo me“ genügen somit nicht, um die Geeignetheit der digitalen medizinischen Anwendungen für die Aufnahme in die Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale festzustellen.

Für die Beurteilung der Eignung von „Vivatmo app“ und „Vivatmo me“ bedarf es Daten aus vollständig publizierten Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die Population von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und negative Effekte der Intervention abschätzen zu können.

Der G-BA wird bei gegebenenfalls veränderter Sachlage erneut die Aufnahme dieser digitalen medizinischen Anwendungen prüfen.

Kiss my Asthma

Die App „Kiss my Asthma“ soll der Verbesserung des Selbstmanagements bei Kindern ab 12 Jahren mit Asthma bronchiale dienen. Die App bietet unter anderem die Möglichkeit, über die Erkrankung zu lernen und Asthmasymptome zu erfassen. Die digitale medizinische Anwendung „Kiss my Asthma“ wurde in Australien entwickelt und steht ausschließlich in englischer Sprache zur Verfügung.

Es ist anhand der bestehenden Informationen nicht ersichtlich, dass die digitale Anwendung in deutscher Sprache verfügbar ist, sodass die Geeignetheit von „Kiss my Asthma“ für die Versichertengruppe der eingeschriebenen DMP-Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht festgestellt werden kann.

Sofern „Kiss my asthma“ in deutscher Sprache zur Verfügung steht, wird die medizinisch-inhaltliche Prüfung Überprüfung auf Eignung der digitalen medizinischen Anwendung „Kiss my asthma“ fortgesetzt.

OMROM Asthma Diary

Für die digitale medizinische Anwendung „OMROM Asthma Diary“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „OMROM Asthma Diary“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Weitere Erläuterungen:

„Omrom Asthma Diary“ ist eine App zur Unterstützung der täglichen Asthmaüberwachung. Zielgruppe von „OMROM Asthma Diary“ sind Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale und insbesondere Eltern von Kindern mit Asthma bronchiale. Unter anderem erinnert die App an die Anwendung der verordneten Medikamente und eine Tagebuchfunktion ermöglicht den Überblick über den Verlauf der Symptome. Eine spezielle Funktion ist die Kopplung der App mit dem Atemgeräuschsensor „OMRON WheezeScan“, der bei Kindern im Alter von vier Monaten bis sieben Jahren Keuchen erfassen kann. Diese Anwendung soll Eltern unterstützen, einen drohenden Asthmaanfall frühzeitig zu erkennen.

Ebenfalls liegen keine Ergebnisse zu Evaluationsdaten aus Studien zu „Omrom Asthma Diary“ vor. Die Erkenntnisse aus den eingereichten Unterlagen zu „Omrom Asthma Diary“ genügen somit nicht, um die Geeignetheit von „Omrom Asthma Diary“ für eine Aufnahme in das DMP Asthma bronchiale festzustellen.

Für die Prüfung der Eignung von „Omrom Asthma Diary“ bedarf es einer vollständig publizierten Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die Population von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und negative Effekte von „Omrom Asthma Diary“ abschätzen zu können.

SaniQ Asthma

Die digitale medizinische Anwendung „SaniQ Asthma“ soll Patientinnen und Patienten mit leichtem bis mittelstarkem Asthma bronchiale beim Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützen. In Eigenanwendung können durch den Patienten bzw. die Patientin medizinische Messwerte und Symptome dokumentiert werden. Die digitale medizinische Anwendung erinnert an die Durchführung der Messungen sowie Medikamenteneinnahmen und kann die gespeicherten Messwerte im Zeitverlauf grafisch aufbereiten. Weiterhin soll der Austausch zwischen den Betroffenen und ihren Behandelnden unterstützt werden und den Patientinnen

und Patienten Informationen über die Erkrankung und Umgebungsfaktoren (z.B. Pollenflug) vermittelt werden.

Zu dieser digitalen medizinischen Anwendung liegen zwei Primärstudien vor, zu denen jeweils eine Publikation vom Hersteller übermittelt wurden. Ein öffentlich verfügbarer Studienregisterauszug wurde ebenfalls zur Prüfung herangezogen. Eigene weitere systematische Recherchen zur Ermittlung weiterer Erkenntnisquellen über die Eignung der digitalen medizinischen Anwendung SaniQ Asthma fanden nicht statt.

Bei der ersten Studie *Schmidt und Hanrath (2019)* [15] handelt es sich um eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT), die 2018 monozentrisch in Rheinland-Pfalz durchgeführt wurde. Die Studie war Teil des Modellprojekts „*Rheinland-Pfalz atmet durch – Telemedizin für eine gesunde Lunge*“ [14] zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit Asthma bronchiale. In diesem Modellprojekt wurde die Behandlung der Betroffenen durch digitale Unterstützungsangebote sowie ein Telemonitoring durch die Facharztpraxis ergänzt [13].

Gemäß Studienregistereintrag sowie dem PICO-Schema zur Studie wurden Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen gemäß ICD-10 eingeschlossen: J45, J45.0, J45.1, J45.8, J45.9.

Die Interventionsgruppe (IG) bestand in einer „Telemedizin-Gruppe“, in der „SaniQ Asthma“ als Teil eines telemedizinischen Gesamtkonzeptes eingesetzt wurde. Die von der digitalen medizinischen Anwendung erfassten Daten wurden an die behandelnde Facharztpraxis übertragen, sodass der Arzt oder die Ärztin die jeweiligen Werte einsehen und bei Auffälligkeiten mit der Patientin oder dem Patienten kommunizieren konnte, zum Beispiel um die nächsten Behandlungsschritte zu besprechen [8].

Die konventionell behandelte Kontrollgruppe (KG) erhielt ein handschriftliches Gesundheitstagebuch zur Aufzeichnung von „Symptomverläufen“. Die Randomisierung der 120 Patientinnen und Patienten erfolgte 2:1 (IG n= 80; KG n=40). Der patientenindividuelle Beobachtungszeitraum betrug 3 Monate.

In der Studie werden Daten zu vier Endpunkten vorgelegt. Die Anwendungsakzeptanz („*Adhärenz*“) der Patientinnen und Patienten wurde mit von über 50 % den der tatsächlichen an den vorgesehenen Messungen abgebildet, wobei die absoluten Häufigkeiten nicht genannt und begründet wurden. Die Veränderung des Grades der *Asthma-Kontrolle*, die *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* und der *Lungenfunktion (PEF)* in der dreimonatigen Teilnahmephase sind für die IG und KG nicht vergleichend numerisch abgebildet. Erforderliche Effektgrößen (z.B. relatives Risiko, Odds Ratio) sind nicht berichtet. Die berichteten Daten bzw. statistischen Auswertungen allein für die IG (und teilweise Subgruppen der IG) ermöglichen keinen adäquaten Vergleich zwischen IG und KG, weil keine numerischen Daten für den Gruppenvergleich berichtet sind. Auch Daten entsprechender statistischer Tests zum Vergleich zwischen IG und KG liegen nicht vor.

Wegen der nicht berichteten Effekte im Gruppenvergleich und des hohen Verzerrungspotenzials der randomisiert kontrollierten Studie *Schmidt und Hanrath (2019)* [15] ist die Zuverlässigkeit der Ergebnisse aus Sicht des G-BA in Frage gestellt. Ebenfalls ist die digitale medizinische Anwendung „SaniQ Asthma“ im Rahmen des Modellprojekts lediglich als Teil eines telemedizinischen Gesamtkonzeptes zur Anwendung gekommen.

Bei der zweiten Studie *Braun (2022)[1]* handelt es sich um eine nicht-kontrollierte Querschnittstudie zur Ermittlung der Erfahrungen von Patienten/ Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen mit der digitalen Versorgung im Rahmen eines Programms der Versorgung in der SARS-CoV-2-Pandemie.

Aufgrund ihres Designs als Beobachtungsstudie ohne Verlaufserhebungen ist die Studie nicht geeignet, Wirksamkeitsfragestellung zu beantworten, da sie somit kausale Effekte nicht nachweisen kann. Sie weist zudem erhebliche methodische Limitationen auf.

In der Gesamtschau sind die Studien nicht geeignet, um die alleinigen Effekte von „SaniQ Asthma“. mit ausreichender Ergebnissicherheit beurteilen zu können. Die vorliegenden Erkenntnisse zu der digitalen medizinischen Anwendung „SaniQ Asthma“ genügen somit nicht, um die Geeignetheit der digitalen medizinischen Anwendung für die Aufnahme in die Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale festzustellen.

Für die Beurteilung der Eignung von „SaniQ Asthma“ bedarf es weiterer Daten aus vollständig publizierten Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die Population von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und negative Effekte der Intervention abschätzen zu können.

TheraKey

Für die digitale medizinische Anwendung „TheraKey“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor.

Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „TheraKey“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 Verfo sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Weitere Erläuterungen:

„TheraKey“ ist ein indikationsübergreifendes und produktneutrales Onlineportal mit aufeinander aufbauenden Maßnahmen zur Förderung der Therapieadhärenz. „TheraKey“ steht für verschiedene Indikationen zur Verfügung, unter anderem Asthma bronchiale. Das „TheraKey“ Onlineportal umfasst ärztlich geprüfte und verständliche Informationen, zum Beispiel in Form von Videos, Texten, Patienten-Tools zur Dokumentation von Gesundheitsdaten, Wissensquizen und Erfahrungsberichten.

Ebenfalls liegen keine Ergebnisse zu Evaluationsdaten aus Studien zu „TheraKey“ vor. Die Erkenntnisse aus den eingereichten Unterlagen zu „TheraKey“ genügen somit nicht, um die Geeignetheit von „TheraKey“ für eine Aufnahme in das DMP Asthma bronchiale festzustellen.

Für die Prüfung der Eignung von „TheraKey“ bedarf es einer vollständig publizierten Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die Population von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und negative Effekte von „TheraKey“ abschätzen zu können.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Zu Nummer 1.1 Definition des Asthma bronchiale

Die Kriterien für die Diagnose Asthma bronchiale kennzeichnen ein heterogenes Krankheitsbild mit unterschiedlichem Ansprechen auf die Behandlung.

Unter der in Nummer 1.1 genannten Definition lassen sich eine Reihe unterschiedlicher Asthmaformen (Phänotypen) zusammenfassen, die sich anhand klinischer (z.B. Allergie) und/oder laborchemischer (z. B. Vermehrung von Eosinophilen im Blut) Merkmale voneinander abgrenzen lassen. Es lassen sich insbesondere die therapierelevanten Asthmaformen allergisches (extrinsisches) und nicht-allergisches (intrinsisches) Asthma bronchiale unterscheiden.

Im Falle eines Nachweises von Sensibilisierungen gegen typische Allergene (z. B. im Prick-Test) bei gleichzeitigem Allergenbezug der Asthmabeschwerden wird der Begriff allergisches Asthma verwendet. Es werden saisonale von perennialen Verlaufsformen abgegrenzt. Beim nicht allergischen (intrinsischen) Asthma bronchiale ist keine Allergie als Ursache nachweisbar. Die Unterscheidung ist therapierelevant, da sich bei allergischem Asthma bronchiale spezifische Therapieoptionen ergeben können, wie die spezifische Immuntherapie (siehe Nummer 1.5.9.4), die Allergenkarrenz oder die Behandlung mit Biologika.

In den letzten Jahren wurde diese klassische Einteilung um weitere Phänotypen ergänzt. Eine weitergehende Differenzierung ist gem. NVL Asthma jedoch nur sinnvoll, wenn sich die Krankheitsverläufe der Patienten unterscheiden und sich konkrete Konsequenzen für die Auswahl der Therapie ergeben. Beispielsweise ist die Gabe bestimmter Biologika indiziert bei schwerem „eosinophilen“ Asthma. Erste Erkenntnisse zu weiteren Asthmaformen wie Type-2-High-Asthma oder cough-variant-Asthma werden in einschlägigen Leitlinien beschrieben [4].

Nach dem Stellungnahmeverfahren erfolgte die Verortung des Hinweises auf verschiedene Asthmaformen (Phänotypen) in Nummer 1.1 auf Grundlage der Empfehlung der NVL Asthma 2020.

Zu Nummer 1.2 Diagnostik

Um den behandelnden Ärztinnen und Ärzten eine leichtere Einordnung zu ermöglichen, wird basierend auf den „NVL Asthma bronchiale“[2] und „NVL COPD“[3] vom G-BA die Tabelle 1 erstellt und in Kongruenz zum DMP COPD in das DMP Asthma bronchiale aufgenommen.

Nach Hinweis einer stellungnehmenden Organisation erfolgte eine weitere Anpassung in der Tabelle 1. Es wurde das Unterscheidungsmerkmal „häufig nächtliche Symptome insbesondere bei Kindern und Jugendlichen“ (Asthma bronchiale) und „meist keine nächtlichen Symptome“ (COPD) eingefügt.

Zu Nummer 1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

Bei der Änderung im Absatz zur Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung, die zur Klarstellung dienen soll, dass eine asthmatypische Anamnese zum Zeitpunkt der Einschreibung (aktueller Arztbesuch) vorliegen muss. Die nachfolgend in den Spiegelstrichen aufgezählten Kriterien müssen ebenfalls erfüllt sein (Vorliegen min. eines der Kriterien), jedoch dürfen diese Untersuchungsergebnisse bei Einschreibung bis zu 12 Monate zurückliegen.

Die Anpassungen im Kapitel zur Stufendiagnostik erfolgten aufgrund veränderter Grenzwerte zur diagnostischen Abklärung in den Leitlinien des IQWiG-Berichtes [NICE 2020, NVL Asthma bronchiale 2020]. [2,12]

Die neueren GLI-Sollwerte (GLI: Global Lung Initiative), die die Altersabhängigkeit berücksichtigen, sind zur Charakterisierung der Obstruktion besser geeignet als ein fixierter Grenzwert FEV_1/VC kleiner 70 %. Der Messwert FEV_1/VC ist altersabhängig und liegt bei lungengesunden Kindern über 75 %, bei älteren lungengesunden Erwachsenen unter 70 %. Der starre Grenzwert von 70 % kann daher zu einer Überschätzung der Obstruktion bei älteren Menschen, sowie einer Unterschätzung der Obstruktion bei jungen Menschen führen. Die GLI-Sollwerte wurden für verschiedene Altersgruppen und umfangreichere Populationen der deutschen Bevölkerung erhoben und bieten genauere Werte 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 FEV_1/VC kleiner 70 % ersetzen. Sie werden in Deutschland derzeit noch zu selten genutzt, um sie bei allen Einschreibungen in das DMP zugrunde zu legen.

Entsprechend der Empfehlung der NVL Asthma bronchiale 2020, dass die Diagnose des Asthmas bronchiale nicht ausschließlich durch Anwendung der Peak-Flow-Messung (PEF) gestellt werden soll, erfolgte die Streichung des Spiegelstriches zur circadianen PEF-Variabilität als ein alleiniges weiteres Diagnosekriterium. Die Peak-Flow-Messung oder die Messung der Peak-Flow-Variabilität in der Primärdiagnostik ist als nachrangig zu betrachten, da die Technik der unspezifischen bronchialen Provokation in Deutschland breit verfügbar ist.

Betr.: Einordnung der Messung der Konzentration des exhalierbaren Stickstoffmonoxids in die Stufendiagnostik unter 1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik) und im Rahmen 1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

Der G-BA hat sich im Rahmen der Aktualisierung der Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale mit der Messung von fraktioniertem exhalierbarem Stickstoffmonoxid (kurz: FeNO-Messung) auseinandergesetzt. Der FeNO-Wert soll als Biomarker zur Diagnose und Verlaufskontrolle des Asthmas bronchiale eingesetzt werden. Es liegen derzeit keine einheitlichen Leitlinien-Empfehlungen zu dieser Thematik vor. Die Wertigkeit der Messung der Konzentration des exhalierbaren Stickstoffmonoxids (FeNO) im Rahmen der Diagnostik des Asthmas bronchiale ist Gegenstand aktueller Forschung. Die FeNO-Messung ist in Deutschland keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Eine Ausnahme ist die FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit dem Medikament Dupilumab, welche als Leistung im EBM abgebildet ist.

Zu Nummer 1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik

In der NVL Asthma [2] wurde das Kapitel „Allergologische Stufendiagnostik“ angepasst. Demnach ist erst bei Verdacht auf ein allergisches Asthma bronchiale eine allergologische Stufendiagnostik durchzuführen. Das DMP wird diesbezüglich angepasst. Nach Hinweis einer stellungnehmenden Organisation erfolgte eine weitere Anpassung in Nummer 1.2.3 in Anlehnung an den Wortlaut einer „Soll“-Empfehlung der NVL Asthma 2020.

Zu Nummer 1.3 Therapieziele

Es wurden mehrfache Untergliederungen mit Spiegelstrichen redaktionell anders angeordnet um die Übersichtlichkeit zu verbessern: Die obere Gliederungsebene wird nun mit Buchstaben und die untere Gliederungsebene mit Spiegelstrichen dargestellt. Die Untergliederung mit Buchstaben bringt keine Priorisierung zum Ausdruck.

Zu Nummer 1.4 Differenzierte Therapieplanung

Angelehnt an die Anpassung in Nummer 1.1 Definition des Asthma bronchiale wurde der Begriff „Phänotypen“ in Nummer 1.4 Differenzierte Therapieplanung ergänzt.

Zu Nummer 1.4.1 Asthmakontrolle

Für eine bessere Lesbarkeit werden die Tabellen zur Asthmakontrolle für Erwachsene sowie Kinder- und Jugendliche getrennt aufgeführt. Die Kriterien für ein kontrolliertes Asthma bronchiale bei Kinder- und Jugendlichen wurden an die Kriterien der aktualisierten NVL [2] angepasst.

Ebenfalls wurde ein Verweis zu Kapitel 1.5.9 aufgenommen, um auf den Zusammenhang zwischen Asthmakontrolle und medikamentösen Therapie(-Anpassungen) hinzuweisen. Der Absatz zu den Therapieentscheidungen wurde zudem redaktionell überarbeitet.

Zu Nummer 1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

In der NVL Asthma [2] wurde das Thema Adhärenz hervorgehoben. Das DMP wird diesbezüglich angepasst. Adhärenz definiert, wie gut die Patientin oder der Patient und/ oder die Ärztin oder der Arzt einen gemeinsam entwickelten Behandlungsplan einhalten.

Das umfasst den Weg der gemeinsamen Therapieentscheidung im Sinne eines Shared-Decision-Making, das Einhalten der Medikamenteneinnahme bis hin zur Überprüfung der Therapieadhärenz und Inhalationstechnik. Dieser kommt eine besondere Bedeutung zu, um einerseits Handhabungsfehler und andererseits Hürden in der Umsetzung von Therapievereinbarungen zu identifizieren und so andere, therapierelevante Ursachen des fehlenden Therapieansprechens auszuschließen. Zudem kann das Selbstvertrauen der Betroffenen gestärkt werden, auch bei Therapieschwierigkeiten durchzuhalten und nicht zu schnell aufzugeben. Die Ärztin oder der Arzt kann die Selbstwirksamkeitserwartung der Patientin oder des Patienten unterstützen und auf bestimmtes Verhalten, hier vor allem die korrekte Handhabung der Inhalation, hinwirken.

Durch diese Überprüfung können Medikamentenpläne konkretisiert werden, wenn eine Therapieanpassung, orientierend an der Asthmakontrolle, notwendig wird. Dies hat positive Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Patientenzufriedenheit.

Zu Nummer 1.4.3 Selbstmanagement

Unter Nummer 1.4.3 wurde das Erlernen von Selbsthilfetechniken zur Linderung von Atemnot gesondert aufgenommen, um der Bedeutung dieser Selbstmanagementkompetenz nachzukommen. In der NVL Asthma wird mit einem hohen GoR (Empfehlungsgrad A) empfohlen, dass allen Patientinnen und Patienten mit Asthma Selbsthilfetechniken bei Atemnot im Rahmen von Schulungen, Rehabilitationssport, z. B. Lungensport im Rahmen des Rehabilitationssports, physiotherapeutischen oder rehabilitativen Interventionen vermittelt werden sollen.

Die digitale medizinische Anwendung „Propeller Health“ soll unter anderem Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale darin unterstützen, mit Hilfe unterschiedlicher Tools an die Nutzung des Inhalators zur medikamentösen Therapie erinnert zu werden und damit den Effekt der Behandlung zu optimieren und die Therapieadhärenz zu steigern. Durch am Inhalator angebrachte „Propeller-Sensoren“ registriert und speichert die digitale medizinische Anwendung die erfassten Daten der Medikamentenapplikation. Patientinnen und Patienten erhalten zudem audiovisuelle Erinnerungen an die Einnahme der inhalativen Medikation. Es besteht sowohl die Möglichkeit, monatliche Zusammenfassungen der Inhalatornutzung in der digitalen medizinischen Anwendung abzurufen als auch per E-Mail an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt weiterzuleiten. Die digitale medizinische Anwendung verfügt über weitere Zusatzfunktionen (verlegten Inhalator finden, Erstellen von individuellen Asthma-Prognosen).

Zu dieser digitalen medizinischen Anwendung liegen dem G-BA Informationen aus drei randomisiert kontrollierten Studien (RCT) [9,10,11] mit Daten für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale und vier Kohortenstudien vor. Bei der Bewertung wurden die drei vorliegenden RCTs berücksichtigt, da die Evidenz in Teilen als so hochwertig eingestuft werden konnte, dass die Kohortenstudien keiner dezidierten Bewertung zugeführt wurden.

Eine systematische Recherche nach weiteren Studien erfolgte nicht.

In den primären Endpunkten der vorliegenden RCTs zeigten sich Effekte zugunsten der Interventionsgruppe.

Als klinisch relevanter und statistisch signifikanter Effekt zugunsten der Interventionsgruppe (IG) mit niedrigem Verzerrungspotenzial wird eingestuft:

- Die Adhärenz in der Einnahmefrequenz der Erhaltungstherapie erhöhte sich innerhalb von sechs Monaten in der IG (Arm 1) um durchschnittlich 12 % mehr als in der Kontrollgruppe (KG) (Moore 2021).[10]

Als klinisch relevanter und statistisch signifikanter Effekt zugunsten der IG mit hohem Verzerrungspotenzial wird eingestuft:

- Der mittlere tägliche SABA-Inhalator-Gebrauch ging innerhalb von zwölf Monaten in der IG um durchschnittlich täglich 0,41 gegenüber 0,31 in der KG zurück (Merchant 2016).[9]
- Die Anzahl SABA-freier Tage nahm im Zeitraum von 14 Wochen um 19 % in der IG gegenüber 6 % in der KG zu (Mosnaim 2020).[11]

In Zusammenschau kommt der G-BA zu dem Schluss, dass die digitale medizinische Anwendung „Propeller Health“ auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse und insbesondere aufgrund der nachgewiesenen Steigerung der Adhärenz in der Einnahmefrequenz der Regelmedikation bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale eine Möglichkeit zur Unterstützung von Aspekten des Selbstmanagements sein kann, sodass eine Geeignetheit für die Aufnahme in die Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale festgestellt wird.

Da die digitale medizinische Anwendung „Propeller Health“ zum Zeitpunkt der Beschlussfassung nicht in das Verzeichnis nach § 139e SGB V aufgenommen war und nicht Bestandteil der ambulanten GKV-Versorgung war, steht die Empfehlung unter dem Vorbehalt,

dass die Anwendung die Anforderungen an Datenschutz, Datensicherheit und technische Aspekte (entsprechend Abschnitt 2 der DiGAV, §§ 3-6) erfüllt. Für die Darlegung und Prüfung der Erfüllung dieser Anforderungen sind deshalb § 1a Absatz 4 Satz 2 und 3 DMP-A-RL zu beachten. Eine Aufnahme von „Propeller Health“ in die Programme ist nicht verpflichtend, da die adressierten Aspekte des Selbstmanagements auch in den unter 4.2 geregelten Patientenschulungen berücksichtigt werden.

Zu Nummer 1.4.4 Weitere Maßnahmen bei Jugendlichen

Das Kapitel wurde im Rahmen der Aktualisierung neu in den Anforderungstext aufgenommen, um spezielle Themen für diese Patientengruppe zu adressieren. Es werden Empfehlungen zu den Themen „Transition“ [6] und „Berufswahl bei Jugendlichen“ [2] ausgesprochen.

Zur Transition:

Individuell in Absprache mit der oder dem Jugendlichen ist zu entscheiden, wann der Wechsel in die Erwachsenenmedizin bis spätestens zum 18. Geburtstag erfolgen kann. Je nach Schweregrad der Erkrankung reicht eine einfache Transfer-Empfehlung mit Aushändigung der entsprechenden Unterlagen aus. Ggf. soll auf die lokal vorhandenen Möglichkeiten der fachübergreifenden strukturierten Transition hingewiesen werden. [6]

Zu Nummer 1.5.3 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)

Die NVL Asthma [2] empfiehlt „Patienten aller Altersgruppen soll bei der Koinzidenz von Asthma bronchiale und dysfunktionaler Atmung, inklusive Vocal Cord Dysfunction (VCD), Atemphysiotherapie angeboten werden.“ sowie „Atemphysiotherapie sollte Patienten mit Asthma bronchiale und zusätzlichem Behandlungsbedarf, z. B. bei Dyskrie oder bei durch Atemnot bedingter Angst angeboten werden“.

Das DMP Asthma bronchiale wird mit Hinweis auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses „Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL)“ sowie die beispielhafte Nennung der Leitsymptomatik der HeilM-RL zu der Indikationsgruppe „Störung der Atmung“ angeglichen. [5]

Durch die neue Einführung des Kapitels 1.5.3. Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie) ergibt sich die redaktionelle Anpassung der Folgekapitel.

Nach Hinweis einer stellungnehmenden Organisation erfolgte eine Anpassung in Nummer 1.5.3. auf Grundlage einer Empfehlung der NVL Asthma 2020 [2].

Zu Nummer 1.5.4. Körperliche Aktivitäten

Nach Hinweis mehrerer stellungnehmender Organisationen erfolgte eine Anpassung in Nummer 1.5.4. auf Grundlage einer Empfehlung der NVL Asthma 2020 [2]. Die Form des körperlichen Trainings lässt sich aus Sicht der Leitliniengruppe NVL Asthma [2] nicht eingrenzen, da sich eindeutige Aussagen hierzu aus der Evidenz nicht ableiten lassen. Wichtig ist eine Integration der Patientinnen und Patienten in ein normales sportliches Umfeld und eine Teilnahme an Schul-, Regel-, Breiten- und Ausdauersport. Lungensportgruppen stellen eine Option dar, sind aus Sicht der Leitliniengruppe jedoch eher für ältere und/oder schwerer erkrankte Patientinnen und Patienten geeignet. In der NVL Asthma [2] wird „Rehabilitationssport“ konkretisierend als „Lungensport“ bezeichnet. Wichtige Voraussetzung

für die sportliche Betätigung von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale ist eine gut eingestellte medikamentöse (Langzeit-) Therapie.

Zu Nummer 1.5.5 Rehabilitation

Der G-BA weist auf die Bedeutung der unterschiedlichen Leistungsbereiche der Rehabilitation hin. Es sind die verschiedenen Zuständigkeiten des Rehabilitationsrechts zu beachten. Hinsichtlich des Regelungsbereichs der strukturierten Behandlungsprogramme ist insbesondere für das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung die Rehabilitations-Richtlinie des G-BA maßgeblich.

Zur vollständigen Abbildung der Zielsetzung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird auf die Zielsetzung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 11 Absatz 2 SGB V) sowie im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 9 SGB VI) verwiesen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden als Komplexleistungen durch ein interdisziplinäres Team erbracht. Dabei kommen individuell angepasst Behandlungselemente aus verschiedenen Therapiebereichen, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Ergotherapie, psychologische Beratung und Therapie, Patientenschulung zur Anwendung.

Nach Hinweis einer stellungnehmenden Organisation erfolgte eine Anpassung in Nummer 1.5.5 mit Hervorhebung der Kinder- und Jugendlichen. Atemwegserkrankungen stellen eine häufige Indikation für die Verlassung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation in dieser Altersgruppe dar.

Zu Nummer 1.5.8 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

Der G-BA hat mit Beschluss des UA DMP vom 12. Dezember 2018 das generische indikationsübergreifende Kapitel „Besondere Maßnahmen bei Multimedikation“ auf Basis von Leitlinien aktualisiert. In Anlehnung an die Beschlüsse zu den DMP Osteoporose, DMP Depression, DMP KHK und DMP COPD wurde der Text angepasst.

Zu Nummer 1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen

Das Kapitel wurde grundlegend überarbeitet. In der DMP-A-RL wird nun empfohlen, die medikamentöse Therapie von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale entsprechend des Grades der Asthmakontrolle nach einem Stufenplan für Erwachsene (Stufen 1-5) oder Kinder und Jugendliche (Stufen 1-6) zu steuern.

Gemäß der Leitliniensynopse des IQWiG geben Stufenpläne vor, wie die Wirkstoffgruppen in Abhängigkeit vom Grad der Asthmakontrolle kombiniert und nach welchen Kriterien die Therapie intensiviert oder reduziert werden sollte. Dieses Behandlungsvorgehen wird in mehreren Leitlinien, teilweise mit hoher GoR-Kategorie (GoR= Grade of Recommendation), empfohlen.

Vor diesem Hintergrund erfolgte eine Änderung und Neugliederung des Kapitels 1.5.9. „Dauertherapie“ und „Bedarfstherapie“ wurden für die einzelnen Therapiestufen präzise dargestellt.

Bei der Überarbeitung berücksichtigt wurden die Empfehlungen der IQWiG-Leitliniensynopse, wonach zum einen Tiotropium (langwirkendes Anticholinergikum, kurz „LAMA“) neu als zusätzliche Dauertherapie bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei schwerem unkontrolliertem Asthma bronchiale trotz erweiterter Basistherapie mit in der DMP-A-RL aufgeführt wird. Zum

anderen haben die „systemischen“ Glukokortikosteroide ihre Rolle in der Dauertherapie weitestgehend verloren und werden nur noch als nachrangige Therapieoption genannt werden.

Gemäß der NVL Asthma 2020 [2] wird der Wirkstoff Theophyllin wegen seiner geringen therapeutischen Breite und aufgrund des Nebenwirkungsprofils nicht mehr als Basistherapeutikum empfohlen und es erfolgt deshalb keine Aufnahme mehr in der DMP-A-RL.

Die Empfehlung hinsichtlich des Zeitpunkts einer möglichen Reduktion der medikamentösen Therapie bei guter Asthmakontrolle wurde konkretisiert und an den Wortlaut der NVL Asthma angeglichen. Zudem erfolgte eine redaktionelle Klarstellung zur Auswahl der Applikationssysteme.

Es wurden zwei Tabellen (Tabelle 5 und 6) mit Abbildung der bevorzugten Empfehlungen in den jeweiligen Behandlungsstufen in die DMP-A-RL aufgenommen. Die zur Beschreibung der Dosierung der inhalativen Glukokortikosteroiden verwendeten qualitativen Dosisangaben „niedrigdosiert“, „mitteldosiert“, „hochdosiert“ und „Höchstdosis“ sollen eine orientierende Einordnung ermöglichen. Konkrete Wirkstoffe und entsprechende Dosierungen sind den jeweiligen Fachinformationen zu entnehmen.

Der Beschlusstext sowie die Inhalte der Tabellen in Kapitel 1.5.9 orientieren sich an den Empfehlungen der NVL Asthma 2020 [2] und berücksichtigen die (altersabhängigen) Zulassungseinschränkungen.

Zu Nummer 1.5.9.1 und 1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan

Zu Stufe 1 und Stufe 2

Als Bedarfstherapie können kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika (SABA) angewandt werden. Die Notwendigkeit einer antientzündlichen Therapie mit einem niedrig dosierten inhalativen Glukokortikosteroid (ICS) und der damit einhergehende Übergang zu Stufe 2 ist stets zu bedenken. Gemäß NVL Asthma [2] soll eine antientzündliche Therapie begonnen werden, wenn ein SABA von erwachsenen Patientinnen und Patienten mehr als zweimal wöchentlich angewandt wird. Bei Kindern und Jugendlichen sind noch strengere Kriterien anzulegen.

Der G-BA hat sich in einem umfassenden Diskussionsprozess mit der gemäß NVL Asthma [2] empfohlenen Fixkombination aus ICS und Formoterol zur Bedarfstherapie in den Stufen 1 und 2 auseinandergesetzt. Die Fixkombination ist derzeit zur Anwendung in dieser Indikation in Deutschland nicht zugelassen, sodass keine Empfehlung im Rahmen der DMP-A-RL erfolgt.

Zu den Stufen 3 bis 5 bei den Erwachsenen bzw. zu den Stufen 4 bis 6 bei Kindern und Jugendlichen

Die Bedarfstherapie mit der Fixkombination aus ICS und dem langwirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (LABA) Formoterol stellt bei Erwachsenen ab Therapiestufe 3 bzw. bei Kindern ab Therapiestufe 4 eine therapeutische Option dar, wenn diese Wirkstoffe auch im Rahmen der Dauertherapie eingesetzt werden (siehe auch „SMART-Strategie“= Single Maintenance and Reliever Therapy). Formoterol besitzt bei schnellem Eintritt der Wirkung zugleich eine lange Wirksamkeit.

Wirkstoffe aus der Gruppe der LABA sollen im Rahmen der Dauertherapie nur in Kombination mit einem ICS eingesetzt werden. Es wird darauf hingewiesen, dass keine Monotherapie mit einem inhalativen LABA durchgeführt werden soll (s. auch entsprechendes Qualitätsziel unter 2.).

Gemäß Fachinformation ist der Wirkstoff Montelukast aus der Gruppe der Leukotrienrezeptorantagonisten (LTRA) indiziert als Zusatzbehandlung bei Patientinnen und Patienten ab 6 Monaten, die unter einem leichten bis mittelgradigen persistierenden Asthma bronchiale leiden, das mit einem inhalativen Glukokortikosteroid (ICS) nicht ausreichend behandelt und durch die bedarfsweise Anwendung von kurz wirkenden Beta-2-Sympathomimetika (SABA) nicht ausreichend unter Kontrolle gebracht werden kann. Es kann auch eine Behandlungsalternative zu niedrig dosierten ICS bei Kindern und Jugendlichen zwischen 2 und 14 Jahren mit leichtem persistierenden Asthma sein, die in letzter Zeit keine schwerwiegenden, mit oralen Kortikosteroiden zu behandelnden Asthmaanfälle hatten und zeigten, dass sie nicht imstande sind, ICS anzuwenden. Ein Einsatz von LTRA als Monotherapie kann demzufolge nur vom vollendeten 2. bis zum vollendeten 15. Lebensjahr erfolgen.

Zu Nummer 1.5.9.3 Therapie der Exazerbation

Aufgrund der in Kapitel 1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen vorgenommen Änderungen, wird in diesem Kapitel nur noch die Therapie der Exazerbation thematisiert. Die Empfehlungen zur Bedarfstherapie erfolgen nun bereits in den vorangehenden Kapiteln 1.5.9.1 und 1.5.9.2.

Zu Nummer 1.5.9.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft

Nach Hinweis einer stellungnehmenden Organisation erfolgte eine Anpassung in Nummer 1.5.9.5 auf Grundlage einer Empfehlung der NVL Asthma 2020 [2].

Nummer 1.5.9.6 Schutzimpfungen

Die Anforderungen in Nummer 1.5.9.6 verweisen nun dynamisch auf die jeweils geltende Fassung der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese Änderung erfolgte zur Klarstellung, dass die jeweils geltenden Konkretisierungen des Leistungsanspruchs der Versicherten gemäß § 20i Absatz 1 Satz 3 SGB V und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 15 SGB V auf Schutzimpfungen für die Anforderungen an DMP maßgeblich sind.

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

Nach Hinweis einer stellungnehmenden Organisation erfolgte eine Anpassung in Nummer 1.6.2 auf Grundlage einer Empfehlung der NVL Asthma 2020 [2].

Zu Nummer 1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

Es wurden mehrfache Untergliederungen mit Spiegelstrichen redaktionell anders angeordnet um die Übersichtlichkeit zu verbessern: Die obere Gliederungsebene wird nun mit Buchstaben und die untere Gliederungsebene mit Spiegelstrichen dargestellt. Die Untergliederung mit Buchstaben bringt keine Priorisierung zum Ausdruck.

Zu Nummer 1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Nach Hinweis einer stellungnehmenden Organisation erfolgte eine Anpassung in Nummer 1.6.4 auf Grundlage von Empfehlungen der NVL Asthma 2020 [2]. Grundsätzlich ist die

Veranlassung einer Rehabilitationsleistung sowohl bei erwachsenen Patientinnen und Patienten als auch bei Kindern und Jugendlichen stets individuell zu prüfen. Die ergänzte Empfehlung soll auf den Aspekt hinweisen, dass der Überprüfung der Therapieadhärenz sowie Ermittlung von möglichen Hürden in der Umsetzung der Therapie im Rahmen einer Rehabilitation vor der Behandlung in Stufe 5 bzw. 6 eine hohe Bedeutung zukommt (NVL). Hintergrund kann unter anderem sein, dass eine medikamentöse Behandlung in Stufe 5 bzw. 6 durch Behandlung mit monoklonalen Antikörpern oder OCS zusätzliche Risiken mit sich bringen kann. Die Empfehlung zur Prüfung der Indikation zu einer insbesondere „stationären“ Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen beruht auf dem Wortlaut der Empfehlung der NVL.

Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Wegen der vorgenommenen Umformulierung in Nummer 1.2 wurde die klarstellende Formulierung, dass die Teilnahme für Versicherte, die auf Basis der bis zum [Einsetzen Tag vor Inkrafttreten nach II.] geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V eingeschrieben wurden, ohne erneute Durchführung der Einschreibediagnostik fortgesetzt wird, angepasst.

Zu Anlage 10 (Asthma bronchiale – Dokumentation)

Nach Hinweis einer stellungnehmenden Organisation erfolgte eine Anpassung in Fußnote 4 auf Grundlage einer Empfehlung der NVL Asthma 2020 [2].

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zu 1. Kapitel Verfo und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

4. Verfahrensablauf

Am 30. September 2021 begann die Arbeitsgruppe DMP Asthma mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 19 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende Tabelle).

[Tabelle Verfahrensablauf]

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
12. Mai 2021	Unterausschuss DMP	Beauftragung der AG DMP Asthma mit der Aktualisierung der Anforderungen an DMP Asthma bronchiale
30. September 2021	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
10. November 2021	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
28. Januar 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe

18. März 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
8. April 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
13. Mai 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
16. Juni 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
1. September 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
20. September 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
18. Oktober 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
17. November 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
9. Dezember 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
25. Januar 2023	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
21. Februar 2023	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
28. Februar 2023	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
2. März 2023	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
15. März 2023	UA-Sitzung	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
15. Mai 2023	UA-Sitzung	Anhörung
9. Juni 2023	AG-Sitzung	vorbereitende Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
20. Juni 2023	AG-Sitzung	vorbereitende Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

30. Juni 2023	AG-Sitzung	vorbereitende Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
12. Juli 2023	UA-Sitzung	Auswertung Stellungnahmeverfahren
20. Juli 2023	Plenum	Beschlussfassung

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Absatz 5, Absatz 5a und § 137f Absatz 2 Satz 5 und Absatz 8 Satz 2 SGB V wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 1**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL Anlagen 3 und 4 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom 15. März 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren am 17. März 2023 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 14. April 2023.

Es wurden 12 Stellungnahmen fristgerecht eingereicht. Eine Stellungnahme wurde nicht fristgerecht eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 3**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 4** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in vier Arbeitsgruppensitzungen am 9., 15., 20. und 30. Juni 2023, vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 12. Juli 2023 durchgeführt (**Anlage 4**).

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 17. März 2023 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen (vgl. **Anlage 4**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Juli 2023 beschlossen, die DMP-A-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6. Literaturverzeichnis

- Braun M, Schmidt O, Schultz T, Woehrle H, Sundrup MG, Schobel C.** Erfahrungen mit der digitalen Versorgung von Patienten mit chronischen und akuten Lungenerkrankungen während der SARS-CoV-2-Pandemie. Internist 2022;63(3):255-265.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma, Langfassung; 4. Auflage [online]. AWMF-Register-Nr.: nvl-002. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2020. [Zugriff: 10.08.2021]. URL: <https://www.leitlinien.de/themen/asthma/pdf/asthma-4aufl-vers1.pdf>.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie COPD, Teilpublikation der Langfassung; 2.

- Auflage [online]. AWMF-Register-Nr.: nvl-003. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2021. [Zugriff: 30.08.2021]. URL: <https://www.leitlinien.de/themen/copd/pdf/copd-2aufl-vers1.pdf>.
4. **Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)**. Fachärztliche Diagnostik und Therapie von Asthma; S2k-Leitlinie; Version 3.0; Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 020-009. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 07.07.2023]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-009I_S2k_Fachaerztliche-Diagnostik-Therapie-von-Asthma_2023-03.pdf.
 5. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL); zuletzt geändert am 21. Oktober 2021 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2022. [Zugriff: 29.04.2022]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2786/HeilM-RL_2021-10-21_iK-2022-04-01.pdf.
 6. **Gesellschaft für Transitionsmedizin**. Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin; S3-Leitlinie, Langfassung, Version 1.1 [online]. AWMF-Registernummer 186-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 07.04.2022]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/186-001I_S3_Transition_Paediatrie_Erwachsenenmedizin_2021-04.pdf.
 7. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)**. Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale [online]. Köln (GER): IQWiG; 2021. [Zugriff: 10.08.2021]. (IQWiG-Berichte; Band 1142). URL: https://www.iqwig.de/download/v20-02_dmp-asthma-bronchiale_abschlussbericht_v1-0.pdf?rev=214020.
 8. **KPPK Studienzentrum**. Telemedizin [online]. Koblenz (GER): KPPK. [Zugriff: 10.03.2023]. URL: <https://kppk-studienzentrum.de/telemedizin/>.
 9. **Merchant RK, Inamdar R, Quade RC**. Effectiveness of population health management using the propeller health asthma platform: a randomized clinical trial. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2016;4(3):455-463.
 10. **Moore A, Preece A, Sharma R, Heaney LG, Costello RW, Wise RA, et al**. A randomised controlled trial of the effect of a connected inhaler system on medication adherence in uncontrolled asthmatic patients. *Eur Respir J* 2021;57(6).
 11. **Mosnaim GS, Stempel DA, Gonzalez C, Adams B, BenIsrael-Olive N, Gondalia R, et al**. The impact of patient self-monitoring via electronic medication monitor and mobile app plus remote clinician feedback on adherence to inhaled corticosteroids: a randomized controlled trial. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2021;9(4):1586-1594.
 12. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE)**. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management [online]. Last update 22.03.2021. London (GBR): NICE; 2017. [Zugriff: 10.08.2021]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng80/resources/asthma-diagnosis-monitoring-and-chronic-asthma-management-pdf-1837687975621>.

13. **Qurasoft.** Rheinland-Pfalz atmet durch!: Telemedizin für eine gesunde Lunge [online]. Koblenz (GER): Qurasoft 2019. [Zugriff: 10.03.2023]. URL: <https://rlp.saniq.org/ergebnisse/>.
14. **Schmidt O, Hanrath V.** „Rheinland-Pfalz atmet durch – Telemedizin für eine gesunde Lunge“ – Telemedizin wird von Asthmatikern angenommen und verbessert deren Lebensqualität. 2020;74(S 01):26-27. Pneumologie 2020;74(S1):26-27.
15. **Schmidt O, Hanrath V.** Telemedizin für eine gesunde Lunge: Rheinland-Pfalz atmet durch [unveröffentlicht]. 2019.

7. Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage 1: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe
- Anlage 3: Stellungnahmen
- Anlage 4: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 20. Juli 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende
Prof. Hecken

**Verteiler für das Stellungnahmeverfahren
nach § 137f Abs. 2 Satz 5 sowie Abs. 8 Satz 2 SGB V und § 91
Abs. 5 und 5a SGB V zum Beschlussentwurf über die **XX.**
Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der
Anlage 10 (Asthma bronchiale -Dokumentation)**

(Stand: 15.03.2023)

- Bundesärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundeszahnärztekammer
- Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
- Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e. V.
- Deutscher Heilbäderverband e. V.
- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.
- Deutscher Allergie und Asthmabund e. V.
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e. V.
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)
- Verband Physikalische Therapie e. V.
- Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V.
- Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V.
- Bundesamt für Soziale Sicherung
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
(mit der Bitte um entsprechende Weiterleitung an die Mitgliedsgesellschaften)
- 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.
- Studiengemeinschaft Orthopädienschuhtechnik e. V.
- Bundesverband Medizintechnologie e. V.
- Bundesverband der Hörsysteme-Industrie e. V.
- Bundesinnung der Hörakustiker K.d.Ö.R
- Bitkom Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V.
- SPECTARIS – Deutscher Industrieverband für Optik, Photonik, Analysen- und Medizintechnik e. V.
- Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V.
- VDPH Verband der Diagnostica-Industrie e. V.



1 **Beschlussentwurf**

2 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die **XX.** Änderung
3 der DMP-Anforderungen-Richtlinie:
4 Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der
5 Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

6 Stand: 16.03.2023

7 **Legende:**

8 **Gelb hinterlegt:** dissente Positionen

9 **Grau hinterlegt:** durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

10 Vom **T. Monat JJJJ**

11 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ** beschlossen,
12 die Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte
13 Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)
14 (DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014 (BAnz AT
15 26.06.2014 B3, AT 26.08.2014 B2), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses
16 vom **T. Monat JJJJ** (BAnz AT **TT.MM.JJJJ BX**) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

17 I. Die Anlage 9 der DMP-Anforderungen-Richtlinie wird wie folgt gefasst:

18 „

19 **Anlage 9** „Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen
20 und Patienten mit Asthma bronchiale (ab dem vollendeten 1. Lebensjahr)

21 **1 Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter**
22 **Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten**
23 **verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors**
24 **(§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

25 **1.1 Definition des Asthma bronchiale**

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

29 **1.2 Diagnostik**

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

33

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
<p>Es lassen sich verschiedene therapierrelevante Asthmaformen (Phänotypen) unterscheiden.</p> <p>Anhand des Vorliegens bestimmter Charakteristika (Allergie, Eosinophilie, Husten als Hauptsymptom, Beschwerden nur bei intensiver Belastung, Analgetika-Intoleranz u.a.) können verschiedene Phänotypen unterschieden werden, die einer für diese spezifizierten Therapie zugeführt werden können.</p>	[keine Aufnahme]

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

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

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

42 *Tabelle 1: Unterscheidungskriterien zwischen Asthma bronchiale und COPD*

Unterscheidungsmerkmale	Asthma bronchiale	COPD
ANAMNESE / SYMPTOME		
Erkrankungsbeginn	Häufig in Kindheit und Jugend	Im höheren Lebensalter
Tabakrauchen	Nicht ursächlich. Eventuell Verschlechterung durch Tabakrauch	Häufigste Ursache der Erkrankung
Hauptbeschwerden: Luftnot, Husten, Auswurf	Variierend, ggf. anfallsartig	Chronisch, insbesondere Belastungsdyspnoe
Verlauf	Variabel, oft episodisch auftretend (z.B. saisonal / im Frühjahr)	In der Regel progredient
Allergie	Häufig	Kein Zusammenhang
DIAGNOSTIK		
Atemwegsobstruktion	Reversibel oder partiell reversibel	Kontinuierlich vorhanden, allenfalls partiell reversibel
Bronchiale Hyperreagibilität	Meistens nachweisbar	Selten nachweisbar
Eosinophile Zellen im Blut	Oft erhöht	Meist nicht erhöht
THERAPIE		
Glukokortikosteroide	Ansprechen in der Regel nachweisbar	In der Dauertherapie meist kein Ansprechen

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

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

53 **1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung**

54 Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

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

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

72 **1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik**

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

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

80 Bei Erwachsenen:

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

96 Im Alter von 5 bis 17 Jahren:

- 97 - Nachweis der Obstruktion anhand der Sollwerte der GLI für die FEV₁/FVC oder mittels
98 FEV₁/FVC kleiner 75 %
99 - Statt des fixierten Grenzwertes von FEV₁/FVC kleiner 75 % zur Charakterisierung der
100 Obstruktion können die neueren Sollwerte der GLI eingesetzt werden, die die
101 Altersabhängigkeit von FEV₁/FVC berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower
102 limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64 faches der Streuung).
103 - Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV₁ um mindestens 12 %
104 gegenüber dem Ausgangswert nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-
105 Sympathomimetikums,
106 - Zunahme der FEV₁ um mindestens 12 % gegenüber dem Ausgangswert nach bis zu 28-
107 tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe von
108 systemischen Glukokortikosteroiden,
109 - Zur Sicherung der Diagnose bei asthmatypischen Symptomen, aber normaler
110 Lungenfunktion: Nachweis einer bronchialen Hyperreaktivität durch einen
111 unspezifischen, standardisierten, nicht-inhalativen oder durch einen unspezifischen,
112 standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

113 Kinder im Alter von ein bis fünf Jahren:

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

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

120 und mindestens eines der folgenden Zusatzkriterien:

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

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

128 **1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik**

129 Nach Sicherung der Diagnose Asthma bronchiale ist bei Verdacht auf eine allergische Genese
130 zu prüfen, ob eine allergologische Stufendiagnostik durchzuführen ist.

131 Die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung soll durch

- 132 - eine allergologisch qualifizierte und pneumologisch kompetente Ärztin bzw. einen
133 allergologisch qualifizierten und pneumologisch kompetenten Arzt oder
134 - eine allergologisch und pneumologisch qualifizierte Ärztin bzw. einen allergologisch
135 und pneumologisch qualifizierten Arzt
136 - erfolgen.

137 **1.3 Therapieziele**

138 Die Therapie dient insbesondere der Erhaltung und der Verbesserung der asthmarelevanten
139 Lebensqualität und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken.

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

- 142 - Vermeidung/Reduktion

- 143 - von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome,
144 Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
 - 145 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen
146 Aktivitäten im Alltag,
 - 147 - einer Progredienz der Krankheit,
 - 148 - von unerwünschten Wirkungen der Therapie,
 - 149 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und
150 geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,
- 151 bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion
152 der bronchialen Hyperreagibilität;
- 153 - Reduktion der Asthma-bedingten Letalität,
 - 154 - adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
 - 155 - das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

156 **1.4 Differenzierte Therapieplanung**

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

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

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

172 **1.4.1 Asthmakontrolle**

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

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

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

184

185 *Tabelle 2: Grade der Asthmakontrolle bei Erwachsenen*

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

186 ¹Ohne den prophylaktischen Einsatz vor geplanter sportlicher Betätigung187 *Tabelle 3: Grade der Asthmakontrolle bei Kindern und Jugendlichen*

Grad der Asthmakontrolle (Angaben aus den letzten 4 Wochen)	kontrolliert	teilweise kontrolliert	unkontrolliert
Kriterium	alle Kriterien erfüllt	1 bis 2 Kriterien erfüllt	mindestens 3 der 4 Kriterien erfüllt
Symptome am Tage	< 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche
Nächtliche Symptome	keine	vorhanden	vorhanden
Einschränkung der Alltagsaktivitäten	keine	vorhanden	vorhanden
Einsatz der Bedarfsmedikation ¹	< 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche

188

PatV ¹ Ohne den prophylaktischen Einsatz vor geplanter intensiver sportlicher Betätigung bei Kindern und Jugendlichen unter Dauertherapie mit ICS, sofern diese in Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt sind.	GKV-SV, KBV, DKG [keine Aufnahme der Fußnote]
--	---

189

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

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

199 1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

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

202 Folgende Untersuchungen und Maßnahmen sollten bei jedem Patientenkontakt durchgeführt
 203 werden:

- 204 - Anamnese und Abschätzung des Kontrollgrades, gegebenenfalls mit Prüfung der
- 205 Asthmatagebücher/PEF-Protokolle („Peak Expiratory Flow“),

- 206 - Körperliche Untersuchung (Auskultation),
- 207 - Prüfung von Medikation und Begleitmedikation, Medikamenten- und Notfallplan,
- 208 - Prüfung der Inhalationstechnik, gegebenenfalls Einleitung von Schulungsmaßnahmen,
- 209 - Prüfung der Therapieadhärenz,
- 210 - Entscheidung über Weiterführung, Steigerung oder Absenkung der Dosis inhalativer
- 211 Glukokortikosteroide,
- 212 - Entscheidung über eventuell notwendige weitere diagnostische oder therapeutische
- 213 Maßnahmen nach Nummer 1.6.2,
- 214 - Entscheidung über das zukünftige Kontrollintervall.

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

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

220 **1.4.3 Selbstmanagement**

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

- 224 - ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen
- 225 Krankheitsauslöser (Allergien und/oder Triggerfaktoren),
- 226 - Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der
- 227 Krankheitsverschlechterung (z. B. mittels Peak-flow-Protokollierung),
- 228 - einen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin erstellten individuellen
- 229 Selbstmanagementplan,
- 230 - eine korrekte Inhalationstechnik.

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

234 **1.4.4 Weitere Maßnahmen bei Jugendlichen**

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

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

240 **1.5 Therapeutische Maßnahmen**

241 **1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen**

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

- 244 - relevante Allergene und deren Vermeidung,
- 245 - sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen) und
- 246 Möglichkeiten zur Vermeidung,
- 247 - Bedeutung von emotionaler Belastung,
- 248 - Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des
- 249 Asthma bronchiale führen können.

250 Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die
251 Patientinnen und Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens und des

252 Passivrauchens bei Asthma bronchiale auf, verbunden mit den folgenden spezifischen
253 Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben:

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

274 **1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme**

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

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

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

285 **1.5.3 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)**

286 Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemtherapie ist ein ergänzender Teil
287 der nicht-medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale. In geeigneten Fällen (z. B. bei
288 persistierender bronchialer Obstruktion) kann daher die Ärztin oder der Arzt
289 Krankengymnastik-Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinie
290 verordnen.

291 **1.5.4 Körperliche Aktivitäten**

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

294 Daher sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig darauf hinweisen,
295 dass die Patientin oder der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der
296 körperlichen Aktivität ergreift. Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal
297 jährlich überprüft werden. Insbesondere sollte darauf hingewirkt werden, dass Schulkinder
298 mit Asthma bronchiale unter Berücksichtigung der individuellen und aktuellen
299 Leistungsfähigkeit regelmäßig am Schulsport teilnehmen.

300 **1.5.5 Rehabilitation**

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

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

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

315 **1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung**

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

322 **1.5.7 Somatische Komorbiditäten**

323 Erkrankungen der oberen Atemwege:

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

328 Adipositas:

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

333 Gastroösophageale Refluxkrankheit:

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

339 **1.5.8 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation**

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

345 Die Ärztin oder der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich sämtliche von der
 346 Patientin oder dem Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der

347 Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und
348 Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig
349 vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch
350 eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren
351 an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den
352 koordinierenden Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine
353 Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder
354 dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der
355 individuellen Situation erwogen werden.

356 Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch
357 im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach
358 § 31a SGB V informiert.

359 Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab
360 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der
361 glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel
362 (eGFR) überwacht werden. Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die
363 Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall
364 der Nierenfunktion anzupassen.

365 **1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen**

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

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

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

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

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

394 In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika
395 (Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika

396 (Medikamente, die bei Bedarf, z. B. zur Behandlung von akuten Symptomen, z.B. Atemnot und
397 insbesondere bei Asthma-Anfällen eingesetzt werden) unterschieden.

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

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

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

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

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

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

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

426 **1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene**

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

430 **Stufe 1**

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

434 **Stufe 2**

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

437

KBV, DKG, PatV	Als alternative Dauertherapie kann in begründeten Fällen ein Leukotrienantagonist (LTRA) anstelle des ICS eingesetzt werden.	GKV-SV	[keine Aufnahme]
-----------------------	--	---------------	------------------

438

439 **Stufe 3**

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

450 **Stufe 4**

451 Als Dauertherapie soll bevorzugt eine Kombination aus einem mittel bis hochdosierten ICS und
 452 einem LABA eingesetzt werden. Als zweite Wahl der Dauertherapie kann diese Kombination
 453 mit LAMA ergänzt werden.
 454

<p>KBV, DKG, PatV Sofern eine Kombinationstherapie von ICS und LABA nicht in Betracht kommt, kann in begründeten Fällen als Dauertherapie auch ein kombinierter Einsatz von ICS mit einem Leukotrienantagonisten (LTRA; Montelukast) erfolgen.</p>	<p>GKV-SV [keine Aufnahme]</p>
--	--

455
 456 Die Bedarfstherapie kann entweder mit SABA erfolgen oder mit einer Kombination aus ICS
 457 und dem schnell wirkenden LABA Formoterol bei Patientinnen und Patienten, bei denen ICS
 458 und Formoterol auch im Rahmen der Dauertherapie eingesetzt werden.

459 **Stufe 5**

460 Als Dauertherapie soll ein ICS in Höchstdosis in Kombination mit LABA und LAMA eingesetzt
 461 werden. Die Indikation zur Therapie mit individuell geeigneten monoklonalen Antikörpern ist
 462 bei schwerem Asthma bronchiale zu erwägen, wenn mit der Kombinationstherapie nach drei
 463 Monaten keine Asthmakontrolle erreicht wird. Hierfür soll eine Überweisung zum
 464 qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung
 465 erfolgen. Die Gabe von oralen Glukokortikosteroiden ist eine nachrangige Therapieoption.
 466 Die Bedarfstherapie kann entweder mit einem SABA erfolgen oder mit einer Kombination aus
 467 ICS und dem schnell wirkenden LABA Formoterol bei Patientinnen und Patienten, bei denen
 468 diese Wirkstoffe auch im Rahmen der Dauertherapie eingesetzt werden.

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

471 **Tabelle 4: Medikamentöses Stufenschema Asthma-Therapie: Erwachsene**

Stufe	Bedarfstherapie	Dauertherapie	
Stufe 1	SABA	keine KBV, DKG, PatV Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden. <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td>GKV-SV [Keine Aufnahme]</td> </tr> </table>	GKV-SV [Keine Aufnahme]
GKV-SV [Keine Aufnahme]			
Stufe 2	ICS niedrigdosiert		
Stufe 3	SABA oder ICS + Formoterol (wenn Teil der Dauertherapie)	ICS niedrigdosiert + LABA (1. Wahl) oder ICS mitteldosiert	
Stufe 4		ICS mittel- bis hochdosiert + LABA (1. Wahl) oder ICS mittel- bis hochdosiert + LABA + LAMA	
Stufe 5		ICS Höchstdosis + LABA + LAMA Bei unzureichender Kontrolle: Überweisung zur qualifizierten fachärztlichen Ebene: Zur Indikationsstellung und ggf. Therapie mit geeigneten Monoklonalen Antikörper Nachrangig: OCS	

472 (In der Tabelle verwendete Abkürzungen: ICS: Inhalative Glukokortikosteroide, LABA: Lang wirkende Beta-2-
 473 Sympathomimetika, LAMA: Lang wirkende Anticholinergika, LTRA: Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten, SABA:
 474 kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika, OCS: orale Glukokortikosteroide)

475 **1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum** 476 **vollendeten 18. Lebensjahr**

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

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

485 **Stufe 1**

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

490 **Stufe 2**

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

494 **Stufe 3**

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

497 **Ab Stufe 4**

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

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

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

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

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

Stufe	Bedarfstherapie	Dauertherapie
Stufe 1	SABA**	keine
Stufe 2		ICS niedrigdosiert (1. Wahl) oder LTRA*
Stufe 3		ICS mitteldosiert
Stufe 4	SABA** oder ICS + Formoterol ab dem vollendeten 12. Lebensjahr	ICS mitteldosiert + LABA oder ICS mitteldosiert + LTRA oder ICS mitteldosiert + LABA + LTRA

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

516 * Als Monotherapie nur zugelassen vom vollendeten 2. bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.

517 ** Alternativ kann in begründeten Fällen zusätzlich oder alternativ Ipratropiumbromid gegeben werden.

518 *** Zulassung für Tiotropium ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.

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

522 1.5.9.3 Therapie der Exazerbation

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

525 Bei unzureichendem Ansprechen kommen in Betracht:

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

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

534 1.5.9.4 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung

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

539 1.5.9.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft

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

542 1.5.9.6 Schutzimpfungen

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

546 1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

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

550 **1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt**

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

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

567 **1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur**
568 **jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur**
569 **qualifizierten Einrichtung**

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

- 574 - bei schwerem unkontrolliertem Asthma bronchiale,
- 575 - zur Überprüfung der Indikation einer Dauertherapie mit systemischen
576 Glukokortikosteroiden,
- 577 - bei Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft,
- 578 - bei Einleitung einer Therapie mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper,
579 Anti-IL-5-Antikörper),
- 580 - bei Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale.

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

- 583 - bei Kindern, bei denen ein kontrolliertes Asthma bronchiale durch eine erweiterte
584 Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden nicht zu
585 erreichen ist,
- 586 - bei Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinosinusitis, rezidivierender
587 Pseudokrapp),
- 588 - zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer spezifischen Immuntherapie bei
589 allergischem Asthma bronchiale.

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

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

596 **1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus**

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

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

601 Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

- 602 - bei Erwachsenen:
 - 603 - Absinken des Peakflows unter ca. 30 % des persönlichen Bestwertes bzw. unter
 - 604 100 l/min,
 - 605 - deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung,
 - 606 - Atemfrequenz von mehr als ca. 25 pro Minute,
 - 607 - Sprech-Dyspnoe,
 - 608 - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- 609 - bei Kindern und Jugendlichen:
 - 610 - Absinken des Peakflows unter ca. 50 % des persönlichen Bestwertes,
 - 611 - fehlendes Ansprechen auf kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika,
 - 612 - deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung,
 - 613 - Sprech-Dyspnoe,
 - 614 - Einsatz der Atemhilfsmuskulatur,
 - 615 - deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz,
 - 616 - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- 617 - bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,
- 618 - bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen
- 619 Kindes.

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

622 **1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung**

623 Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. Dabei sind die
 624 Schwere des Asthma bronchiale, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen
 625 sowie die psychosoziale Belastung zu beachten.

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

628 **2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)**

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

631 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

Laufende Nummer	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
2	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit unkontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit unkontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
3	Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale bzw. deren Betreuungspersonen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (bzw. deren Betreuungspersonen), die an einer empfohlenen Asthma-Schulung

		teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, denen eine Schulung empfohlen wurde
4	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Asthma bronchiale mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
5	Niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlungen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlung des Asthmas in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale mit Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der ungeplanten, auch notfallmäßigen (ambulant und stationär) ärztlichen Behandlungen
6	Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
7	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationszeitraum die Inhalationstechnik überprüft wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit inhalativer Medikation
8	Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Monotherapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
9	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

10	Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen ab dem vollendeten 5. Lebensjahr: Hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentiertem FEV ₁ -Wert	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einmal jährlich dokumentiertem FEV ₁ -Wert in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das 5. Lebensjahr vollendet haben
----	---	---

632 **3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f**
633 **Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)**

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

638 **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

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

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

644 **3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

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

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

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

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

660 Für Versicherte, die auf Basis der bis zum **31. März 2018** geltenden Einschreibediagnostik vor
661 Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine
662 erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

663 **4 Schulungen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)**

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

669 **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

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

672 **4.2 Schulungen der Versicherten**

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

675 **5 Evaluation (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)**

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

- 678 a) Tod
- 679 b) Raucherquote allgemein
- 680 c) Raucherquote im Kollektiv der Raucher
- 681 d) Ungeplante notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale (altersspezifische
682 Auswertung)
- 683 e) Asthmakontrolle (kontrolliert, teilkontrolliert, unkontrolliert) (altersspezifische
684 Auswertung)
- 685 f) Medikation
- 686 g) Schulungen (altersspezifische Auswertung)

687 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL ist aufgrund einer
688 fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene
689 Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter festgelegt.“

690 II. Die Anlage 10 der DMP-Anforderungen-Richtlinie wird wie folgt gefasst:

691 „

692 **Anlage 10 Asthma bronchiale - Dokumentation**

Asthma bronchiale - Dokumentation		
Laufende Nummer	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber ¹	Häufiger als 2 mal wöchentlich / 2 mal wöchentlich / 1 mal wöchentlich / < 1 mal wöchentlich / Keine
1a	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation ⁴	Häufiger als 2 mal wöchentlich / 2 mal wöchentlich / 1 mal wöchentlich / < 1 mal wöchentlich / Keine
2a	In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale	Ja / Nein
2b	In den letzten vier 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 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 aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
9a	Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen ³	Ja / Nein
10	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen	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

693 ¹ Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

694 ² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden

695 Dokumentationen zu machen.

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

697 ⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: [PatV: ggf.] Ohne prophylaktische Anwendung vor Sport

698 ⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Mehrfachnennungen möglich“

699 III. Die Änderungen der Richtlinie treten am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im
700 Bundesanzeiger folgenden Quartals eines Jahres in Kraft, nicht jedoch am ersten Tag
701 des ersten Quartals eines Jahres. Folgt auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger der

702 erste Tag des ersten Quartals eines Jahres, tritt der Beschluss am ersten Tag des
703 zweiten Quartals in Kraft.

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

706 Berlin, den T. Monat JJJJ

707 Gemeinsamer Bundesausschuss
708 gemäß § 91 SGB V
709 Der Vorsitzende

710 Prof. Hecken



1 Tragende Gründe

2 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
3 über die xx. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie
4 (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale)
5 und der Anlage 10 (Asthma bronchiale – Dokumentation)

6 Vom T. Monat 20JJ

7 Stand: 16.03.2023

8 Legende:

9 **Gelb hinterlegte** Passagen: dissente Positionen

10 **Grau hinterlegte** Passagen: durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

11

12 Inhalt

13	1.	Rechtsgrundlage.....	2
14	2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
15	3.	Bürokratiekostenermittlung	20
16	4.	Verfahrensablauf	20
17	5.	Fazit.....	21
18	6.	Literaturverzeichnis.....	21
19	7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	21

20

21 **1. Rechtsgrundlage**

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

30 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

31 **Allgemeines**

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

38 Mit diesem Beschluss werden die am XX. Monat XXXX beschlossenen und als Anlagen 9 und
39 10 der DMP-A-RL in Kraft getretenen Regelungen zu Anforderungen an die Ausgestaltung von
40 strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit Asthma
41 bronchiale aktualisiert.

42 Wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung ist insbesondere die „Leitliniensynopse für
43 das DMP Asthma bronchiale“ des IQWiG vom 24. Juni 2021 [9]. Die folgenden Ausführungen
44 erläutern die Änderungen der Anforderungen an die Behandlung von Patientinnen und
45 Patienten mit Asthma bronchiale im Vergleich zu der zuvor geltenden Regelung.

46 **Zu geeigneten digitalen medizinischen Anwendungen**

47 Gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V prüft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei der
48 Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V sowie bei jeder
49 regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V die Aufnahme
50 geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.

51 Nähere Vorgaben zum Vorgehen des G-BA bei der medizinisch-inhaltlichen Prüfung auf
52 Eignung digitaler medizinischer Anwendungen zur Aufnahme in das jeweilige DMP finden sich
53 im 6. Kapitel Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA, insbesondere im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nr.
54 5 VerfO.

55 Gemäß 6. Kapitel § 4 Abs. 2 Nr. 5 S. 3 VerfO erfolgt, zusätzlich zur Ermittlung von Inhalten und
56 relevanten Themenbereichen nach 6. Kapitel § 4 Abs. 2 Nr. 4 VerfO, die Aufforderung an die
57 nach § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten
58 Organisationen, digitale medizinische Anwendungen für die jeweilige Indikation
59 vorzuschlagen. Dieses Verfahren soll dazu dienen, dem G-BA frühzeitig geeignete digitale
60 medizinische Anwendungen zur Kenntnis zu geben, um diese im Rahmen des Prüfauftrages
61 gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V berücksichtigen zu können.

62 Der Unterausschuss DMP hat am 12. Mai 2021 mit der Aktualisierung der Anforderungen an
63 DMP Asthma bronchiale begonnen. Mit Schreiben vom 25. Mai 2021 wurden die gemäß § 137f
64 Abs. 8 Satz 2 und Abs. 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen erstmals
65 aufgefordert, mit einer Frist von vier Wochen (bis zum 22. Juni 2021), geeignete digitale
66 medizinische Anwendungen für das DMP Asthma bronchiale vorzuschlagen. Die
67 stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden gebeten, Angaben zu den im 6. Kapitel
68 § 4 Absatz 2 unter Nr. 5 VerfO genannten Kriterien vorzulegen, die der G-BA dann für seine
69 Prüfung der Eignung von digitalen medizinischen Anwendungen für ein DMP heranzieht.

70 Insgesamt gingen elf Vorschläge zu digitalen medizinischen Anwendungen von vier
71 stellungnahmeberechtigten Organisationen ein. Der G-BA hat die eingegangenen Unterlagen
72 umfassend geprüft und beraten. Um die medizinisch-inhaltliche Eignung der Vorschläge zur
73 Aufnahme in das DMP Asthma bronchiale umfassend beurteilen zu können, hat der G-BA für
74 alle vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendungen eine Nachforderung von
75 Unterlagen, insbesondere von vollständig publizierten Evaluationsstudien in einer am PICO-
76 Schema orientierten Fassung, als erforderlich angesehen. Mit Schreiben vom 29. November
77 2021 hat der G-BA mit einer Frist von vier Wochen (28. Dezember 2021) den Herstellern die
78 Möglichkeit gegeben, entsprechende Unterlagen einzureichen, zu deren digitalen
79 medizinischen Anwendungen beim G-BA Vorschläge eingegangen sind.

80 Es erfolgte eine Eignungsprüfung von insgesamt zehn digitalen medizinischen Anwendungen,
81 zu denen Unterlagen eingereicht worden waren. Die Prüfung erfolgte auf der Basis dieser
82 Unterlagen sowie weiterer öffentlich zugänglicher Informationen. Bei dem elften Vorschlag
83 handelt es sich nach Angaben des Herstellers um keine digitale Anwendung im Rahmen eines
84 DMP.

85 **Atemwege gemeinsam gehen**

86 Für die digitale medizinische Anwendung „Atemwege gemeinsam gehen“ liegt nach Kenntnis
87 des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie
88 im Vergleichsgruppendesign vor.

89 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Atemwege
90 gemeinsam gehen“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der
91 Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung
92 von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
93 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
94 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig
95 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
96 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

97 Weitere Erläuterungen:

98 Die App „Atemwege gemeinsam gehen“ ist laut Herstellerangaben von AstraZeneca ein
99 digitales Schulungsangebot mit einem mehrwöchigen Trainingsprogramm mit Ausdauer- und
100 Krafttrainingskomponenten. Es enthält Informationen zu Asthmakontrolle, Lungensport und
101 weiteren patientenrelevanten Themen.

102 Der Hersteller möchte „Atemwege gemeinsam gehen“ als digitale Schulung ins DMP Asthma
103 bronchiale implementieren.

104 Für Schulungen im DMP gelten die Vorgaben der DMP-A-RL gemäß § 4 *Anforderungen an die*
105 *Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten*. Gemäß dem dortigen Absatz 3 ist für
106 eine Schulung eine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign
107 (vorzugsweise RCT, andere mögliche Studiendesigns: z.B. Kohortenstudie, Prä-Post- oder
108 historischer Vergleich, matched pair-Vergleich) vorzulegen. Die Bewertung der
109 Evaluationsstudie im Rahmen der medizinisch-inhaltlichen Prüfung auf Eignung der
110 Eigenschaften der Schulung zur Aufnahme in das jeweilige DMP erfolgt durch den G-BA und
111 ist verbindlich für die Prüfung nach § 137g SGB V.

112 Es wurde, auch auf Nachfrage, keine Studie vorgelegt.

113 Die Erkenntnisse aus den eingereichten Unterlagen zu der digitalen medizinischen
114 Anwendung „Atemwege gemeinsam gehen“ genügen nicht, um die Geeignetheit der digitalen
115 medizinischen Anwendung „Atemwege gemeinsam gehen“ für eine Aufnahme in das DMP
116 Asthma bronchiale festzustellen.

117 Für die Prüfung der Eignung der digitalen Anwendung „Atemwege gemeinsam gehen“ bedarf
118 es einer vollständig publizierten Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign mit Daten für
119 die Population von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und
120 negative Effekte der Intervention „Atemwege gemeinsam gehen“ abschätzen zu können.

121 **Nichtraucherhelden**

122 Für die digitale medizinische Anwendung „Nichtraucherhelden“ liegt nach Kenntnis des G-BA
123 zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im
124 Vergleichsgruppendesign vor.

125 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung
126 „Nichtraucherhelden“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der
127 Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 Verfo sollen für die Beseitigung
128 von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
129 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
130 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig
131 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
132 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

133 Weitere Erläuterungen:

134 Die App „Nichtraucherhelden“ soll Patientinnen und Patienten mit einer diagnostizierten
135 Tabakabhängigkeit dabei helfen, durch ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches
136 Nichtrauchercoaching, ihre Tabakabhängigkeit zu überwinden. Zu dieser digitalen
137 medizinischen Anwendung liegen Informationen eines Kongressbeitrages zu deskriptiven
138 Analysen der Programmteilnahme von 354 Personen ohne Kontrollgruppe zu mehreren
139 Evaluationszeitpunkten zwischen Dezember 2016 und August 2017 vor.

140 Unklar ist, inwieweit die Überwindung der Tabakabhängigkeit mittels dieser App erfolgreich
141 ist. Für die Prüfung der Eignung der digitalen Anwendung „Nichtraucherhelden“ bedarf es
142 einer vollständig publizierten Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign, um positive und
143 negative Effekte der Intervention „Nichtraucherhelden“ abschätzen zu können. Die
144 Erkenntnisse aus den eingereichten Unterlagen zu der digitalen medizinischen Anwendung
145 „Nichtraucherhelden“ genügen nicht, um die Geeignetheit der digitalen medizinischen

146 Anwendung „Nichtraucherhelden“ für eine Aufnahme in das DMP Asthma bronchiale
147 festzustellen.

148 Die App „Nichtraucherhelden“ wird aktuell im Rahmen einer Studie (RCT) evaluiert (Quelle:
149 DRKS-ID der Studie: DRKS00025933). Nach Vorliegen der Studienergebnisse wird im Prüfzyklus
150 des G-BA eine erneute Prüfung auf Geeignetheit für diese App vorgenommen.

151 **BreazyTrack – die Asthma App**

152 Für die digitale medizinische Anwendung „BreazyTrack – die Asthma App“ liegt nach Kenntnis
153 des G-BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie
154 im Vergleichsgruppendesign vor.

155 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung
156 „BreazyTrack – die Asthma App“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und
157 Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen
158 für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen
159 gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit
160 verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels
161 vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die
162 Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-
163 Richtlinie.

164 Weitere Erläuterungen:

165 Der Hersteller der „BreazyTrack - die Asthma-App“ gibt an, dass diese digitale medizinische
166 Anwendung das Selbstmanagement unterstützt und es Patientinnen und Patienten mit
167 Asthma bronchiale den Alltag mit der Erkrankung erleichtert. Die App ermöglicht es,
168 Umweltdaten im Blick zu behalten, gestaltet ein einfaches Selbstmanagement, hat
169 Medikamentenerinnerungsfunktion, verfügt über ein Digitales Asthma-Tagebuch sowie
170 Übungen zum Atemtraining.

171 Es liegen keine Ergebnisse zu Evaluationsdaten aus Studien zu der digitalen medizinischen
172 Anwendung „BreazyTrack - die Asthma-App“ vor.

173 Die vorliegenden Erkenntnisse zu der digitalen medizinischen Anwendung „BreazyTrack - die
174 Asthma-App“ genügen somit nicht, um die Geeignetheit der digitalen medizinischen
175 Anwendung für die Aufnahme in die Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale
176 festzustellen.

177 Für die Beurteilung der Eignung von „BreazyTrack - die Asthma-App“ bedarf es Daten aus
178 vollständig publizierten Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die
179 Population von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und negative
180 Effekte der Intervention abschätzen zu können.

181 Es ist darauf hinzuweisen, dass nach aktuellem Kenntnisstand des G-BA der Hersteller eine
182 Studie zu „BreazyTrack - die Asthma-App“ durchführen wird, zu der allerdings noch keine
183 Publikation zur Verfügung steht.

184 Der G-BA wird im Rahmen der nächsten Überprüfung der Anforderungen des DMP Asthma
185 bronchiale nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V bei gegebenenfalls veränderter Sachlage erneut
186 die Aufnahme dieser digitalen medizinischen Anwendungen prüfen.

187 **KATA® App**

188 Für die digitale medizinische Anwendung „KATA® App“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum
189 Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im
190 Vergleichsgruppendesign vor.

191 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „KATA®
192 App“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung
193 profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von
194 Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
195 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
196 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig
197 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
198 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

199 Weitere Erläuterungen:

200 Die primäre Benutzergruppe der digitalen medizinischen Anwendung „KATA® App“ umfasst
201 Menschen mit COPD sowie Asthma bronchiale.

202 Die Hersteller der „KATA® App“ geben an, mittels dieser App in einem entsprechenden
203 Mobiltelefon die Inhalation mit einem Dosieraerosol zu überprüfen. Zudem soll die „KATA®
204 App“ Nutzerinnen und Nutzer bei der täglichen Therapie mit inhalativen Medikamenten
205 unterstützen, Fehler im Inhalationsprozess zu erkennen, zu korrigieren und damit das
206 Therapieergebnis zu verbessern. Die wichtigsten Schritte Exhalation, Inhalation,
207 Atemanhalten und Ausatmung werden erklärt.

208 Zu dieser digitalen medizinischen Anwendung liegen Informationen einer nicht publizierten
209 Proof-of-Concept-Studie vor, bei denen sechs Teilnehmerinnen oder Teilnehmer das
210 komplette Protokoll durchliefen. Es wird keine Aussage zur Grunderkrankung der
211 Teilnehmenden getätigt. Aus den vorliegenden Unterlagen kann nicht beurteilt werden, ob
212 die Anwendung der digitalen medizinischen Anwendung im Rahmen der COPD-Therapie oder
213 der Asthma-Therapie spezifische Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten mit COPD
214 oder Asthma bronchiale hatte und ob möglicherweise dadurch negative Effekte für Menschen
215 mit COPD oder Asthma bronchiale bestanden, deshalb bedarf es einer vollständig publizierten
216 Evaluationsstudie mit Ergebnissen zur jeweiligen Grunderkrankung. Laut Herstellerangaben
217 ist eine Evaluationsstudie durch die Ludwig-Maximilians-Universität München geplant.

218 Die Erkenntnisse aus den eingereichten Unterlagen zu der digitalen medizinischen
219 Anwendung „KATA® App“ genügen nicht, um die Geeignetheit der digitalen medizinischen
220 Anwendung KATA® App“ für eine Aufnahme in das DMP Asthma bronchiale festzustellen.

221 Für die Prüfung der Eignung der digitalen Anwendung „KATA® App“ bedarf es einer vollständig
222 publizierten Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die Population von
223 Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und negative Effekte der
224 Intervention „KATA® App“ abschätzen zu können.

225 **Propeller Health**

226 Die Ausführungen zur digitalen medizinischen Anwendung „Propeller Health“ sind unter
227 Nummer 1.4.3 Selbstmanagement zu finden.

228 **Vivatmo**

229 Für die digitale medizinische Anwendung „Vivatmo“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum
230 Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im
231 Vergleichsgruppendesign vor.

232 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Vivatmo“
233 kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung
234 profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von
235 Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
236 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
237 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig
238 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
239 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

240 Weitere Erläuterungen:

241 „Vivatmo app“ ist eine kostenlose App der Firma Bosch Healthcare Solutions GmbH. Es handelt
242 sich um ein digitales Asthma-Tagebuch. Gemessene Peak-Flow-Werte, Medikamente,
243 Symptome (Husten, Auswurf, Atemnot, Asthma-Anfall, weitere Symptome) und Notizen
244 können manuell eingegeben werden. Nach Freigabe des Standortes wird die Pollenbelastung
245 automatisch mitgeteilt.

246 Wesentliche Funktion der Anwendung „Vivatmo app“ ist die Dokumentation von FeNO-
247 Messwerten, die mit dem separat zu kaufendem Gerät „Vivatmo me“ gemessen und via
248 Bluetooth in die App und eine Kalenderübersicht übertragen werden können.

249 Es liegen keine Ergebnisse zu Evaluationsdaten aus Studien zu der digitalen medizinischen
250 Anwendung „Vivatmo app“ und „Vivatmo me“ vor.

251 Die vorliegenden Erkenntnisse zu den digitalen medizinischen Anwendungen „Vivatmo app“
252 und „Vivatmo me“ genügen somit nicht, um die Geeignetheit der digitalen medizinischen
253 Anwendungen für die Aufnahme in die Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale
254 festzustellen.

255 Für die Beurteilung der Eignung von „Vivatmo app“ und „Vivatmo me“ bedarf es Daten aus
256 vollständig publizierten Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die
257 Population von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und negative
258 Effekte der Intervention abschätzen zu können.

259 Der G-BA wird im Rahmen der nächsten Überprüfung der Anforderungen des DMP Asthma
260 bronchiale nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V bei gegebenenfalls veränderter Sachlage erneut
261 die Aufnahme dieser digitalen medizinischen Anwendungen prüfen.

262 **Kiss my Asthma**

263 Für die digitale medizinische Anwendung „Kiss my Asthma“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum
264 Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im
265 Vergleichsgruppendesign vor.

266 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „Kiss my
267 Asthma“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung
268 profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von
269 Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
270 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
271 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig

272 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
273 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

274 Weitere Erläuterungen:

275 Die App „Kiss my Asthma“ soll der Verbesserung des Selbstmanagements bei Kindern ab 12
276 Jahren mit Asthma bronchiale dienen. Die App bietet unter anderem die Möglichkeit, über die
277 Erkrankung zu lernen und Asthmasymptome zu erfassen. Die digitale medizinische
278 Anwendung „Kiss my Asthma“ wurde in Australien entwickelt und steht ausschließlich in
279 englischer Sprache zur Verfügung.

280 Es ist anhand der bestehenden Informationen nicht ersichtlich, dass die digitale Anwendung
281 in deutscher Sprache verfügbar ist, sodass die Geeignetheit von „Kiss my Asthma“ für die
282 Versichertengruppe der eingeschriebenen DMP-Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht
283 festgestellt werden kann.

284 Der G-BA wird im Rahmen der nächsten Überprüfung der Anforderungen des DMP Asthma
285 bronchiale nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V bei gegebenenfalls veränderter Sachlage erneut
286 die Aufnahme dieser digitalen medizinischen Anwendung prüfen.

287 **OMROM Asthma Diary**

288 Für die digitale medizinische Anwendung „OMROM Asthma Diary“ liegt nach Kenntnis des G-
289 BA zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im
290 Vergleichsgruppendesign vor.

291 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „OMROM
292 Asthma Diary“ kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der
293 Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 Verfo sollen für die Beseitigung
294 von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
295 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
296 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig
297 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
298 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

299 Weitere Erläuterungen:

300 „Omrom Asthma Diary“ ist eine App zur Unterstützung der täglichen Asthmaüberwachung.
301 Zielgruppe von „OMROM Asthma Diary“ sind Patientinnen und Patienten mit Asthma
302 bronchiale und insbesondere Eltern von Kindern mit Asthma bronchiale. Unter anderem
303 erinnert die App an die Anwendung der verordneten Medikamente und eine
304 Tagebuchfunktion ermöglicht den Überblick über den Verlauf der Symptome. Eine spezielle
305 Funktion ist die Kopplung der App mit dem Atemgeräuschsensor „OMRON WheezeScan“, der
306 bei Kindern im Alter von vier Monaten bis sieben Jahren Keuchen erfassen kann. Diese
307 Anwendung soll Eltern unterstützen, einen drohenden Asthmaanfall frühzeitig zu erkennen.

308 Gemäß der Rückmeldung des Herstellers (15.12.2021) ist „Omrom Asthma Diary“ kein
309 Medizinprodukt.

310 Ebenfalls liegen keine Ergebnisse zu Evaluationsdaten aus Studien zu „Omrom Asthma Diary“
311 vor. Die Erkenntnisse aus den eingereichten Unterlagen zu „Omrom Asthma Diary“ genügen
312 somit nicht, um die Geeignetheit von „Omrom Asthma Diary“ für eine Aufnahme in das DMP
313 Asthma bronchiale festzustellen.

314 Für die Prüfung der Eignung von „Omrom Asthma Diary“ bedarf es einer vollständig
315 publizierten Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die Population von
316 Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und negative Effekte von
317 „Omrom Asthma Diary“ abschätzen zu können.

318 **SaniQ Asthma**

319 Die digitale medizinische Anwendung „SaniQ Asthma“ soll Patientinnen und Patienten mit
320 leichtem bis mittelstarkem Asthma bronchiale beim Umgang mit ihrer Erkrankung
321 unterstützen. In Eigenanwendung können durch den Patienten bzw. die Patientin medizinische
322 Messwerte und Symptome dokumentiert werden. Die digitale medizinische Anwendung
323 erinnert an die Durchführung der Messungen sowie Medikamenteneinnahmen und kann die
324 gespeicherten Messwerte im Zeitverlauf grafisch aufbereiten. Weiterhin soll der Austausch
325 zwischen den Betroffenen und ihren Behandelnden unterstützt werden und den Patientinnen
326 und Patienten Informationen über die Erkrankung und Umgebungsfaktoren (z.B. Pollenflug)
327 vermittelt werden.

328 Zu dieser digitalen medizinischen Anwendung liegen zwei Primärstudien vor, zu denen jeweils
329 eine Publikation vom Hersteller übermittelt wurden. Ein öffentlich verfügbarer
330 Studienregistrauszug wurden ebenfalls zur Prüfung herangezogen. Eigene weitere
331 systematische Recherchen zur Ermittlung potenziell weiterer, zur DiMA SaniQ Asthma fanden
332 nicht statt.

333 Bei der ersten Studie *Schmidt und Hanrath (2019)* handelt es sich um eine randomisierte
334 kontrollierte Studie (RCT), die 2018 monozentrisch in Rheinland-Pfalz durchgeführt wurde. Die
335 Studie war Teil des Modellprojekts „*Rheinland-Pfalz atmet durch – Telemedizin für eine*
336 *gesunde Lunge*“[17] zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit Asthma bronchiale.
337 In diesem Modellprojekt wurde die Behandlung der Betroffenen durch digitale
338 Unterstützungsangebote sowie ein Telemonitoring durch die Facharztpraxis ergänzt[12].

339 Gemäß Studienregistereintrag sowie dem PICO-Schema zur Studie wurden Patientinnen und
340 Patienten mit folgenden Erkrankungen gemäß ICD-10 eingeschlossen: J45, J45.0, J45.1, J45.8,
341 J45.9.

342 Die (Interventionsgruppe; IG) bestand in einer „Telemedizin-Gruppe“, in der „SaniQ Asthma“
343 als Teil eines telemedizinischen Gesamtkonzeptes eingesetzt wurde. Die von der digitalen
344 medizinischen Anwendung erfassten Daten wurden an die behandelnde Facharztpraxis
345 übertragen, sodass der Arzt oder die Ärztin die jeweiligen Werte einsehen und bei
346 Auffälligkeiten mit der Patientin oder dem Patienten kommunizieren konnte, zum Beispiel um
347 die nächsten Behandlungsschritte zu besprechen[10].

348 Die konventionell behandelte Kontrollgruppe (KG) erhielt ein handschriftliches
349 Gesundheitstagebuch zur Aufzeichnung von „Symptomverläufen“. Die Randomisierung der
350 120 Patientinnen und Patienten erfolgte 2:1 (IG n= 80; KG n=40). Der patientenindividuelle
351 Beobachtungszeitraum betrug 3 Monate.

352 In der Studie werden Daten zu vier Endpunkten vorgelegt. Die Anwendungsakzeptanz
353 („*Adhärenz*“) der Patientinnen und Patienten wurde mit von über 50 % den der tatsächlichen
354 an den vorgesehenen Messungen abgebildet, wobei die absoluten Häufigkeiten nicht genannt
355 und begründet wurden. Die Veränderung des Grades der *Asthma-Kontrolle*, die
356 *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* und der *Lungenfunktion (PEF)* in der dreimonatigen

357 Teilnahmephase sind für die IG und KG nicht vergleichend numerisch abgebildet. Erforderliche
 358 Effektgrößen (z.B. relatives Risiko, Odds Ratio) sind nicht berichtet. Die berichteten Daten bzw.
 359 statistischen Auswertungen allein für die IG (und teilweise Subgruppen der IG) ermöglichen
 360 keinen adäquaten Vergleich zwischen IG und KG, weil keine numerischen Daten für den
 361 Gruppenvergleich berichtet sind. Auch Daten entsprechender statistischer Tests zum
 362 Vergleich zwischen IG und KG liegen nicht vor.

363 Wegen der nicht berichteten Effekte im Gruppenvergleich und des hohen
 364 Verzerrungspotenzials der randomisiert kontrollierten Studie *Schmidt und Hanrath (2019)* ist
 365 die Zuverlässigkeit der Ergebnisse aus Sicht des G-BA in Frage gestellt. Ebenfalls ist die digitale
 366 medizinische Anwendung „SaniQ Asthma“ im Rahmen des Modellprojekts lediglich als Teil
 367 eines telemedizinischen Gesamtkonzeptes zur Anwendung gekommen.

368 Bei der zweiten Studie *Braun (2022)[1]* handelt es sich um eine nicht-kontrollierte
 369 Querschnittstudie zur Ermittlung der Erfahrungen von Patienten/ Patientinnen und
 370 Ärzten/Ärztinnen mit der digitalen Versorgung im Rahmen eines Programms der Versorgung
 371 in der SARS-CoV-2-Pandemie.

372 Aufgrund ihres Designs als Beobachtungsstudie ohne Verlaufserhebungen ist die Studie nicht
 373 geeignet, Wirksamkeitsfragestellung zu beantworten, da sie somit kausale Effekte nicht
 374 nachweisen kann. Sie weist zudem erhebliche methodische Limitationen auf.

375 In der Gesamtschau sind die Studien nicht geeignet, um die alleinigen Effekte von „SaniQ
 376 Asthma“. mit ausreichender Ergebnissicherheit beurteilen zu können. Die vorliegenden
 377 Erkenntnisse zu der digitalen medizinischen Anwendung „SaniQ Asthma“ genügen somit
 378 nicht, um die Geeignetheit der digitalen medizinischen Anwendung für die Aufnahme in die
 379 Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale festzustellen.

380 Für die Beurteilung der Eignung von „SaniQ Asthma“ bedarf es weiterer Daten aus vollständig
 381 publizierten Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die Population von
 382 Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und negative Effekte der
 383 Intervention abschätzen zu können.

384 **TheraKey**

385 Für die digitale medizinische Anwendung „TheraKey“ liegt nach Kenntnis des G-BA zum
 386 Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im
 387 Vergleichsgruppendesign vor.

388 Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung „TheraKey“
 389 kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung
 390 profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von
 391 Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen
 392 evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der
 393 Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig
 394 publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung
 395 für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

396 Weitere Erläuterungen:

397 „TheraKey“ ist ein indikationsübergreifendes und produktneutrales Onlineportal mit
 398 aufeinander aufbauenden Maßnahmen zur Förderung der Therapieadhärenz. „TheraKey“
 399 steht für verschiedene Indikationen zur Verfügung, unter anderem Asthma bronchiale. Das

400 „TheraKey“ Onlineportal umfasst ärztlich geprüfte und verständliche Informationen, zum
 401 Beispiel in Form von Videos, Texten, Patienten-Tools zur Dokumentation von
 402 Gesundheitsdaten, Wissensquizzes und Erfahrungsberichten.

403 Gemäß der Rückmeldung des Herstellers (20.12.2021) ist „TheraKey“ kein Medizinprodukt.

404 Ebenfalls liegen keine Ergebnisse zu Evaluationsdaten aus Studien zu „TheraKey“ vor. Die
 405 Erkenntnisse aus den eingereichten Unterlagen zu „TheraKey“ genügen somit nicht, um die
 406 Geeignetheit von „TheraKey“ für eine Aufnahme in das DMP Asthma bronchiale festzustellen.

407 Für die Prüfung der Eignung von „TheraKey“ bedarf es einer vollständig publizierten
 408 Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign mit Daten für die Population von Patientinnen
 409 und Patienten mit Asthma bronchiale, um positive und negative Effekte von „TheraKey“
 410 abschätzen zu können.

411 **Zu den Änderungen im Einzelnen:**

412 **Zu Nummer 1.2 Diagnostik**

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
<p>Die Kriterien für die Diagnose Asthma bronchiale kennzeichnen ein heterogenes Krankheitsbild mit unterschiedlichem Ansprechen auf die Behandlung.</p> <p>Unter obiger Definition lassen sich eine Reihe unterschiedlicher Asthmaformen (Phänotypen) zusammenfassen, die sich anhand klinischer (z.B. Allergie) und/ oder laborchemischer (z. B. Vermehrung von Eosinophilen im Blut) Merkmale voneinander abgrenzen lassen.[2,4,8] Folgende therapierelevante Asthmaformen lassen sich unterscheiden [4,8]:</p> <p>Allergisches (extrinsisches) Asthma bronchiale:</p> <p>Im Falle eines Nachweises von Sensibilisierungen gegen typische Allergene (z. B. im Prick-Test oder durch Messung von spezifischem IgE im Serum) bei gleichzeitigem Allergenbezug der Asthmabeschwerden wird der Begriff allergisches Asthma verwandt.</p> <p>Nicht allergisches (intrinsisches) Asthma bronchiale: keine Allergie als Ursache nachweisbar (30%-50 % der Erwachsenen)</p> <p>Mischformen von allergischem und nicht allergischem Asthma bronchiale sind möglich.</p> <p>Die Unterscheidung ist therapierelevant, da sich bei allergischem Asthma bronchiale spezifische Therapieoptionen ergeben können, wie die spezifische Immuntherapie, die Allergenkenz oder die Behandlung mit Biologika, die für Patienten mit Allergienachweis zugelassen sind.</p> <p>Eosinophiles ($>300 \text{ Eos}/\mu\text{l}$) versus nicht eosinophiles Asthma:</p> <p>Der Nachweis einer Eosnophilie weist auf ein besseres Ansprechen auf eine Behandlung mit inhalativen Kortikosteroiden und bestimmten Biologika</p>	<p>[keine Aufnahme]</p>

<p>(Omalizumab, Dupilumab, Mepolizumab, Reslizumab,,Benralizumab, Tezepelumab) hin.</p> <p>Cough- variant. Asthma bronchiale (Husten als Asthmaäquivalent):</p> <p>Chronischer trockener Husten ist das Leitsymptom. Ein Drittel dieser Patienten entwickelt ein klassisches Asthma bronchiale. Patientinnen und Patienten mit Cough-variant-Asthma bronchiale sprechen gut auf klassische antiasthmatische Therapieoptionen an.</p> <p>Asthma bronchiale bei Aspirin – Intoleranz:</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale, die eine nasale Polyposis und eine chronische Sinusitis aufweisen, können eine Intoleranz gegenüber Hemmern der Cyclooxygenase- 1 aufweisen wie Acetylsalicylsäure oder Ibuprofen. Die Identifizierung dieses Asthmatyps ist von Bedeutung, da eine Dauertherapie mit Acetylsalicylsäure (Adaptive Deaktivierung) sowohl Polyposis und Sinusitis als auch das Asthma bronchiale deutlich bessern kann.</p> <p>Asthma bronchiale und körperliche Belastung:</p> <p>Tritt eine Atemwegsobstruktion ausschließlich unter Belastung auf, wird der Begriff der anstrengungsinduzierten Bronchokonstriktion empfohlen. Bei Ausdauersport Treibenden (insbesondere Hochleistungssportler) kommt es gehäuft zur Entwicklung eines Asthmas bronchiale. Bei behandeltem Asthma bronchiale kann das Auftreten einer belastungsinduzierten Bronchokonstriktion Hinweis auf eine unzureichende Asthmakontrolle sein. Die Asthmatherapie von Leistungssportlern ist durch die Besonderheit gekennzeichnet, dass die Behandlung mit Beta-2-Sympathomimetika, die bei dieser Asthmaform als 1. Wahl gilt, den Regularien der WADA (World Anti-Doping Agency) unterliegt.</p>	
---	--

413 Um den behandelnden Ärztinnen und Ärzten eine leichtere Einordnung zu ermöglichen, wird
414 basierend auf den „NVL Asthma bronchiale“[2] und „NVL COPD“[3] vom G-BA die Tabelle 1
415 erstellt und in Kongruenz zum DMP COPD in das DMP Asthma bronchiale aufgenommen.

416 **Zu Nummer 1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik**

417 Bei der Änderung im Absatz zur Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung handelt es
418 sich um eine redaktionelle Anpassung, die zur Klarstellung dienen soll, dass eine
419 asthmatypische Anamnese zum Zeitpunkt der Einschreibung (aktueller Arztbesuch) vorliegen
420 muss. Die nachfolgend in den Spiegelstrichen aufgezählten Kriterien müssen ebenfalls erfüllt
421 sein (Vorliegen min. eines der Kriterien), jedoch dürfen diese Untersuchungsergebnisse bei
422 Einschreibung bis zu 12 Monate zurückliegen.

423 Die Anpassungen im Kapitel zur Stufendiagnostik erfolgten aufgrund veränderter Grenzwerte
424 zur diagnostischen Abklärung in den Leitlinien des IQWiG-Berichtes [NICE 2020, NVL Asthma
425 bronchiale 2020]. [2,16]

426 Die neueren GLI-Sollwerte (GLI: Global Lung Initiative), die die Altersabhängigkeit
427 berücksichtigen, sind zur Charakterisierung der Obstruktion besser geeignet als ein fixierter
428 Grenzwert FEV₁/VC kleiner 70 %. Der Messwert FEV₁/VC ist altersabhängig und liegt bei

429 lungengesunden Kindern über 75 %, bei älteren lungengesunden Erwachsenen unter 70 %.
 430 Der starre Grenzwert von 70 % kann daher zu einer Überschätzung der Obstruktion bei älteren
 431 Menschen, sowie einer Unterschätzung der Obstruktion bei jungen Menschen führen. Die GLI-
 432 Sollwerte wurden für verschiedene Altersgruppen und umfangreichere Populationen der
 433 deutschen Bevölkerung erhoben und bieten genauere Werte zur Bestimmung des
 434 Sollmittelwertes als die alten EGKS Sollwerte (EGKS: Europäische Gemeinschaft für Kohle und
 435 Stahl). Der untere Grenzwert (LLN: lower limit of normal) wird als 5. Perzentil definiert. Dies
 436 bedeutet, dass lediglich 5 % der gesunden Bevölkerung einen Messwert unterhalb des LLN
 437 aufweisen. Der LLN-Wert entspricht dem Sollmittelwert minus dem 1,64-fachen der Streuung.

438 Mit zunehmender Nutzung der GLI-Sollwerte werden diese den unphysiologischen starren
 439 Grenzwert der FEV₁/VC kleiner 70 % ersetzen. Sie werden in Deutschland derzeit noch zu
 440 selten genutzt, um sie bei allen Einschreibungen in das DMP zugrunde zu legen.

441 Entsprechend der Empfehlung der NVL Asthma bronchiale 2020, dass die Diagnose des
 442 Asthmas bronchiale nicht ausschließlich durch Anwendung der Peak-Flow-Messung (PEF)
 443 gestellt werden soll, erfolgte die Streichung des Spiegelstriches zur circadianen PEF-
 444 Variabilität als ein alleiniges weiteres Diagnosekriterium. Die Peak-Flow-Messung oder die
 445 Messung der Peak-Flow-Variabilität in der Primärdiagnostik ist als nachrangig zu betrachten,
 446 da die Technik der unspezifischen bronchialen Provokation in Deutschland breit verfügbar ist.

447 **Betr.: Einordnung der Messung der Konzentration des exhalierbaren Stickstoffmonoxids in**
 448 **die Stufendiagnostik unter 1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik) und im**
 449 **Rahmen 1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen**

KBV

Die Wertigkeit der Messung der Konzentration des exhalierbaren Stickstoffmonoxids (FeNO) im Rahmen der Diagnostik des Asthmas bronchiale ist Gegenstand aktueller Forschung, deren Ergebnisse sich teilweise bereits in den aktuellsten Leitlinien wiederfinden. Aufgrund der unterschiedlichen Zeitpunkte der Überarbeitung verschiedener Leitlinien ist der Vergleich unterschiedlicher Leitlinien aber nicht zielführend.

Es mehren sich aber die Hinweise, dass die Bestimmung des FeNO in der Diagnostik des Asthmas bronchiale hilfreich ist und eine zunehmende Bedeutung gewinnt. Die Datenlage war bisher noch nicht befriedigend, da entsprechende confirmatorische Studien nicht verfügbar waren. Die Situation hat sich aber durch eine neue Studie verändert [18]. Es ist zu erwarten, dass dies auch Eingang in die Leitlinien finden wird.

Im Moment wird lediglich die Entscheidung über eine Therapie mit dem Antikörper Dupilumab u.a. von der Höhe der Konzentration des FeNO

GKV-SV

Der G-BA hat sich im Rahmen der Aktualisierung der Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale mit der Messung von fraktioniertem exhalierbarem Stickstoffmonoxid (kurz: FeNO-Messung) auseinandergesetzt. Der FeNO-Wert soll als Biomarker zur Diagnose und Verlaufskontrolle des Asthmas bronchiale eingesetzt werden. Es liegen derzeit keine einheitlichen Leitlinien-Empfehlungen zu dieser Thematik vor. Die Wertigkeit der Messung der Konzentration des exhalierbaren Stickstoffmonoxids (FeNO) im Rahmen der Diagnostik des Asthmas bronchiale ist Gegenstand aktueller Forschung. Die FeNO-Messung ist in Deutschland keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Ausnahme ist die FeNO-Messung zur Indikationsstellung

<p>beeinflusst. Diese auf die Verschreibung des Antikörpers bezogene Bestimmung des FeNO bei schwerem Asthma bronchiale beschränkte Messung ist bereits Inhalt des Leistungskataloges der GKV.</p> <p>Die Bedeutung für die Verlaufskontrolle stellt sich ebenfalls. Die FeNO-Bestimmung könnte einen Beitrag zur Bewertung des Therapieerfolges, der Adhärenz und nicht zuletzt für die Therapieentscheidung auch im Verlauf leisten. Hier sind aber noch weitere Studien erforderlich.</p> <p>Eine vertiefte Bewertung wurde aber in Rahmen der Neuformulierung der DMP Richtlinie nicht vorgenommen. Der Grund liegt neben der noch nicht endgültig gesicherten und in Leitlinien übernommenen Bewertung überwiegend in der Tatsache, dass die FeNO-Messung nicht Inhalt des Leistungskataloges der GKV ist.</p>	<p>einer Therapie mit dem Medikament Dupilumab, welche als Leistung im EBM abgebildet ist.</p>
---	--

450 **Zu Nummer 1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik**

451 In der NVL Asthma [2] wurde das Kapitel „Allergologische Stufendiagnostik“ angepasst.
 452 Demnach ist erst bei Verdacht auf ein allergisches Asthma bronchiale eine allergologische
 453 Stufendiagnostik durchzuführen. Das DMP wird diesbezüglich angepasst.

454 **Zu Nummer 1.4 Differenzierte Therapieplanung**

<p>DKG, KBV, PatV</p> <p>Angelehnt an die Anpassung in Nummer 1.2 Diagnostik wurde der Begriff „Phänotypen“ in Nummer 1.4 Differenzierte Therapieplanung ergänzt.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Es erfolgte eine Erweiterung der Aufzählung, da sich gemäß NVL Asthma [2] verschiedene Asthmaformen („Phänotypen“) unterscheiden lassen.</p>
--	--

455 **Zu Nummer 1.4.1 Asthmakontrolle**

456 Für eine bessere Lesbarkeit werden die Tabellen zur Asthmakontrolle für Erwachsene sowie
 457 Kinder- und Jugendliche getrennt aufgeführt. Die Kriterien für ein kontrolliertes Asthma
 458 bronchiale bei Kinder- und Jugendlichen wurden an die Kriterien der aktualisierten NVL [2]
 459 angepasst.

460

<p>PatV</p> <p>Eine uneingeschränkte körperliche Belastbarkeit mit Teilnahme an sportlichen Aktivitäten ist für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen entscheidend. Diese sollte in der Regel ohne den Einsatz eines SABA möglich sein. Andernfalls ist frühzeitig die Indikation zur regelmäßigen ICS Therapie zu stellen.</p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG</p> <p>[keine Aufnahme der Fußnote]</p>
--	--

Bei Kindern und Jugendlichen mit konsequenter ICS Dauertherapie und ohne Einschränkung der Alltagsaktivitäten sollte der ausschließliche prophylaktische Einsatz des Bedarfsmedikamentes vor geplanter intensiver sportlicher Betätigung nicht als Kriterium für eine eingeschränkte Kontrolle gewertet werden [7] [15] und damit kein Grund für eine Steigerung der Therapiestufe sein.	
--	--

461 Ebenfalls wurde ein Verweis zu Kapitel 1.5.9 aufgenommen, um auf den Zusammenhang
 462 zwischen Asthmakontrolle und medikamentösen Therapie(-Anpassungen) hinzuweisen.
 463 Der Absatz zu den Therapieentscheidungen wurde zudem redaktionell überarbeitet.

464 **Zu Nummer 1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen**

465 In der NVL Asthma [2] wurde das Thema Adhärenz hervorgehoben. Das DMP wird
 466 diesbezüglich angepasst. Adhärenz definiert, wie gut die Patientin oder der Patient und/ oder
 467 die Ärztin oder der Arzt einen gemeinsam entwickelten Behandlungsplan einhalten.

468 Das umfasst den Weg der gemeinsamen Therapieentscheidung im Sinne eines Shared-
 469 Decision-Making, das Einhalten der Medikamenteneinnahme bis hin zur Überprüfung der
 470 Therapieadhärenz und Inhalationstechnik. Dieser kommt eine besondere Bedeutung zu, um
 471 einerseits Handhabungsfehler und andererseits Hürden in der Umsetzung von
 472 Therapievereinbarungen zu identifizieren und so andere, therapierelevante Ursachen des
 473 fehlenden Therapieansprechens auszuschließen. Zudem kann das Selbstvertrauen der
 474 Betroffenen gestärkt werden, auch bei Therapieschwierigkeiten durchzuhalten und nicht zu
 475 schnell aufzugeben. Die Ärztin oder der Arzt kann die Selbstwirksamkeitserwartung der
 476 Patientin oder des Patienten unterstützen und auf bestimmtes Verhalten, hier vor allem die
 477 korrekte Handhabung der Inhalation, hinwirken.

478 Durch diese Überprüfung können Medikamentenpläne konkretisiert werden, wenn eine
 479 Therapieanpassung, orientierend an der Asthmakontrolle, notwendig wird. Dies hat positive
 480 Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Patientenzufriedenheit.

481 **Zu Nummer 1.4.3 Selbstmanagement**

482 Die digitale medizinische Anwendung „Propeller Health“ soll unter anderem Patientinnen und
 483 Patienten mit Asthma bronchiale darin unterstützen, mit Hilfe unterschiedlicher Tools an die
 484 Nutzung des Inhalators zur medikamentösen Therapie erinnert zu werden und damit den
 485 Effekt der Behandlung zu optimieren und die Therapieadhärenz zu steigern. Durch am
 486 Inhalator angebrachte „Propeller-Sensoren“ registriert und speichert die digitale medizinische
 487 Anwendung die erfassten Daten der Medikamentenapplikation. Patientinnen und Patienten
 488 erhalten zudem audiovisuelle Erinnerungen an die Einnahme der inhalativen Medikation. Es
 489 besteht sowohl die Möglichkeit, monatliche Zusammenfassungen der Inhalatornutzung in der
 490 digitalen medizinischen Anwendung abzurufen als auch per E-Mail an die behandelnde Ärztin
 491 oder den behandelnden Arzt weiterzuleiten. Die digitale medizinische Anwendung verfügt
 492 über weitere Zusatzfunktionen (verlegten Inhalator finden, Erstellen von individuellen
 493 Asthma-Prognosen).

494 Zu dieser digitalen medizinischen Anwendung liegen dem G-BA Informationen aus drei
 495 randomisiert kontrollierten Studien (RCT) [11,13,14] mit Daten für Patientinnen und Patienten
 496 mit Asthma bronchiale und vier Kohortenstudien vor. Bei der Bewertung wurden die drei

497 vorliegenden RCTs berücksichtigt, da die Evidenz in Teilen als so hochwertig eingestuft werden
 498 konnte, dass die Kohortenstudien keiner dezidierten Bewertung zugeführt wurden.

499 Eine systematische Recherche nach weiteren Studien erfolgte nicht.

500 In den primären Endpunkten der vorliegenden RCTs zeigten sich Effekte zugunsten der
 501 Interventionsgruppe.

502 Als klinisch relevanter und statistisch signifikanter Effekt zugunsten der Interventionsgruppe
 503 (IG) mit niedrigem Verzerrungspotenzial wird eingestuft:

- 504 – Die Adhärenz in der Einnahmefrequenz der Erhaltungstherapie erhöhte sich innerhalb
 505 von sechs Monaten in der IG (Arm 1) um durchschnittlich 12 % mehr als in der
 506 Kontrollgruppe (KG) (Moore 2021).[13]

507 Als klinisch relevanter und statistisch signifikanter Effekt zugunsten der IG mit hohem
 508 Verzerrungspotenzial wird eingestuft:

- 509 – Der mittlere tägliche SABA-Inhalator-Gebrauch ging innerhalb von zwölf Monaten in
 510 der IG um durchschnittlich täglich 0,41 gegenüber 0,31 in der KG zurück (Merchant
 511 2016).[11]
- 512 – Die Anzahl SABA-freier Tage nahm im Zeitraum von 14 Wochen um 19 % in der IG
 513 gegenüber 6 % in der KG zu (Mosnaim 2020).[14]

514

GKV-SV	DKG, KBV, PatV
In den sekundären Endpunkten der Studien zeigten sich statistisch signifikante, aber klinisch nicht bedeutsame oder keine statistisch signifikanten Ergebnisse. Die Kontrollgruppe erhielt in den Studien jeweils keine Intervention. Es wird darauf hingewiesen, dass die Studien einige Limitationen aufweisen. Beispielsweise sind alle Studien im amerikanischen Versorgungskontext und nicht verblindet durchgeführt worden.	[keine Aufnahme]

515 In Zusammenschau kommt der G-BA zu dem Schluss, dass die digitale medizinische
 516 Anwendung „Propeller Health“ auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse und
 517 insbesondere aufgrund der nachgewiesenen Steigerung der Adhärenz in der
 518 Einnahmefrequenz der Regelmedikation bei Patientinnen und Patienten mit Asthma
 519 bronchiale eine Möglichkeit zur Unterstützung von Aspekten des Selbstmanagements sein
 520 kann, sodass eine Geeignetheit für die Aufnahme in die Anforderungen an das DMP Asthma
 521 bronchiale festgestellt wird.

522 Die Empfehlung zur digitalen medizinischen Anwendung „Propeller Health“ wird unter
 523 Vorbehalt einer positiven Prüfung hinsichtlich Datenschutz, Datensicherheit und technischer
 524 Aspekte (entsprechend Abschnitt 2 der DiGAV, §§ 3-6) durch das Bundesamt für Soziale
 525 Sicherung gegeben.

526

KBV, PatV	GKV-SV
Eine Aufnahme von „Propeller Health“ in die regionalen DMP-Verträge ist nicht verpflichtend, da die adressierten Aspekte des Selbstmanagements auch in den unter 4.2 geregelten Patientenschulungen berücksichtigt werden.	Eine Aufnahme in die Programme oder die zur Durchführung der Programme notwendigen regionalen DMP-Verträge ist nicht verpflichtend, da ein effektives Selbstmanagement auch auf andere Weise erreicht werden kann.

527

528 **Zu Nummer 1.4.4 Weitere Maßnahmen bei Jugendlichen**

529 Das Kapitel wurde im Rahmen der Aktualisierung neu in den Anforderungstext aufgenommen,
530 um spezielle Themen für diese Patientengruppe zu adressieren. Es werden Empfehlungen zu
531 den Themen „Transition“ [6] und „Berufswahl bei Jugendlichen“ [2] ausgesprochen.

532 Zur Transition:

533 Individuell in Absprache mit der oder dem Jugendlichen ist zu entscheiden, wann der Wechsel
534 in die Erwachsenenmedizin bis spätestens zum 18. Geburtstag erfolgen kann. Je nach
535 Schweregrad der Erkrankung reicht eine einfache Transfer-Empfehlung mit Aushändigung der
536 entsprechenden Unterlagen aus. Ggf. soll auf die lokal vorhandenen Möglichkeiten der
537 fachübergreifenden strukturierten Transition hingewiesen werden. [6]

538 **Zu Nummer 1.5.3 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)**

539 Die NVL Asthma [2] empfiehlt „Patienten aller Altersgruppen soll bei der Koinzidenz von
540 Asthma bronchiale und dysfunktionaler Atmung, inklusive Vocal Cord Dysfunction (VCD),
541 Atemphysiotherapie angeboten werden.“ (↑↑) sowie „Atemphysiotherapie sollte Patienten
542 mit Asthma bronchiale und zusätzlichem Behandlungsbedarf, z. B. bei Dyskrinie oder bei durch
543 Atemnot bedingter Angst angeboten werden“ (↑)

544 Das DMP Asthma bronchiale wird mit Hinweis auf die Richtlinie des Gemeinsamen
545 Bundesausschusses „Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen
546 Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL)“ sowie die beispielhafte Nennung der
547 Leitsymptomatik der HeilM-RL zu der Indikationsgruppe „Störung der Atmung“ angeglichen.
548 [5]

549 Durch die neue Einführung des Kapitels 1.5.3. Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)
550 ergibt sich die redaktionelle Anpassung der Folgekapitel.

551 **Zu Nummer 1.5.5 Rehabilitation**

552 Der G-BA weist auf die Bedeutung der unterschiedlichen Leistungsbereiche der Rehabilitation
553 hin. Es sind die verschiedenen Zuständigkeiten des Rehabilitationsrechts zu beachten.
554 Hinsichtlich des Regelungsbereichs der strukturierten Behandlungsprogramme ist
555 insbesondere für das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung die Rehabilitations-
556 Richtlinie des G-BA maßgeblich.

557 Zur vollständigen Abbildung der Zielsetzung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
558 wird auf die Zielsetzung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 11 Abs. 2 SGB V)
559 sowie im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 9 SGB VI) verwiesen.

560 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden als Komplexleistungen durch ein
 561 interdisziplinäres Team erbracht. Dabei kommen individuell angepasst Behandlungselemente
 562 aus verschiedenen Therapiebereichen, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie,
 563 Ergotherapie, psychologische Beratung und Therapie, Patientenschulung zur Anwendung.

564 **Zu Nummer 1.5.8 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation**

565 Der G-BA hat mit Beschluss des UA DMP vom 12. Dezember 2018 das generische
 566 indikationsübergreifende Kapitel „Besondere Maßnahmen bei Multimedikation“ auf Basis von
 567 Leitlinien aktualisiert. In Anlehnung an die Beschlüsse zu den DMP Osteoporose, DMP
 568 Depression, DMP KHK und DMP COPD wurde der Text angepasst.

569 **Zu Nummer 1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen**

570 Das Kapitel wurde grundlegend überarbeitet. In der DMP-A-RL wird nun empfohlen, die
 571 medikamentöse Therapie von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale
 572 entsprechend des Grades der Asthmakontrolle nach einem Stufenplan für Erwachsene (Stufen
 573 1-5) oder Kinder und Jugendliche (Stufen 1-6) zu steuern.

574 Gemäß der Leitliniensynopse des IQWiG geben Stufenpläne vor, wie die Wirkstoffgruppen in
 575 Abhängigkeit vom Grad der Asthmakontrolle kombiniert und nach welchen Kriterien die
 576 Therapie intensiviert oder reduziert werden sollte. Dieses Behandlungsvorgehen wird in
 577 mehreren Leitlinien, teilweise mit hoher GoR-Kategorie (GoR= Grade of Recommendation),
 578 empfohlen.

579 Vor diesem Hintergrund erfolgten eine Änderung und Neugliederung des Kapitels 1.5.9.
 580 „Dauertherapie“ und „Bedarfstherapie“ wurden für die einzelnen Therapiestufen präzise
 581 dargestellt.

582 Bei der Überarbeitung berücksichtigt wurden die Empfehlungen der IQWiG-Leitliniensynopse,
 583 wonach zum einen Tiotropium (langwirkendes Anticholinergikum, kurz „LAMA“) neu als
 584 zusätzliche Dauertherapie bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei schwerem unkontrolliertem
 585 Asthma bronchiale trotz erweiterter Basistherapie mit in der DMP-A-RL aufgeführt wird. Zum
 586 anderen haben die „systemischen“ Glukokortikosteroide ihre Rolle in der Dauertherapie
 587 weitestgehend verloren und werden nur noch als nachrangige Therapieoption genannt
 588 werden.

589 Gemäß der NVL Asthma 2020 [2] wird der Wirkstoff Theophyllin wegen seiner geringen
 590 therapeutischen Breite und aufgrund des Nebenwirkungsprofils nicht mehr als
 591 Basistherapeutikum empfohlen und es erfolgt deshalb keine Aufnahme mehr in der DMP-A-
 592 RL.

593 Die Empfehlung hinsichtlich des Zeitpunkts einer möglichen Reduktion der medikamentösen
 594 Therapie bei guter Asthmakontrolle wurde konkretisiert und an den Wortlaut der NVL Asthma
 595 angeglichen. Zudem erfolgte eine redaktionelle Klarstellung zur Auswahl der
 596 Applikationssysteme.

597 Es wurden zwei Tabellen (Tabelle 5 und 6) mit Abbildung der bevorzugten Empfehlungen in
 598 den jeweiligen Behandlungsstufen in die DMP-A-RL aufgenommen. Die zur Beschreibung der
 599 Dosierung der inhalativen Glukokortikosteroiden verwendeten qualitativen Dosisangaben
 600 „niedrigdosiert“, „mitteldosiert“, „hochdosiert“ und „Höchstdosis“ sollen eine orientierende

601 Einordnung ermöglichen. Konkrete Wirkstoffe und entsprechende Dosierungen sind den
602 jeweiligen Fachinformationen zu entnehmen.

603 Der Beschlusstext sowie die Inhalte der Tabellen in Kapitel 1.5.9 orientieren sich an den
604 Empfehlungen der NVL Asthma 2020 [2] und berücksichtigen die (altersabhängigen)
605 Zulassungseinschränkungen.

606 **Zu Nummer 1.5.9.1 und 1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß** 607 **Stufenplan**

608 Zu Stufe 1 und Stufe 2

609 Als Bedarfstherapie können kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika (SABA) angewandt
610 werden. Die Notwendigkeit einer antientzündlichen Therapie mit einem niedrig dosierten
611 inhalativen Glukokortikosteroid (ICS) und der damit einhergehende Übergang zu Stufe 2 ist
612 stets zu bedenken. Gemäß NVL Asthma [2] soll eine antientzündliche Therapie begonnen
613 werden, wenn ein SABA von erwachsenen Patientinnen und Patienten mehr als zweimal
614 wöchentlich angewandt wird. Bei Kindern und Jugendlichen sind noch strengere Kriterien
615 anzulegen.

616 Der G-BA hat sich in einem umfassenden Diskussionsprozess mit der gemäß NVL Asthma [2]
617 empfohlenen Fixkombination aus ICS und Formoterol zur Bedarfstherapie in den Stufen 1 und
618 2 auseinandergesetzt. Die Fixkombination ist derzeit zur Anwendung in dieser Indikation in
619 Deutschland nicht zugelassen, sodass keine Empfehlung im Rahmen der DMP-A-RL erfolgt.

620 Zu den Stufen 3 bis 5 bei den Erwachsenen bzw. zu den Stufen 4 bis 6 bei Kindern und
621 Jugendlichen

622 Die Bedarfstherapie mit der Fixkombination aus ICS und dem langwirkenden Beta-2-
623 Sympathomimetikum (LABA) Formoterol stellt bei Erwachsenen ab Therapiestufe 3 bzw. bei
624 Kindern ab Therapiestufe 4 eine therapeutische Option dar, wenn diese Wirkstoffe auch im
625 Rahmen der Dauertherapie eingesetzt werden (siehe auch „SMART-Strategie“= Single
626 Maintenance and Reliever Therapy). Formoterol besitzt bei schnellem Eintritt der Wirkung
627 zugleich eine lange Wirksamkeit.

628 Wirkstoffe aus der Gruppe der LABA sollen im Rahmen der Dauertherapie nur in Kombination
629 mit einem ICS eingesetzt werden. Es wird darauf hingewiesen, dass keine Monotherapie mit
630 einem inhalativen LABA durchgeführt werden soll (s. auch entsprechendes Qualitätsziel unter
631 2.).

632 **Zu Nummer 1.5.9.3 Therapie der Exazerbation**

633 Aufgrund der in Kapitel 1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen vorgenommenen Änderungen, wird
634 in diesem Kapitel nur noch die Therapie der Exazerbation thematisiert. Die Empfehlungen zur
635 Bedarfstherapie erfolgen nun bereits in den vorangehenden Kapiteln 1.5.9.1 und 1.5.9.2.

636 **Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

637 Wegen der vorgenommenen Umformulierung in Nummer 1.2 wurde die klarstellende
638 Formulierung, dass die Teilnahme für Versicherte, die auf Basis der bis zum **XX.XX.XXXX**
639 geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V
640 eingeschrieben wurden, ohne erneute Durchführung der Einschreibediagnostik fortgesetzt
641 wird, angepasst.

642 **3. Bürokratiekostenermittlung**

643 Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für
 644 Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren jährliche
 645 Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro.
 646 Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

647 [wird durch G-BA-GS ergänzt]

648 **4. Verfahrensablauf**

649 Am 30. September 2021 begann die Arbeitsgruppe DMP Asthma mit der Beratung zur
 650 Erstellung des Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet
 651 und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende Tabelle).

[Tabelle Verfahrensablauf]

653

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
12. Mai 2021	Unterausschuss DMP	Beauftragung der AG DMP Asthma mit der Aktualisierung der Anforderungen an DMP Asthma bronchiale
30. September 2021	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
10. November 2021	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
28. Januar 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
18. März 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
8. April 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
13. Mai 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
16. Juni 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
1. September 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
20. September 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe

18. Oktober 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
17. November 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
9. Dezember 2022	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
25. Januar 2023	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
21. Februar 2023	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
28. Februar 2023	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
2. März 2023	AG-Sitzung	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
15. März 2023	UA-Sitzung	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

654

655 Stellungnahmeverfahren

656 [wird durch G-BA-GS ergänzt]

657 5. Fazit658 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am xx. xx 20XX beschlossen, die DMP-
659 A-RL zu ändern.

660 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit/nicht mit.

661

662 6. Literaturverzeichnis663 [Hinweis: Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung
664 automatisch an das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher erfolgt die manuelle
665 Verschiebung des Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und 7.
666 Zusammenfassende Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr.]

667

668 7. Zusammenfassende Dokumentation

669 Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

670 Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

671 Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf
672 zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe

673 Anlage 4: Stellungnahmen

674 Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes
675 Wortprotokoll der Anhörung

676

677

678 Berlin, den T. Monat 20JJ

679 Gemeinsamer Bundesausschuss

680 gemäß § 91 SGB V

681 Der Vorsitzende

682 Prof. Hecken

683

684

685 1. **Braun M, Schmidt O, Schultz T, Woehrle H, Sundrup MG, Schobel C.** Erfahrungen mit
 686 der digitalen Versorgung von Patienten mit chronischen und akuten
 687 Lungenerkrankungen während der SARS-CoV-2-Pandemie. Internist 2022;63(3):255-
 688 265.

689 2. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV),
 690 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
 691 (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma, Langfassung; 4. Auflage [online].
 692 AWMF-Register-Nr.: nvl-002. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der
 693 Medizin (ÄZQ); 2020. [Zugriff: 10.08.2021]. URL:
 694 <https://www.leitlinien.de/themen/asthma/pdf/asthma-4aufl-vers1.pdf>.

695 3. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV),
 696 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
 697 (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie COPD, Teilpublikation der Langfassung; 2.
 698 Auflage [online]. AWMF-Register-Nr.: nvl-003. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für
 699 Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2021. [Zugriff: 30.08.2021]. URL:
 700 <https://www.leitlinien.de/themen/copd/pdf/copd-2aufl-vers1.pdf>.

701 4. **Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Deutsche
 702 Atemwegliga, Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, Österreichische
 703 Gesellschaft für Pneumologie.** Diagnostik und Therapie von Patienten mit Asthma;
 704 S2k-Leitlinie; Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 020-009. Berlin (GER):
 705 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
 706 (AWMF); 2017. [Zugriff: 07.11.2022]. URL:
 707 [https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-
 708 009I_S3_Asthma_Diagnostik_Therapie_2017-11_1-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-009I_S3_Asthma_Diagnostik_Therapie_2017-11_1-abgelaufen.pdf).

709 5. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Richtlinie über die Verordnung von
 710 Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL);
 711 zuletzt geändert am 21. Oktober 2021 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2022. [Zugriff:
 712 29.04.2022]. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2786/HeilM-RL_2021-10-
 713 21_iK-2022-04-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2786/HeilM-RL_2021-10-21_iK-2022-04-01.pdf).

714 6. **Gesellschaft für Transitionsmedizin.** Transition von der Pädiatrie in die
 715 Erwachsenenmedizin; S3-Leitlinie, Langfassung, Version 1.1 [online]. AWMF-
 716 Registernummer 186-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
 717 Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 07.04.2022]. URL:
 718 [https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/186-
 719 001I_S3_Transition_Paediatrie_Erwachsenenmedizin_2021-04.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/186-001I_S3_Transition_Paediatrie_Erwachsenenmedizin_2021-04.pdf).

720 7. **Global Initiative for Asthma (GINA).** Global strategy for asthma management and
 721 prevention 2022 (update) [online]. Fontana (USA): GINA; 2022. [Zugriff: 11.10.2022].
 722 URL: [https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/07/GINA-Main-Report-2022-
 723 FINAL-22-07-01-WMS.pdf](https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/07/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-07-01-WMS.pdf).

724 8. **Global Initiative for Asthma (GINA).** Global strategy for asthma management and
 725 prevention (2020 update) [online]. Fontana (USA): GINA; 2020. [Zugriff: 10.08.2021].

- 726 URL: [https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-](https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report_20_06_04-1-wms.pdf)
727 [report_20_06_04-1-wms.pdf](https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report_20_06_04-1-wms.pdf).
- 728 9. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).**
729 Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale [online]. Köln
730 (GER): IQWiG; 2021. [Zugriff: 10.08.2021]. (IQWiG-Berichte; Band 1142). URL:
731 [https://www.iqwig.de/download/v20-02_dmp-asthma-](https://www.iqwig.de/download/v20-02_dmp-asthma-bronchiale_abschlussbericht_v1-0.pdf?rev=214020)
732 [bronchiale_abschlussbericht_v1-0.pdf?rev=214020](https://www.iqwig.de/download/v20-02_dmp-asthma-bronchiale_abschlussbericht_v1-0.pdf?rev=214020).
- 733 10. **KPPK Studienzentrum.** Telemedizin [online]. Koblenz (GER): KPPK. [Zugriff:
734 10.03.2023]. URL: <https://kppk-studienzentrum.de/telemedizin/>.
- 735 11. **Merchant RK, Inamdar R, Quade RC.** Effectiveness of population health management
736 using the propeller health asthma platform: a randomized clinical trial. J Allergy Clin
737 Immunol Pract 2016;4(3):455-463.
- 738 12. **Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfälz.**
739 Rheinland-Pfalz atmet durch!: Telemedizin für eine gesunde Lunge [online]. Koblenz
740 (GER): Qurasoft 2019. [Zugriff: 10.03.2023]. URL: <https://rlp.saniq.org/ergebnisse/>.
- 741 13. **Moore A, Preece A, Sharma R, Heaney LG, Costello RW, Wise RA, et al.** A randomised
742 controlled trial of the effect of a connected inhaler system on medication adherence
743 in uncontrolled asthmatic patients. Eur Respir J 2021;57(6).
- 744 14. **Mosnaim GS, Stempel DA, Gonzalez C, Adams B, Bensrael-Olive N, Gondalia R, et al.**
745 The impact of patient self-monitoring via electronic medication monitor and mobile
746 app plus remote clinician feedback on adherence to inhaled corticosteroids: a
747 randomized controlled trial. J Allergy Clin Immunol Pract 2021;9(4):1586-1594.
- 748 15. **National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI).** 2020 Focused updates to the
749 Asthma management guidelines: A report from the national Asthma education and
750 prevention program coordinating committee expert panel working group [online].
751 Bethesda (USA): NHLBI; 2020. [Zugriff: 10.08.2021]. URL:
752 [https://www.nhlbi.nih.gov/sites/default/files/publications/AsthmaManagementGuid-](https://www.nhlbi.nih.gov/sites/default/files/publications/AsthmaManagementGuidelinesReport-2-4-21.pdf)
753 [elinesReport-2-4-21.pdf](https://www.nhlbi.nih.gov/sites/default/files/publications/AsthmaManagementGuidelinesReport-2-4-21.pdf).
- 754 16. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Asthma: diagnosis,
755 monitoring and chronic asthma management [online]. Last update 22.03.2021. London
756 (GBR): NICE; 2017. [Zugriff: 10.08.2021]. URL:
757 [https://www.nice.org.uk/guidance/ng80/resources/asthma-diagnosis-monitoring-](https://www.nice.org.uk/guidance/ng80/resources/asthma-diagnosis-monitoring-and-chronic-asthma-management-pdf-1837687975621)
758 [and-chronic-asthma-management-pdf-1837687975621](https://www.nice.org.uk/guidance/ng80/resources/asthma-diagnosis-monitoring-and-chronic-asthma-management-pdf-1837687975621).
- 759 17. **Schmidt O, Hanrath V.** „Rheinland-Pfalz atmet durch – Telemedizin für eine gesunde
760 Lunge“ – Telemedizin wird von Asthmatikern angenommen und verbessert deren
761 Lebensqualität. 2020;74(S 01):26-27. Pneumologie 2020;74(S1):26-27.
- 762 18. **Schneider A, Brunn B, Hapfelmeier A, Schultz K, Kellerer C, Jorres RA.** Diagnostic
763 accuracy of FeNO in asthma and predictive value for inhaled corticosteroid
764 responsiveness: a prospective, multicentre study. EclinicalMedicine 2022;50:101533.
765

1 Richtlinie

2 des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung
3 der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme
4 nach § 137g Absatz 2 SGB V
5 (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL):

6 *Servicedokument zum Beschluss vom T. Monat JJJJ über die XX. Änderung der DMP-*
7 *Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale)*
8 *und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)*

9 Stand: 16.03.2023

11 **Legende:**

12 **Blaue Schrift:** Ergänzungen im Vergleich zur aktuell gültigen DMP-A-RL

13 **Durchgestrichen:** Streichungen im Vergleich zur aktuell gültigen DMP-A-RL

14 **Gelb hinterlegt:** dissente Positionen

15 **Grau hinterlegt:** durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

Hinweis:

Dies ist ein Servicedokument des Gemeinsamen Bundesausschusses: www.g-ba.de. Sollten Angaben in diesem Dokument im Widerspruch zu den Regelungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie stehen, so gilt die DMP-Anforderungen-Richtlinie

18 **Anlage 9 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen** 19 **und Patienten mit Asthma bronchiale (ab dem vollendeten 1. Lebensjahr)**

20 **1 Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter**
21 **Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten**
22 **verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors**
23 **(§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

24 **1.1 Definition des Asthma bronchiale**

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

28 **1.2 Diagnostik**

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

DKG, KBV, PatV	GKV-SV [keine Aufnahme]
Es lassen sich verschiedene therapierelevante Asthmaformen (Phänotypen) unterscheiden. Anhand des Vorliegens bestimmter Charakteristika (Allergie, Eosinophilie, Husten als Hauptsymptom, Beschwerden nur bei intensiver Belastung, Analgetika-Intoleranz u.a.) können verschiedene Phänotypen unterschieden werden, die einer für diese spezifizierten Therapie zugeführt werden können.	

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

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

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

40 *Tabelle 1: Unterscheidungskriterien zwischen Asthma bronchiale und COPD*

Unterscheidungsmerkmale	Asthma bronchiale	COPD
ANAMNESE / SYMPTOME		
Erkrankungsbeginn	Häufig in Kindheit und Jugend	Im höheren Lebensalter
Tabakrauchen	Nicht ursächlich. Eventuell Verschlechterung durch Tabakrauch	Häufigste Ursache der Erkrankung
Hauptbeschwerden: Luftnot, Husten, Auswurf	Variierend, ggf. anfallsartig	Chronisch, insbesondere Belastungsdyspnoe
Verlauf	Variabel, oft episodisch auftretend (z.B. saisonal / im Frühjahr)	In der Regel progredient
Allergie	Häufig	Kein Zusammenhang
DIAGNOSTIK		
Atemwegsobstruktion	Reversibel oder partiell reversibel	Kontinuierlich vorhanden, allenfalls partiell reversibel
Bronchiale Hyperreagibilität	Meistens nachweisbar	Selten nachweisbar
Eosinophile Zellen im Blut	Oft erhöht	Meist nicht erhöht
THERAPIE		
Glukokortikosteroide	Ansprechen in der Regel nachweisbar	In der Dauertherapie meist kein Ansprechen

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

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

52 1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

53 Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- 54 - ~~w~~Wiederholtes Auftreten folgender - entweder gemeinsam oder einzeln ~~an~~gegebener
- 55 - Symptome: anfallsartige, oftmals nächtliche oder frühmorgendliche Atemnot;
 56 Brustenge; Husten mit oder ohne Auswurf; Selbstwahrnehmung von Atemgeräuschen
 57 wie Giemen und Pfeifen, insbesondere bei Allergenexposition, während oder nach
 58 körperlicher Belastung, bei Infekten, thermischen Reizen, Rauch- und Staubexposition,
- 59 - Variabilität der Symptome, oft auch abhängig von der Jahreszeit,
- 60 - ~~positive~~ Positive Familienanamnese (Allergie, Asthma bronchiale),
- 61 - ~~T~~tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten,
- 62 - ~~B~~berufsbedingte Auslöser. Haben ~~Ärztinnen und~~ Ärzte den begründeten Verdacht,
 63 dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder
 64 der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 des Siebten
 65 Buches Sozialgesetzbuch anzuzeigen. Eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale ist
 66 bei einer anerkannten Berufskrankheit nicht möglich.
- 67 - Komorbiditäten: u. a. chronische Rhinosinusitis, gesteigerter gastroösophagealer
 68 Reflux, Adipositas, Angstzustände und Depression.

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

71 1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

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

76 Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ~~ist~~ ~~sind~~ das Vorliegen einer
 77 aktuellen ~~oder längstens zwölf Monate zurückliegenden~~ asthmatischen Anamnese gemäß
 78 Nummer 1.2.1 und das Vorliegen mindestens eines der folgenden Kriterien ~~aus~~
 79 ~~Untersuchungen der letzten 12 Monate~~ erforderlich:

80 Bei Erwachsenen:

- 81 - Nachweis der Obstruktion ~~anhand der Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) für die~~
 82 ~~bei~~ $FEV_1/FVC \leq 70\%$ ~~und~~ ~~oder~~ mittels FEV_1/FVC kleiner 70 %
 83 ~~Statt des fixierten Grenzwertes von FEV_1/FVC kleiner 70 % zur Charakterisierung der~~
 84 ~~Obstruktion können die neueren Sollwerte der GLI eingesetzt werden, die die~~
 85 ~~Altersabhängigkeit von FEV_1/FVC berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower~~
 86 ~~limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64 faches der Streuung).~~

- 87 - Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV₁ um mindestens ~~12~~15 %
 88 gegenüber dem Ausgangswert und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz
 89 wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
 90 - Zunahme der FEV₁ um mindestens ~~12~~15 % gegenüber dem Ausgangswert und
 91 mindestens 200 ml nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden
 92 oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden,
 93 ~~circadiane PEF-Variabilität > 20 % über 3 bis 14 Tage,~~
 94 - Zur Sicherung der Diagnose bei asthmatischen Symptomen, aber normaler
 95 Lungenfunktion: Nachweis einer bronchialen Hyperreaktivität durch einen
 96 unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

97 Im Alter von 5 bis 17 Jahren:

- 98 - Nachweis der Obstruktion anhand der Sollwerte der GLI für die bei FEV₁/FVC \leq 75 %
 99 und/oder mittels FEV₁/FVC kleiner 75 %
 100 Statt des fixierten Grenzwertes von FEV₁/FVC kleiner 75 % zur Charakterisierung der
 101 Obstruktion können die neueren Sollwerte der GLI eingesetzt werden, die die
 102 Altersabhängigkeit von FEV₁/FVC berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower
 103 limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64 faches der Streuung).
 104 - Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV₁ um mindestens ~~12~~15 %
 105 gegenüber dem Ausgangswert nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-
 106 Sympathomimetikums,
 107 - Zunahme der FEV₁ um mindestens ~~12~~15 % gegenüber dem Ausgangswert nach bis zu
 108 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe
 109 von systemischen Glukokortikosteroiden,
 110 ~~circadiane PEF-Variabilität > 20 % über 3 bis 14 Tage,~~
 111 - Zur Sicherung der Diagnose bei asthmatischen Symptomen, aber normaler
 112 Lungenfunktion: Nachweis einer bronchialen Hyperreaktivität durch einen
 113 unspezifischen, standardisierten, nicht-inhalativen oder durch einen unspezifischen,
 114 standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

115 Kinder im Alter von ein bis fünf Jahren:

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

- 119 - \geq 3 größer gleich drei asthmatische Episoden im letzten Jahr und
 120 - Ansprechen der Symptome auf einen Therapieversuch mit antiasthmatischen
 121 Medikamenten

122 und mindestens eines der folgenden Zusatzkriterien:

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

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

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

135 **1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik**

136 ~~Bei Nach Sicherung der Diagnose Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale~~
137 ~~ist bei Verdacht auf eine allergische Genese zu prüfen, ob eine allergologische~~
138 ~~Stufendiagnostik durchzuführen ist.~~

139 Die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung soll durch

- 140 - eine allergologisch qualifizierte und pneumologisch kompetente Ärztin bzw. einen
 - 141 allergologisch qualifizierten und pneumologisch kompetenten Arzt oder
 - 142 - eine allergologisch und pneumologisch qualifizierte Ärztin bzw. einen allergologisch
 - 143 und pneumologisch qualifizierten Arzt
- 144 erfolgen.

145 **1.3 Therapieziele**

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

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

- 150 - Vermeidung/Reduktion
 - 151 - von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome,
 - 152 Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
 - 153 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen
 - 154 Aktivitäten im Alltag,
 - 155 - einer Progredienz der Krankheit,
 - 156 - von unerwünschten Wirkungen der Therapie,
 - 157 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und
 - 158 geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,
- 159 bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion
- 160 der bronchialen Hyperreagibilität;
- 161 - Reduktion der Asthma-bedingten Letalität,
- 162 - adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
- 163 - das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

164 **1.4 Differenzierte Therapieplanung**

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

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

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

180 **1.4.1 Asthmakontrolle**

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

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

189 Mit den in den folgenden Tabellen genannten Kriterien kann die Güte der Asthmakontrolle,
190 über die die medikamentöse Therapie gesteuert wird, in „kontrolliert“, „teilweise kontrolliert“
191 und „unkontrolliert“ eingeteilt werden. Bezugszeitraum sind jeweils die letzten 4 Wochen. Bei
192 ~~„kontrolliertem“ Asthma ist die Therapie adäquat und kann eventuell sogar reduziert werden,~~
193 ~~bei „teilweiser Asthmakontrolle“ ist eine Intensivierung der Behandlung zu prüfen. Bei~~
194 ~~„unkontrolliertem“ Asthma sind sofortige Therapieanpassungen erforderlich.~~
195

196

197 *Tabelle 2: Grade der Asthmakontrolle bei Erwachsenen*

Grad der Asthmakontrolle (Angaben aus den letzten 4 Wochen)	K kontrolliert (alle Kriterien erfüllt)	F teilweise kontrolliert (1 bis 2 Kriterien)	unkontrolliert
Kriterium	alle Kriterien erfüllt	1 bis 2 Kriterien erfüllt	mindestens 3 der 4 Kriterien des teilweise kontrollierten Asthmas erfüllt
Symptome tagsüber am Tage	≤ 2 mal x pro/ Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: ≤ 1 mal pro Woche)	> 2 mal x pro/ Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: > 1 mal pro Woche)	≥ 3 Kriterien des teilweise kontrollierten Asthmas innerhalb einer Woche $>$ als 2 x / Woche
Nächtliche Symptome Einschränkung der Alltagsaktivitäten	Keine	Vorhanden	Vorhanden
Nächtliche Symptome Einschränkung der Alltagsaktivitäten	Keine	Vorhanden	Vorhanden
Einsatz der Bedarfsmedikation ¹	≤ 2 mal x / pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: ≤ 1 mal pro Woche)	> 2 mal x / pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: > 1 mal pro Woche)	> 2 x / Woche

198

199

¹Ohne den prophylaktischen Einsatz vor geplanter sportlicher Betätigung

200

201 *Tabelle 3: Grade der Asthmakontrolle bei Kindern und Jugendlichen*

Grad der Asthmakontrolle (Angaben aus den letzten 4 Wochen)	kontrolliert	teilweise kontrolliert	unkontrolliert
Kriterium	alle Kriterien erfüllt	1 bis 2 Kriterien erfüllt	mindestens 3 der 4 Kriterien erfüllt
Symptome am Tage	< 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche
Nächtliche Symptome	keine	vorhanden	vorhanden
Einschränkung der Alltagsaktivitäten	keine	vorhanden	vorhanden
Einsatz der Bedarfsmedikation ¹	< 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche

202

PatV ¹ Ohne den prophylaktischen Einsatz vor geplanter intensiver sportlicher Betätigung bei Kindern und Jugendlichen unter Dauertherapie mit ICS, sofern diese in Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt sind.	GKV-SV, KBV, DKG [keine Aufnahme der Fußnote]
--	---

203

204 Darüber hinaus ~~sollten~~ **sollen** für die Therapiesteuerung auch die aktuellen Ergebnisse der
 205 Lungenfunktionsprüfung und die Häufigkeit von Exazerbationen innerhalb der letzten zwölf
 206 Monate berücksichtigt werden. Hinweise auf ein teilweise kontrolliertes Asthma bronchiale
 207 oder unkontrolliertes Asthma bronchiale sind auch gegeben, wenn die Lungenfunktion
 208 eingeschränkt ist oder mindestens eine Exazerbation innerhalb der letzten zwölf Monate
 209 aufgetreten ist. ~~Dies sollte bei der Therapiesteuerung berücksichtigt werden.~~

210 Die Asthmakontrolle beruht somit auf klinisch leicht zu erfassenden Parametern und ist
 211 ~~sowohl~~ für die langfristige Verlaufskontrolle **geeignet und bildet als auch als** Grundlage der
 212 **medikamentösen Therapie (-Anpassungen) gemäß Nummer 1.5.9** ~~geeignet~~.

213 1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

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

216 Folgende Untersuchungen und Maßnahmen sollten bei jedem Patientenkontakt durchgeführt
 217 werden:

- 218 - Anamnese und Abschätzung des Kontrollgrades, gegebenenfalls mit Prüfung der
- 219 Asthmatagebücher/PEF-Protokolle („Peak Expiratory Flow“),
- 220 - Körperliche Untersuchung (Auskultation),
- 221 - Prüfung ~~der~~ **von** Medikation und Begleitmedikation, Medikamenten- und Notfallplan,
- 222 - Prüfung der Inhalationstechnik, gegebenenfalls Einleitung von Schulungsmaßnahmen,
- 223 - **Prüfung der Therapieadhärenz,**
- 224 - Entscheidung über Weiterführung, Steigerung oder Absenkung der Dosis inhalativer
- 225 Glukokortikosteroide,

- 226 - Entscheidung über eventuell notwendige weitere diagnostische oder therapeutische
227 Maßnahmen nach Nummer 1.6.2,
228 - Entscheidung über das zukünftige Kontrollintervall.

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

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

234 **1.4.3 Selbstmanagement**

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

- 238 - ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen
239 Krankheitsauslöser (Allergien und/oder Triggerfaktoren),
240 - Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der
241 Krankheitsverschlechterung (z. B. mittels Peak-flow-Protokollierung),
242 - einen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin erstellten individuellen
243 Selbstmanagementplan,
244 - eine korrekte Inhalationstechnik.

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

248 **1.4.4 Weitere Maßnahmen bei Jugendlichen**

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

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

254 **1.5 Therapeutische Maßnahmen**

255 **1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen**

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

- 258 - relevante Allergene und deren Vermeidung,
259 - sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen) und
260 Möglichkeiten zur Vermeidung,
261 - Bedeutung von emotionaler Belastung,
262 - Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des
263 Asthma bronchiale führen können.

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

- 268 - Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder
269 Konsultation erfragt werden.

- 270 - Raucherinnen und Raucher sollten in einer klaren und persönlichen Form dazu
271 motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
272 - Es ist festzustellen, ob die Raucherin oder der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen
273 Ausstiegsversuch zu beginnen.
274 - Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur
275 Raucherentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse,
276 insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten
277 Tabakentwöhnung und geeignete, ~~von~~ **von der Patientin oder dem** vom Patienten selbst
278 zu tragende Medikamente.
279 - Jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit Asthma bronchiale soll
280 Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten
281 Tabakentwöhnungsprogramm erhalten.
282 - Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem
283 Ausstiegsdatum.
284 - Nicht entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher sollen zum Rauchverzicht
285 motiviert werden.
286 - Die Betreuungspersonen sollen über die Risiken des Passivrauchens für asthmakranke
287 Kinder und die Notwendigkeit einer rauchfreien Umgebung informiert werden.

288 **1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme**

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

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

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

299 **1.5.3 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)**

300 **Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemtherapie ist ein ergänzender Teil**
301 **der nicht-medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale. In geeigneten Fällen (z. B. bei**
302 **persistierender bronchialer Obstruktion) kann daher die Ärztin oder der Arzt**
303 **Krankengymnastik-Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinie**
304 **verordnen.**

305 ~~1.5.3~~ **1.5.4 Körperliche Aktivitäten**

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

308 Daher sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig darauf hinweisen,
309 dass die Patientin oder der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der
310 körperlichen Aktivität ergreift. Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal
311 jährlich überprüft werden. Insbesondere sollte darauf hingewirkt werden, dass Schulkinder
312 mit Asthma bronchiale unter Berücksichtigung der individuellen und aktuellen
313 Leistungsfähigkeit regelmäßig am Schulsport teilnehmen.

314 ~~1.5.4~~ **1.5.5 Rehabilitation**

315 Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist **eine interdisziplinäre und**
316 **multimodale Maßnahme ein Prozess, bei dem der asthmakranke** Patientinnen und Patienten

317 mit Asthma bronchiale Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die ihre
 318 individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und/oder
 319 aufrechtzuerhalten, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen
 320 oder zu vermindern oder sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, um
 321 somit ihre und selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
 322 teilzuhaben zu fördern. Eine Rehabilitationsleistung Leistung zur medizinischen Rehabilitation
 323 verfolgt das Ziel, soll Benachteiligungen die durch ein Asthma bronchiale resultierenden
 324 Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe und/oder ihre Begleit- und
 325 Folgeerkrankungen zu vermeiden, zu vermindern helfen oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei
 326 ist den besonderen Bedürfnissen betroffener Kinder und Jugendlicher Rechnung zu tragen.

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

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

331 ~~1.5.5~~ 1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

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

338 ~~1.5.6~~ 1.5.7 Somatische Komorbiditäten

339 Erkrankungen der oberen Atemwege:

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

344 Adipositas:

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

349 Gastroösophageale Refluxkrankheit:

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

355 ~~1.5.7~~ 1.5.8 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

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

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

373 **Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch**
 374 **im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach**
 375 **§ 31a SGB V informiert.**

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

379 Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab
 380 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der
 381 ~~Glomerulären~~ **glomerulären** Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer
 382 Schätzformel (eGFR) überwacht werden. Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion
 383 sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das
 384 Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.

385 ~~1.5.8~~ **1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen**

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

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

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

399 ~~In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika~~
 400 ~~(Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika~~
 401 ~~(Medikamente, die bei Bedarf, z. B. bei zu erwartenden körperlichen Belastungssituationen,~~
 402 ~~zur Behandlung von Dyspnoe und insbesondere bei Asthma-Anfällen eingesetzt werden)~~
 403 ~~unterschieden.~~

404 In der Inhalationstherapie ist nur die im Bronchialsystem deponierte Medikamentenmenge
 405 wirksam. Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege, dem
 406 Atemmuster, der Partikelgröße und dem jeweiligen Applikationssystem. Es sollte daher das
 407 Applikationssystem und die Instruktion bezüglich der Anwendung individuell an die
 408 Bedürfnisse und Fähigkeiten (insbesondere Alter und Koordination) angepasst werden. Bei
 409 Kleinkindern und Vorschulkindern sollten Treibgasdosieraerosole mit Spacer bevorzugt

410 werden. Eine Gesichtsmaske soll nur so lange angewendet werden, bis das Kind durch das
411 Mundstück eines Spacers atmen kann.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

454 ~~1.5.8.1 Dauertherapie bei Erwachsenen~~

455 **1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene**

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

459 **Stufe 1**

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

463 **Stufe 2**

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

<p>KBV, DKG, PatV Als alternative Dauertherapie kann in begründeten Fällen ein Leukotrienantagonist (LTRA) anstelle des ICS eingesetzt werden.</p>	<p>GKV-SV [keine Aufnahme]</p>
---	---

466

467 **Stufe 3**

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

478 **Stufe 4**

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

<p>KBV, DKG, PatV Sofern eine Kombinationstherapie von ICS und LABA nicht in Betracht kommt, kann in begründeten Fällen als Dauertherapie auch ein kombinierter Einsatz von ICS mit einem Leukotrienantagonisten (LTRA; Montelukast) erfolgen.</p>	<p>GKV-SV [keine Aufnahme]</p>
---	---

482

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

486 **Stufe 5**

487 Als Dauertherapie soll ein ICS in Höchstdosis in Kombination mit LABA und LAMA eingesetzt
 488 werden. Die Indikation zur Therapie mit individuell geeigneten monoklonalen Antikörpern ist
 489 bei schwerem Asthma bronchiale zu erwägen, wenn mit der Kombinationstherapie nach drei
 490 Monaten keine Asthmakontrolle erreicht wird. Hierfür soll eine Überweisung zum

491 qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung
 492 erfolgen. Die Gabe von oralen Glukokortikosteroiden ist eine nachrangige Therapieoption.
 493 Die Bedarfstherapie kann entweder mit einem SABA erfolgen oder mit einer Kombination aus
 494 ICS und dem schnell wirkenden LABA Formoterol bei Patientinnen und Patienten, bei denen
 495 diese Wirkstoffe auch im Rahmen der Dauertherapie eingesetzt werden.

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

498 *Tabelle 4: Medikamentöses Stufenschema Asthma-Therapie: Erwachsene*

499

Stufe	Bedarfstherapie	Dauertherapie		
Stufe 1	SABA	keine <table border="1"> <tr> <td>KBV, DKG, PatV Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden.</td> <td>GKV-SV [Keine Aufnahme]</td> </tr> </table>	KBV, DKG, PatV Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden.	GKV-SV [Keine Aufnahme]
KBV, DKG, PatV Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden.		GKV-SV [Keine Aufnahme]		
Stufe 2	ICS niedrigdosiert			
Stufe 3	SABA oder ICS + Formoterol (wenn Teil der Dauertherapie)	ICS niedrigdosiert + LABA (1. Wahl) oder ICS mitteldosiert		
Stufe 4		ICS mittel- bis hochdosiert + LABA (1. Wahl) oder ICS mittel- bis hochdosiert + LABA + LAMA		
Stufe 5		ICS Höchstdosis + LABA + LAMA Bei unzureichender Kontrolle: Überweisung zur qualifizierten fachärztlichen Ebene: Zur Indikationsstellung und ggf. Therapie mit geeigneten Monoklonalen Antikörper Nachrangig: OCS		

500 (In der Tabelle verwendete Abkürzungen: ICS: Inhalative Glukokortikosteroide, LABA: Lang wirkende Beta-2-
 501 Sympathomimetika, LAMA: Lang wirkende Anticholinergika, LTRA: Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten, SABA:
 502 kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika, OCS: orale Glukokortikosteroide)

503 ~~Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:~~

504 1. ~~Basistherapie~~

- 505 ~~— inhalative Glukokortikosteroide,~~
- 506 ~~2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen zusätzlich zur Gabe von inhalativen~~
- 507 ~~Glukokortikosteroiden in Betracht:~~
- 508 ~~— inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika~~
- 509 ~~— Wenn trotz dieser erweiterten Basistherapie ein unkontrolliertes Asthma bronchiale~~
- 510 ~~besteht, stehen zur Modifikation bzw. Eskalation zur Verfügung:~~
- 511 ~~— langwirksame Anticholinergika~~
- 512 ~~— systemische Glukokortikosteroide~~
- 513 ~~— Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten~~
- 514 ~~— Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)~~
- 515 ~~— Antikörper~~
- 516 ~~Bei Patientinnen und Patienten mit trotz Ausschöpfung einer erweiterten~~
- 517 ~~Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem schwerem persistierendem Asthma~~
- 518 ~~bronchiale kann eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper oder Anti-~~
- 519 ~~IL-5-Antikörper) erwogen werden. Hierfür soll eine Überweisung zum qualifizierten~~
- 520 ~~Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen.~~
- 521 ~~Bei Undurchführbarkeit einer Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (z. B. Ablehnung~~
- 522 ~~oder Unverträglichkeit) als Basismedikation ist vor Verordnung einer unterlegenen~~
- 523 ~~alternativen antientzündlichen Therapie ein Aufklärungsgespräch über Risiken dieser~~
- 524 ~~Therapieoptionen zu führen.~~
- 525 ~~1.5.8.2 Dauertherapie bis zum vollendeten 18. Lebensjahr~~
- 526 **1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten**
- 527 **18. Lebensjahr**
- 528 Eine Bedarfsmedikation soll in jeder Therapiestufe bei akuten asthmatischen Beschwerden
- 529 eingesetzt werden und vorrangig mit einem kurz wirkenden Beta-2-Sympathomimetikum
- 530 (SABA) erfolgen. In begründeten Fällen kann Ipratropiumbromid alternativ oder zusätzlich
- 531 zum SABA gegeben werden.
- 532 Zur Dauertherapie sollen inhalative Kortikosteroide (ICS) als Basistherapie ab Stufe 2
- 533 eingesetzt werden. Die medikamentöse Dauertherapie soll so angepasst werden, dass alle
- 534 Alltagsaktivitäten ohne Bedarfsmedikation möglich sind. Bei der Verordnung sind die
- 535 altersabhängigen Zulassungseinschränkungen zu berücksichtigen.
- 536 **Stufe 1**
- 537 Bei geringgradigen, selten auftretenden Beschwerden kann eine Bedarfstherapie mit kurz
- 538 wirkenden Beta-2-Sympathomimetika (SABA) ausreichend sein.
- 539 Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen
- 540 individuell geprüft werden.
- 541 **Stufe 2**
- 542 Zusätzlich zur Bedarfstherapie mit SABA soll ein niedrigdosiertes ICS als Dauertherapie
- 543 eingesetzt werden. In begründeten Fällen kann alternativ als Dauertherapie der Einsatz eines
- 544 Leukotrienrezeptorantagonisten (LTRA; Montelukast) erfolgen.
- 545 **Stufe 3**
- 546 Zusätzlich zur Bedarfstherapie mit SABA soll als Dauertherapie in Stufe 3 ein mitteldosiertes
- 547 ICS als Monotherapie angewandt werden.

548 **Ab Stufe 4**

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

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

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

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

566 *Tabelle 5: Medikamentöses Stufenschema Asthma-Therapie: Kinder und Jugendliche*
 567

Stufe	Bedarfstherapie	Dauertherapie
Stufe 1	SABA**	keine
Stufe 2		ICS niedrigdosiert (1. Wahl) oder LTRA*
Stufe 3		ICS mitteldosiert
Stufe 4	SABA** oder ICS + Formoterol ab dem vollendeten 12. Lebensjahr (wenn auch Teil der Langzeittherapie)	ICS mitteldosiert + LABA oder ICS mitteldosiert + LTRA oder ICS mitteldosiert + LABA + LTRA Bei unzureichender Kontrolle: ICS mitteldosiert + LABA + LTRA + LAMA*** (Tiotropium)
Stufe 5		Bei einem ab Stufe 4 nicht ausreichend kontrollierten Asthma Überweisung zu einer pädiatrischen Pneumologin/ zu einem pädiatrischen Pneumologen oder in ein kinder Pneumologisches Zentrum, um weitere therapeutische Optionen (wie eine hohe ICS-Dosis) zu erwägen.

Stufe 6	Zusätzlich zu Stufe 5 Geeignete Monoklonale Antikörper (wenn Indikation es erlaubt) Nachrangig: OCS
----------------	---

568

569 * *Als Monotherapie nur zugelassen vom vollendeten 2. bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.*570 ** *Alternativ kann in begründeten Fällen zusätzlich oder alternativ Ipratropiumbromid gegeben werden.*571 *** *Zulassung für Tiotropium ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.*

572 (In der Tabelle verwendete Abkürzungen: ICS: Inhalative Kortikosteroide, LABA: Lang wirkende

573 Beta-2-Sympathomimetika, LAMA: Lang wirkende Anticholinergika, LTRA: Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten,

574 SABA: Kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika, OCS: orale Glukokortikosteroide)

575 ~~Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:~~576 ~~1. Basistherapie~~577 ~~— niedrig dosierte inhalative Glukokortikosteroide~~578 ~~— in begründeten Fällen alternativ Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten~~579 ~~2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen in Betracht:~~580 ~~— Steigerung der Dosis des inhalativen Glukokortikosteroids~~581 ~~— Kombination von inhalativen Glukokortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-~~582 ~~Antagonisten~~583 ~~— bei Kindern ab vier Jahren inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (nur in~~584 ~~Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden)~~585 ~~3. Im Ausnahmefall, bei einem trotz der erweiterten Basistherapie nicht ausreichend~~586 ~~kontrolliertem Asthma bronchiale, können zusätzlich erwogen werden:~~587 ~~— systemische Glukokortikosteroide~~588 ~~— Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)~~589 ~~— eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE Antikörper) bei schwerem~~590 ~~persistierendem Asthma bronchiale~~591 ~~Die Verordnung von Medikamenten nach 3. sollte durch die jeweils qualifizierte Fachärztin~~592 ~~oder den jeweils qualifizierten Facharzt oder durch die qualifizierte Einrichtung erfolgen.~~593 ~~Bei der Verordnung sind die altersabhängigen Zulassungseinschränkungen zu berücksichtigen.~~594 ~~1.5.8.31.5.9.3 Therapie der Exazerbation~~595 ~~Eine Bedarfsmedikation soll bei akuten asthmatischen Beschwerden eingesetzt werden.~~596 ~~Vorrangig sollten bei einer akuten Verschlechterung die individuellen Bedarfsmedikamente~~597 ~~gemäß Stufenschema eingesetzt werden. der Bedarfstherapie/Therapie der Exazerbation~~598 ~~folgende Wirkstoffgruppen Anwendung finden:~~599 ~~— kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)~~600 ~~Bei unzureichendem Ansprechen kommen in Betracht:~~601 ~~- der kurzfristige Einsatz systemischer oraler Glukokortikosteroide (maximal bis zu zwei~~602 ~~Wochen). In der Regel ist bei Kindern ein Einsatz für drei bis fünf Tage, bei Erwachsenen~~603 ~~für fünf bis sieben Tage ausreichend.~~604 ~~- kurz wirksame Anticholinergika~~605 ~~- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)~~606 ~~Die Asthma-Exazerbation kann durch Infekte, Allergenexposition,~~607 ~~Medikamentenunverträglichkeit, irritativ-toxische Ursachen sowie körperliche Belastung~~

608 hervorgerufen werden. Die Gabe von Antibiotika ist bei der Asthma-Exazerbation in der Regel
609 nicht indiziert.

610 ~~1.5.8.4~~1.5.9.4 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung

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

615 ~~1.5.8.5~~1.5.9.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft

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

618 ~~1.5.8.6~~1.5.9.6 Schutzimpfungen

619 ~~Schutzimpfungen gegen Influenza und Pneumokokken sollten gemäß der Richtlinie des~~
620 ~~Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V~~
621 ~~(Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale~~
622 ~~erwogen werden.~~

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

626 **1.6 Kooperation der Versorgungssektoren**

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

630 **1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt**

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

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

647 **1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur**
648 **jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur**
649 **qualifizierten Einrichtung**

650 Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung
651 und/oder zur erweiterten Diagnostik von Patientinnen und Patienten zur jeweils qualifizierten

652 Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung
653 erfolgen:

- 654 - bei schwerem unkontrolliertem Asthma bronchiale,
- 655 - zur Überprüfung der Indikation einer **DauerLangzeit**therapie mit systemischen
656 Glukokortikosteroiden,
- 657 - bei Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft,
- 658 - bei Einleitung einer Therapie mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper, Anti-IL-5-
659 Antikörper),
- 660 - bei Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale.

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

- 663 - bei Kindern, bei denen ein kontrolliertes Asthma bronchiale durch eine erweiterte
664 Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden nicht zu
665 erreichen ist,
- 666 - bei Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinosinusitis, rezidivierender
667 Pseudokrupp),
- 668 - zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer spezifischen Immuntherapie bei
669 allergischem Asthma bronchiale.

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

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

676 **1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus**

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

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

681 Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

- 682 - bei Erwachsenen:
 - 683 - Absinken des Peakflows unter ca. 30 % des persönlichen Bestwertes bzw. unter
684 100 l/min,
 - 685 - deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung,
 - 686 - Atemfrequenz **von** mehr als ca. 25 pro Minute,
 - 687 - Sprech-Dyspnoe,
 - 688 - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- 689 - bei Kindern und Jugendlichen:
 - 690 - Absinken des Peakflows unter ca. 50 % des persönlichen Bestwertes,
 - 691 - fehlendes Ansprechen auf kurz **wirkende wirksame** Beta-2-Sympathomimetika,
 - 692 - deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung,
 - 693 - Sprech-Dyspnoe,
 - 694 - Einsatz der Atemhilfsmuskulatur,
 - 695 - deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz,
 - 696 - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- 697 - bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,

698 - bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen
699 Kindes.

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

702 **1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung**

703 Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. Dabei sind die
704 Schwere des Asthma bronchiale, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen
705 sowie die psychosoziale Belastung zu beachten.

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

708 **2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)**

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

711

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Laufende Nummer	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
2	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit unkontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit unkontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
3	Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale bzw. deren Betreuungspersonen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (bzw. deren Betreuungspersonen), die an einer empfohlenen Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, denen eine Schulung empfohlen wurde
4	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Asthma bronchiale mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
5	Niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlungen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlung des Asthmas in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale mit

		Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der ungeplanten, auch notfallmäßigen (ambulant und stationär) ärztlichen Behandlungen
6	Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
7	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationszeitraum die Inhalationstechnik überprüft wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit inhalativer Medikation
8	Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Monotherapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
9	Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	1. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer 2. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben
10	Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen ab dem vollendeten 5. Lebensjahr: Hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentiertem FEV ₁ -Wert	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einmal jährlich dokumentiertem FEV ₁ -Wert in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das 5. Lebensjahr vollendet haben

712 **3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Absatz 2**
713 **Satz 2 Nummer 3 SGB V)**

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

718 **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

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

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

724 **3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

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

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

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

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

740 Für Versicherte, die auf Basis der bis zum 31. März 2018 geltenden Einschreibediagnostik vor
741 Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine
742 erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

743 **4 Schulungen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)**

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

749 **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

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

752 **4.2 Schulungen der Versicherten**

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

755 **5 Evaluation (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)**

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

- 758 a) Tod
- 759 b) Raucherquote allgemein
- 760 c) Raucherquote im Kollektiv der Raucher

- 761 d) Ungeplante notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale (altersspezifische
762 Auswertung)
- 763 e) Asthmakontrolle (kontrolliert, teilkontrolliert, unkontrolliert) (altersspezifische
764 Auswertung)
- 765 f) Medikation
- 766 g) Schulungen (altersspezifische Auswertung)
- 767 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL ist aufgrund einer
768 fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene
769 Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter festgelegt.
770

771 Anlage 10 Asthma bronchiale - Dokumentation

Asthma bronchiale - Dokumentation		
Laufende Nummer	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber ¹	Häufiger als 2 mal wöchentlich / 2 mal wöchentlich / 1 mal wöchentlich / < 1 mal wöchentlich / Keine
1a	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation ⁴	Häufiger als 2 mal wöchentlich / 2 mal wöchentlich / 1 mal wöchentlich / < 1 mal wöchentlich / Keine
2a	In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale	Ja / Nein
2b	In den letzten vier Wochen: Asthmapedingte 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 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 aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
9a	Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen ³	Ja / Nein
10	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen	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

772 ¹ Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

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

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

776 ⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: [PatV: ggf.] Ohne prophylaktische Anwendung vor Sport

777 ⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Mehrfachnennungen möglich

Von: [Sekretariat Ortholine - Sabine Hengelbrock](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Änderung DMP Asthma
Datum: Freitag, 17. März 2023 20:09:41

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

hiermit bestätigen wir den Empfang der u. a. Mail. Da das Thema Asthma nicht in unser Berufsfeld fällt, werden wir keine Stellungnahme dazu abgeben.

Mit freundlichen Grüßen
Sabine Hengelbrock

Sekretariat Studiengemeinschaft für Orthopädieschuhtechnik

Von: **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Freitag, 17. März 2023 13:31
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Änderung DMP Asthma

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!

i. A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Abteilungsleiterin
i. A.
Referent
i. A.
Sachbearbeitung

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin
Telefon: +49 30 275838-547
Telefax: +49 30 275838-505
E-Mail: dmp@g-ba.de
Internet: <http://www.g-ba.de>

Anlage 3 der Tragenden Gründe

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.

Von: [J.Gerhardt \(BPTK\)](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Änderung DMP Asthma
Datum: Dienstag, 21. März 2023 13:36:15
Dringlichkeit: Hoch

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihre E-Mail vom 17. März 2023 und die Gelegenheit, zur Änderung des DMP Asthma Stellung zu nehmen. Die Bundespsychotherapeutenkammer verzichtet dieses Mal auf die Abgabe einer Stellungnahme.

Mit freundlichem Gruß

i. A. Judith Gerhardt

--

Judith Gerhardt
Assistentin der Geschäftsführung
Bachelor Professional for the Social Sector and Healthcare (CCI)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-13
Fax: 030 278785-44
E-Mail: gerhardt@bptk.de
Website: www.bptk.de
Eintrag gemäß LobbyRG: [R001250](#)

--

Bitte beachten Sie: Diese E-Mail kann vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen enthalten. Der Inhalt ist ausschließlich für den bezeichneten Adressaten bestimmt. Wenn Sie nicht der richtige Adressat oder dessen Vertreter sind, setzen Sie sich bitte mit dem Absender der E-Mail in Verbindung. Jede Form der Veröffentlichung, Vervielfältigung oder Weitergabe des Inhalts fehlgeleiteter E-Mails ist unzulässig.

Von: **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Freitag, 17. März 2023 13:31
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Änderung DMP Asthma

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!

i. A. Karola Pötter-Kirchner, MPH

Abteilungsleiterin

i. A.

Referent

i. A.

Sachbearbeitung

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstr. 13

10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-547

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: dmp@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.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf über eine Änderung der DMP-
Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

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

Datum	26.03.2023
Stellungnahme von	BDIZ EDI Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. European Association of Dental Implantologists Lipowskystr. 12 81373 München

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Aus Sicht unseres Berufsverbandes haben wir keine Anmerkung abzugeben

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
	Stellungnahme mit Begründung: Änderungsvorschlag:
	Stellungnahme mit Begründung: Änderungsvorschlag:

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Von: Anke.Virks@bfdi.bund.de im Auftrag von REFERAT13@bfdi.bund.de
An: dmp@g-ba.de
Betreff: Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL)
Datum: Freitag, 31. März 2023 09:31:40

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.

Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
13-315/072#1311

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V.

Zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10
(Asthma bronchiale - Dokumentation) gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Anke Virks

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Referat 13 - Sozial- und Gesundheitswesen
Friedrichstraße 50
10117 Berlin

E-Mail Referat: Referat13@bfdi.bund.de
Telefon: +49 (0)30 18 7799-1308
Internetadresse: www.bfdi.de

Datenschutzrechtliche Erklärung des BfDI für den E-Mail-Verkehr und die Erfüllung seiner öffentlichen Aufgaben insgesamt: (nachstehender Link führt auf den Internetauftritt des BfDI unter www.bfdi.bund.de)

<https://www.bfdi.bund.de/datenschutz>

Hinweis:
Dies ist eine vertrauliche Nachricht und nur für den Adressaten bestimmt. Sollten Sie irrtümlich diese Nachricht erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten Sie diese E-Mail.

Privacy statement of the BfDI for correspondence by email and for managing its overall public responsibility: (the following link is directing to the web presence of the BfDI at www.bfdi.bund.de)

<https://www.bfdi.bund.de/EN/Service/PrivacyStatement/PrivacyStatement-node.html>

Confidentiality notice:

This is a confidential message and it is intended only for the addressee. If you have received this message by mistake, please immediately inform the sender and destroy this email.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf über eine Änderung der DMP-
Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

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

Datum	11.04.2023
Stellungnahme von	Spitzenverband der Heilmittelverbaende e.V.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)
<p>1.3 Therapieziele (Zeile 145-147)</p> <p>Die Therapie dient insbesondere der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken.</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Im Rahmen der bio-psycho-sozialen Sichtweise von Krankheit und Gesundheit sollte hier ebenfalls die Teilhabe Erwähnung finden. Teilhabe und Aktivität stehen laut der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in Wechselwirkung mit Aktivität, Körperfunktionen- und Strukturen, die durch das Gesundheitsproblem beeinflusst werden.¹ Die Zielsetzung „Verbesserung der Lebensqualität“ im DMP- Asthma sollte umfassend dargestellt werden und die Komponenten Aktivität und Teilhabe benennen.</p> <p>Die Nationale Versorgungsleitlinie „Asthma“ führt unter ihren Therapiezielen ebenfalls die „Verbesserung der gesundheits- und asthmabezogenen Lebensqualität und der sozialen Teilhabe auf.“²</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Therapie dient insbesondere der Erhaltung oder der Verbesserung der asthmabezogenen Aktivität, Teilhabe und Lebensqualität und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken.</p>
<p>1.3 Therapieziele (Zeile 148-149)</p> <p>Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten anzustreben:</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Im Rahmen des shared-decision-making wird die Patientin oder der Patient aktiv in den Entscheidungsprozess für Therapieziele eingebunden. Die Sicherung der Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten sowie die Stärkung der Therapieadhärenz sind Ziele dieses Ansatzes.³ Dies unterstreicht das Ziel der DMP's, die chronisch Erkrankten langfristig dabei zu unterstützen die Auswirkungen der Erkrankungen zu reduzieren oder einer Verschlechterung vorzubeugen. Hierzu sind aufgeklärte und mit einbezogenen Patientinnen und Patienten unabdingbar.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Dabei sind folgende Therapieziele im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung unter Absprache mit der Patientin oder dem Patienten und in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten anzustreben</p>

¹ [1] S. 23

² [2] S. 32

³ [2] S. 31

<p>1.3 Therapieziele (Zeile 153-154)</p> <p>- Vermeidung/Reduktion von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Siehe 1.3 Therapieziele (Zeile 145-147)</p> <p>Änderungsvorschlag: Vermeidung/Reduktion von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe.</p>
<p>1.4.3 Selbstmanagement (Zeile 235-244)</p> <p>Für ein effektives Selbstmanagement benötigt die Patientin oder der Patient folgende Fähigkeiten und Inhalte, die insbesondere im Rahmen von Schulungen vermittelt und vertieft werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser (Allergien und/oder Triggerfaktoren), - Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der Krankheitsverschlechterung (z. B. mittels Peak-flow-Protokollierung), - einen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin erstellten individuellen Selbstmanagementplan, - eine korrekte Inhalationstechnik 	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die Wirksamkeit von körperlicher Aktivität ist belegt und in der Nationalen Versorgungsleitlinie festgehalten. Für eine langfristige gesundheitsbewusste Verhaltensänderung ist es laut der Nationalen Versorgungsleitlinie notwendig die Betroffenen in ein normales, sportliches Umfeld zu integrieren und die Teilnahme an Schul-, Regel-, Breiten- und Ausdauersport zu empfehlen.⁴ Da körperliche Aktivität allerdings auch eine kurzzeitige und belastungsinduzierte Verschlechterung hervorrufen kann⁵, sollten Patientinnen und Patienten über die individuellen Möglichkeiten aufgeklärt werden, um ein eigenständiges Training zu ermöglichen.</p> <p>Ergänzungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kenntnisse über die Wichtigkeit von körperlicher Aktivität und Training trotz reduzierter körperlicher Belastbarkeit und dem Umgang mit kurzzeitig belastungsinduzierten Verschlechterungen. - Informationsvermittlung zu individuell umsetzbaren Aktivitätsformen
<p>1.5.1 Nicht- medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen (Zeile 256- 263)</p> <p>Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll die Patientin oder den Patienten insbesondere hinweisen auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante Allergene und deren Vermeidung, 	<p>Stellungnahme mit Begründung: Im ärztlichen Gespräch sollte umfassend und regelmäßig auch auf die Bedeutung von körperlicher Aktivität und Training und geeignete Maßnahmen hingewiesen werden, um die Belastbarkeit und die Lebensqualität zu verbessern und die Morbidität zu verringern.⁶</p> <p>Ergänzungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufnahme oder Beibehalt von körperlicher Aktivität und Training

⁴ [2] S.77

⁵ [3] S.49

⁶ [2] S.76

<p>- sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen) und Möglichkeiten zur Vermeidung, - Bedeutung von emotionaler Belastung, - Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des Asthma bronchiale führen können.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existenz von Lungensportgruppen - Existenz von Selbsthilfegruppen
<p>1.5.3 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie) (Zeile 300- 304) Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemtherapie ist ein ergänzender Teil der nicht-medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale. In geeigneten Fällen (z. B. bei persistierender bronchialer Obstruktion) kann daher die Ärztin oder der Arzt Krankengymnastik- Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinie verordnen.</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Eine Eingrenzung der Patientengruppe (Asthma +VCD) erfolgte im Rahmen der Leitlinienerstellung aufgrund von mangelnder Evidenz.⁷</p> <p>Änderungsvorschlag: Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemtherapie ist ein ergänzender Teil der nicht-medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale. Patienten aller Altersgruppen soll bei der Koinzidenz von Asthma und dysfunktionaler Atmung, inklusive Vocal Cord Dysfunktion (VCD) Atemphysiotherapie angeboten werden.</p>
<p>1.5.4 Körperliche Aktivitäten Körperliche Aktivität kann zu einer Verringerung der Asthma-Symptomatik und zur Verbesserung von Belastbarkeit und Lebensqualität beitragen. Daher sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass die Patientin oder der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der körperlichen Aktivität ergreift. Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal jährlich</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die nationale Versorgungsleitlinie empfiehlt über die alltägliche körperliche Aktivität hinaus explizit körperliches Training.⁸ Per Definition ist Training im Unterschied zu Aktivität die „systematische Wiederholung gezielter überschwelliger Muskelanspannung mit morphologischen und funktionellen Anpassungserscheinungen zum Zwecke der Leistungsfähigkeit“⁹</p> <p>Für Patientinnen und Patienten mit Asthma sind positive Auswirkungen von körperlichem Training auf die Symptome des Asthmas und die körperliche Belastbarkeit nachgewiesen worden. Die Steigerung der körperlichen Aktivität zeigt ebenfalls positive Auswirkungen, die beispielsweise durch ein Eigenmonitoring gefördert werden können. Die Teilnahme an</p>

⁷ [2] S.77

⁸ [2] S.76

⁹ [4]

<p>überprüft werden. Insbesondere sollte darauf hingewirkt werden, dass Schulkinder mit Asthma bronchiale unter Berücksichtigung der individuellen und aktuellen Leistungsfähigkeit regelmäßig am Schulsport teilnehmen.</p>	<p>bspw. geleiteten Lungensportgruppen scheint hinsichtlich der Verbesserung der körperlichen Aktivität von Vorteil zu sein.¹⁰ Über die Teilnahme an Lungensportgruppen hinaus werden Ausdauertraining und je nach Belastbarkeit Krafttraining an Geräten empfohlen.¹¹ Änderungsvorschlag: Körperliche Aktivität kann zu einer Verringerung der Asthma-Symptomatik und zur Verbesserung von Belastbarkeit und Lebensqualität beitragen. Daher sollte regelmäßig darauf hingewiesen werden, dass die Patientin oder der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der körperlichen Aktivität ergreift. Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal jährlich überprüft werden. Darüber hinaus sollten die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt individuell angepasst an die Patientin oder den Patienten auf die Möglichkeit einer Teilnahme an einer Lungensportgruppe hinweisen und diese Maßnahmen einleiten.</p>
<p>1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung (Zeile 703-707) Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. Dabei sind die Schwere des Asthma bronchiale, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die psychosoziale Belastung zu beachten.</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Laut der nationalen Versorgungsleitlinie besteht ein hoher Empfehlungsgrad auf Basis eines Expertenkonsens für eine pneumologische Rehabilitation für bestimmte Indikationen.¹² Änderungsvorschlag: Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. Dabei sind die Schwere des Asthma bronchiale, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die psychosoziale Belastung zu beachten. Indikation für eine pneumologische Reha ist insbesondere bei folgenden Konstellationen gegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persistierende asthmatische Beschwerden bzw. fehlende Asthmakontrolle; • fixierte Obstruktion mit entsprechender Symptomatik; • Gefährdung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit, eines geeigneten und angemessenen Schulabschlusses bzw. einer Berufsausbildung; • drohende Pflege- und Hilfsbedürftigkeit; • Notwendigkeit von nicht-medikamentösen Therapieverfahren, wenn diese ambulant nicht im erforderlichen Ausmaß erfolgen können, z. B. Schulung, Atemphysiotherapie, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Tabakentwöhnung,

¹⁰ [3] S.47

¹¹ [3] S.49

¹² [2] S.109

	<p>psychotherapeutische Hilfen, Allergen- und Schadstoffkarenz;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faktoren im Bereich des familiär-sozialen Umfeldes, die den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und im Rahmen eines multiprofessionellen Rehabilitationssettings bearbeitet werden können; • Komorbiditäten, die einen multiprofessionellen Therapieansatz benötigen, der ambulant so nicht vorhanden oder umsetzbar ist.
--	---

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

1. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), World Health Organization. *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) 2005* (online-Version eingesehen am 21.03.23)
2. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). *Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma – Langfassung*, 4. Auflage. Version 1. 2020 [cited: 2023/03/21]. DOI: 10.6101/AZQ/000469. www.asthma.versorgungsleitlinien.de.
3. Worth, H.; Bock, R.; Frisch, M. et al. (2021) *Ambulanter Lungensport und körperliches Training bei Patienten mit Atemwegs- und Lungenkrankheiten*. *Pneumologie*; 75:44-56. DOI 10.1055/a-1224-6024 (online eingesehen am 21.03.23)
4. Hollman, W.; Hettinger, Th. (1990) *Sportmedizin. Arbeits- und Trainingsgrundlagen* Stuttgart/ New York, Schattauer



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-
Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

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

Datum	11.04.2023
Stellungnahme von	Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Keine Anpassungen, die einer Stellungnahme seitens des BAS bedürfen

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf über eine Änderung der DMP-
Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

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

Datum	06.04.2023
Stellungnahme von	Bundesverband für Ergotherapeut*innen in Deutschland (BED e.V.)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Zu den geplanten Änderungen haben wir keine Anmerkungen.

Wir möchten nur auf eine aktuelle Leitlinie hinweisen, die auch ergotherapeutische Interventionen empfiehlt. Im Rahmen der nicht medikamentösen Therapie wird die Ergotherapie inklusive Hilfsmittelberatung als wesentliche Komponente der Pneumologischen Rehabilitation (PR) aufgeführt, wobei ein multimodaler Ansatz der Rehabilitation besser wirkt als die Summe der einzelnen Maßnahmen (S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma 2023, Seite 82).

Literaturverzeichnis

S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma 2023

herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., online: https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-009l_S2k_Fachaerztliche-Diagnostik-Therapie-von-Asthma_2023-03.pdf, letzter Aufruf 06.04.2023

Von: [Sylvia Kurth](#)
An: dmp@g-ba.de
Cc: [DVfR Sekretariat](#)
Betreff: DVfR | keine Stellungnahme | G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Änderung DMP Asthma
Datum: Donnerstag, 13. April 2023 09:05:17

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Beteiligung der DVfR am Verfahren der Stellungnahme.

Die DVfR wird keine Stellungnahme abgeben.

Mit besten Grüßen

Sylvia Kurth
Geschäftsführerin

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Telefon: 06221 / 187 901(0) – 14
E-Mail: s.kurth@dvfr.de
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Von: Sylvia Kurth <s.kurth@dvfr.de>
Gesendet: Freitag, 17. März 2023 13:57
An: dmp@g-ba.de
Betreff: Eingangsbestätigung | AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Änderung DMP Asthma

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätigen wir den Empfang der Unterlagen.

Mit besten Grüßen

Sylvia Kurth
Geschäftsführerin

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Telefon: 06221 / 187 901(0) – 14
E-Mail: s.kurth@dvfr.de
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Von:

Im Auftrag von dmp@g-ba.de

Gesendet: Freitag, 17. März 2023 13:31

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Änderung DMP Asthma

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!

i. A. Karola Pötter-Kirchner, MPH

Abteilungsleiterin

i. A.

Referent

i. A.

Sachbearbeitung

Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstr. 13

10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-547

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: dmp@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.



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)
Chausseestraße 13
10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
IBAN
DE55 3006 0601 0001 0887 69
BIC
DAAEDEDXXX

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

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

Ihr Schreiben vom	Durchwahl	Datum
17. März 2023	-142	13. April 2023

Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a, 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Disease-Management-Programme übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie bezüglich der Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation).

Da die zahnärztliche Berufsausübung von den geplanten Änderungen nicht betroffen ist, gibt die Bundeszahnärztekammer hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale – Dokumentation)

Berlin, 14.04.2023

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 17.03.2023 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) aufgefordert.

Der G-BA hat die Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen. Die Anforderungen sollen dabei 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 bestimmt werden.

Mit dem vorgelegten Beschlussentwurf sollen die Anlagen 9 und 10 der DMP-A-RL zu Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale aktualisiert werden. Wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung ist laut den tragenden Gründen des Beschlussentwurfs insbesondere die „Leitliniensynopse für das DMP Asthma bronchiale“ des IQWiG vom 24. Juni 2021.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt die regelmäßige Anpassung der DMPs an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien. Zu dem vorliegenden Aktualisierungsentwurf haben wir folgende Anmerkungen:

1) Zu Abschnitt 1.2 „Diagnostik“, Zeile 33:

Der von DKG, KBV und PatV favorisierte Passus zur Unterscheidung therapierelevanter Asthmaformen wird unterstützt. In der aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma (4. Auflage 2020, AWMF-Register-Nr: nvl-002) lautet die Empfehlung, dass

- eine spezifische Immuntherapie nur nach entsprechender Allergiediagnostik indiziert ist (Empfehlung 4-52) sowie
- die Auswahl von Biologika in Stufe 5 (Erwachsene) bzw. 6 (Kinder) an bestimmte Parameter wie z. B. Vorliegen eines IgE-vermittelten Asthmas bzw. Allergienachweises (Omalizumab; vgl. Empfehlungen 4-34 u. 4-49) oder erhöhter Eosinophilenzahl (Mepolizumab, Reslizumab, Benralizumab, Dupilumab, vgl. Empfehlungen 4-35 u. 4-36) gekoppelt ist.

2) Zu Abschnitt 1.4.1 „Asthmakontrolle“, Zeile 185:

Bei der Definition der Asthmakontrolle wäre der Deutlichkeit wegen kenntlich zu machen, dass die Angaben zum Einsatz der Bedarfsmedikation (max. 2x/Woche Erwachsene, weniger als 1x/Woche Kinder) ausschließlich für den Einsatz von kurzwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (SABA) gilt. Setzen Patientinnen und Patienten eine Fixkombination (ICS/Formoterol) als Bedarfsmedikation in Stufe 1/2 ein, sieht die NVL Asthma eine maximale Nutzung von 4x/Woche für kontrolliertes Asthma vor. Die Fixkombination ist im Studienschema der NVL abgebildet, derzeit aber für Europa nicht zugelassen. Auch wenn der Einsatz der Fixkombination im DMP keine Rolle spielt, wäre es wichtig, die Zahl „maximal 2x/Woche“ entsprechend zu relativieren, um Missverständnisse zu vermeiden.

3) Zu Abschnitt 1.4.3 „Selbstmanagement“, Zeile 220 ff:

Die Bundesärztekammer regt an, die Selbsthilfetechniken bei Atemnot gesondert aufzuführen (derzeit unter „individueller Selbstmanagementplan“ subsumiert), da diesen eine hohe Bedeutung zukommt.

4) Zu Abschnitt 1.5.4 „Körperliche Aktivitäten“, Zeile 292 ff:

Die Bundesärztekammer regt an, eine Aussage aufzunehmen, wonach Patientinnen und Patienten zu Sport ermutigt und darüber aufgeklärt werden sollten, dass mit gut eingestelltem Asthma Sport möglich und wichtig ist, vgl. etwa die NVL-Empfehlung 5-2 *„Die Behandlung des Asthmas soll sicherstellen, dass Patienten mit Asthma auf körperliche und sportliche Aktivität langfristig nicht verzichten müssen“*. Es ist bekannt, dass viele Patientinnen und Patienten vor körperlicher Anstrengung Angst haben. In der NVL Asthma wird die Relevanz von körperlicher Aktivität u. a. wie folgt betont:

„Neben der Evidenz, die bei niedriger bis sehr niedriger Datenqualität auf eine Verbesserung asthmaspezifischer Endpunkte durch körperliche Aktivität hinweist, spielen weitere Überlegungen bei der Empfehlung eine Rolle. Indem körperliche Aktivität auch für Menschen mit Asthma möglich ist, wird beispielsweise eine Stigmatisierung vermieden. Bewegung trägt zu-dem zur Prävention von weiteren Erkrankungen bei, die ein Asthma ggf. begleiten können.“ (NVL Asthma, Hintergrundtext zu Empfehlung 6-7)

5) Zu Abschnitt 1.5.9.1 „Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene“, Stufe 2 und Stufe 4, (Zeile 437 und 454):

Prinzipiell spricht die NVL Asthma eine Negativempfehlung für Montelukast bei Patientinnen und Patienten über 15 Jahren aus und definiert die Ausnahmen wie folgt: *„... es sei denn, die Patienten sind nicht in der Lage, ICS zu inhalieren oder es treten inakzeptable Nebenwirkungen auf“* (siehe Empfehlung 4-24). Die Bundesärztekammer regt an, diese Spezifizierung in die DMP-Formulierung aufzunehmen und die dort erwähnten „begründeten Fälle“ genau zu charakterisieren. Nicht selten begründet auch eine diffuse und allgemeine Sorge vor „Kortison“-Nebenwirkungen den Wunsch nach ICS-Alternativen.

6) Zu Abschnitt 1.5.9.5 „Asthma bronchiale in der Schwangerschaft“, Zeilen 540-541:

Aus Sicht der Bundesärztekammer wird der Aspekt einer Asthmatherapie während einer Schwangerschaft nur sehr knapp abgehandelt. Es sollte überlegt werden, ob nicht auch ein Hinweis auf ein Aufklärungsgespräch aufgenommen werden könnte, vergleiche die Empfehlung 9-2 der NVL Asthma *„Frauen mit Asthma sollen zu Beginn einer Schwangerschaft über die Bedeutung und Sicherheit der während der Schwangerschaft fortzuführenden medikamentösen Therapie mit dem Ziel einer guten Asthmakontrolle beraten werden“*. Hintergrund ist, dass viele Schwangere eine Verunsicherung bezüglich der Fortführung der Medikation empfinden. Eine aktive Aufforderung zur Kommunikation und ein ärztliches Gesprächsangebot können hier zu mehr Therapiesicherheit beitragen.

7) Zu Abschnitt 1.6.4 „Veranlassen einer Rehabilitationsleistung“, Zeile 622 ff:

In der NVL Asthma wird empfohlen, die Indikation für Rehabilitationsleistungen zu prüfen, wenn der Übergang in eine intensive Therapiestufe droht (Stufe 5 bei Erwachsenen und bei Kindern). Hier hat die Überweisung zum Ziel, Inhalationstechniken langfristig zu überprüfen und zu üben, um so möglicherweise eine Therapieeskalation mit einem teuren Dauermedikament zu vermeiden. Die Empfehlungen der NVL Asthma lauten *„Bei Erwachsenen soll vor der Behandlung in Stufe 5 die Indikation zu einer Rehabilitation geprüft werden“* (Empfehlung 4-32) und *„Bei Kindern und Jugendlichen sollte vor der Behandlung in Stufe 5 die Indikation zu einer stationären Rehabilitation geprüft werden“* (Empfehlung 4-44). Die Bundesärztekammer regt an, diese Aussagen in sinngemäßer Form auch in das DMP aufzunehmen.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-
Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

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

Datum	14.04.2023
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die Empfehlungen der NVL Asthma, 4. Auflage sollten berücksichtigt werden.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
1.2 Diagnostik Zeile 29-31	Stellungnahme mit Begründung: Zustimmung zu dem Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV. Es handelt sich um eine Spezifizierung/Erläuterung der Anamnese, die für die weitere Behandlung sinnvoll ist. Änderungsvorschlag: Siehe Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV.
1.4.1 Asthmakontrolle Tabelle 3: Grade der Asthmakontrolle bei Kindern und Jugendlichen Zeile 202	Stellungnahme mit Begründung: Zustimmung zu dem Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV. Es ist sinnvoll, die prophylaktische Anwendung von Bedarfsmedikation bei Fällen von belastungsindiziertem Asthma für die Einstufung der Asthmakontrolle herauszunehmen. Dies entspricht auch der Empfehlung der NVL Asthma, 4. Auflage (Empfehlung 5-3). Änderungsvorschlag: Siehe Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV.
1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene Stufe 2 Zeile 464/465	Stellungnahme mit Begründung: Zustimmung zu dem Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV. (Als alternative Dauertherapie kann in begründeten Fällen ein Leukotrienantagonist (LTRA) anstelle des ICS eingesetzt werden.) In einzelnen Fällen können LTRA eingesetzt werden, z.B. wenn inhalative Kortikoide schlecht vertragen werden (anhaltende Heiserkeit). Änderungsvorschlag: Siehe Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV.
1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene Stufe 4 Zeile 481	Stellungnahme mit Begründung: Zustimmung zu dem Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV. Sofern eine Kombinationstherapie von ICS und LABA nicht in Betracht kommt, kann in begründeten Fällen als Dauertherapie auch ein kombinierter Einsatz von ICS mit einem Leukotrienantagonisten (LTRA; Montelukast) erfolgen. (nur in begründeten Ausnahmefällen, wenn Kontraindikationen gegen LABA bestehen oder wenn während der Therapie mit diesen unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten, siehe NVL Asthma). Änderungsvorschlag:

	Siehe Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV.
1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene <i>Tabelle 4:</i> Zeile 499	Stellungnahme mit Begründung: Zustimmung zu dem Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV. Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden. Für Patient*innen ab 12 Jahren ist in Stufe 1 und 2 alternativ eine ausschließlich bedarfsorientierte Anwendung der Fixkombination aus einem ICS in niedriger Dosis und Formoterol möglich. Die Empfehlungen entsprechen einem Off-Label-Use. (siehe NVL Asthma, 4. Auflage inkl. ausführlicher Begründung.) Änderungsvorschlag: Für Patient*innen ab 12 Jahren ist in Stufe 1 und 2 alternativ eine ausschließlich bedarfsorientierte Anwendung der Fixkombination aus einem ICS in niedriger Dosis und Formoterol möglich. Die Empfehlungen entsprechen einem Off-Label-Use.
1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Zeile 536-544	Stellungnahme mit Begründung: Auch hier sollte gemäß NVL Asthma, 4. Auflage aufgenommen werden: Für Patient*innen ab 12 Jahren ist in Stufe 1 und 2 alternativ eine ausschließlich bedarfsorientierte Anwendung der Fixkombination aus einem ICS in niedriger Dosis und Formoterol möglich. Die Empfehlungen entsprechen einem Off-Label-Use. (siehe NVL Asthma, 4. Auflage inkl. ausführlicher Begründung.) Änderungsvorschlag: Für Patient*innen ab 12 Jahren ist in Stufe 1 und 2 alternativ eine ausschließlich bedarfsorientierte Anwendung der Fixkombination aus einem ICS in niedriger Dosis und Formoterol möglich. Die Empfehlungen entsprechen einem Off-Label-Use.

Literaturverzeichnis

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma – Langfassung, 4. Auflage. Version 1. 2020. DOI: 10.6101/AZQ/000469. www.asthma.versorgungsleitlinien.de.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-
Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

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

Datum	14.04.2023
Stellungnahme von	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkungen
<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 15. März 2023 den „Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen. Nachfolgend möchte der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation), Stand: 16.03.2023 [1] nutzen.</p>
<p>Der Bezug und Interventionsansatz der allergologischen Ernährungstherapie bei einem allergischen Asthma fehlt, obwohl es leitlinienkonform zu fordern ist (s.u.).</p>
<p>Der Bezug und Interventionsansatz der qualifizierten Ernährungstherapie bei einem Asthma und gleichzeitig vorliegenden Komorbiditäten fehlt, obwohl es leitlinienkonform zu fordern ist (s.u.).</p>
<p>Daher empfehlen wir eindringlich, einen Hinweis auf die mögliche Therapieoption „Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkraft“ wie in den entsprechenden Leitlinien aufzunehmen. Bei Ernährungsfachkräften handelt es sich um Diätassistentinnen und Diätassistenten, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler sowie Ökotrophologinnen und Ökotrophologen, die über ernährungstherapeutischen Grundkompetenzen Absatz 4, Anlage 5, Verträge nach §125 SGB V [2] und allergologische Fortbildung (VDD Allergologie oder DAAB Allergologie) verfügen.</p> <p>Diese Aufforderung erfolgt im Gegensatz zu anderen nicht medikamentösen Maßnahmen und Empfehlungen bisher nur indirekt (siehe 1.4 – Differenzierte Therapieplanung).</p> <p>Auch im Servicedokument Aktualisierung DMP Asthma_2023-03-06 (Anlage 3) haben wir Änderungsvorschläge eingearbeitet, die geänderte Anlage 3 haben wir angefügt.</p>
<p>Nachweislich liegen für einige Erkrankungen eindeutige evidente Belege für den Effekt der Ernährungstherapie vor. Ein expliziter Verweis auf eine Ernährungstherapie (auch unter Bezug auf die Erkrankung/ Symptom Asthma/ Atemnot) erfolgt zitierfähig für das Asthma DMP bei den unten aufgeführten Erkrankungen/ Komorbiditäten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adipositas [3-5] - COPD [6-7] - Allergische Rhinitis und chronische Rhinosinusitis [8-9] - Nahrungsmittelallergie [10-15] - Atopische Dermatitis [16-17]
<p>Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen/Textänderungen als blauer Text hervorgehoben.</p>

Die Volltexte der erwähnten Literatur haben wir verlinkt, zwei Quellen der Literaturliste [10-11] haben wir als PDF angehängt. Diese PDFs enthalten markierte Textstellen.

<p>1.2.3 Zeile 129-130</p>	<p>Änderungsvorschlag: Ergänzung des Anfangssatzes: Nach Sicherung der Diagnose des Asthma bronchiale ist bei Verdacht auf eine allergische Genese zu prüfen, ob eine allergologische Stufendiagnostik (einschl. einer Nahrungsmittelprovokation) durchzuführen ist</p>
<p>1.3 Therapieziele Ergänzung beim vierten Spiegelstrich</p> <p>1.3 Zeile 155</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit insbesondere bei Asthma und Anaphylaxien als Selbstmanagement eine Umstellung der Ernährung durch geschultes Personal fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12], Pkt 4. inbs. 4.4. Diagnostische Eliminationsdiät und Provokationstestungen - die AAAAI-Guideline 2021 [13] - die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie-Update 2021 [14] - die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11] - die DGAKI-Leitlinie Nahrungsmittelallergie infolge immunologischer Kreuzreaktivitäten mit Inhalationsallergenen 2014 [15] <p>Änderungsvorschlag: Ergänzung des vierten Spiegelstrichs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen, einschl. einer möglichen Ernährungsumstellung insb. bei nachgewiesener Anaphylaxie oder Allergie als Ursache des Asthmas.
<p>1.4.2. Ärztliche Kontrollunter- suchungen, siebten Spiegelstrich Zeile 212-213</p> <p>1.4.2 Zeile 212-213</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit auf die Risiken von notwendigen Eliminationsdiäten (insbesondere bei asthmatischen Kindern) hinweist und deren regelmäßige Re-Evaluation durch ärztliche Kontrollmaßnahmen fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12] - die AAAAI-Guideline 2021 [13] - die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie-Update 2021 [14] - die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11] - die Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem; atopische Dermatitis] 2016 [16] <p>Änderungsvorschlag: Ergänzung des siebten Spiegelstrichs:</p>

Literaturverzeichnis**Zu zitierende Literatur (nur Guidelines/ Leitlinien und Positionspapier/ hohe Evidenz):**

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation), Stand: 16.03.2023. Berlin: G-BA; 2023. 1-22.
2. Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R), Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE), Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater - QUETHEB e.V., Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V., Verband für Ernährung und Diätetik (VFED) e.V. Anlage 5 Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung. Lesefassung nach der Änderungsvereinbarung vom 20.12.2021. Berlin/Bonn/Gerstetten-Gussenstadt/Essen/Aachen: GKV-Spitzenverband, VDOE, QUETHEB, VDD, VFED; 2021. 1-16. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmitel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20220421_Lesefassung_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf (abgerufen am: 11.04.2023).
3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene. Abschlussbericht. Auftrag: V21-05. Version: 1.0. Stand: 18.08.2022. IQWiG-Berichte – Nr. 1408. Köln: IQWiG; 2022. 1-382. https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf (abgerufen am: 14.04.2023).
4. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren e. V. (DGE-BV), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM), et al. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. Version 2.3; AWMF-Register Nr. 088-001. DGAV CAADIP; 2018. p. 1-151. https://register.awmf.org/assets/guidelines/088-001_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf (abgerufen am: 12.03.2023).
5. Hauner H, Moss A, Berg A, Bischoff SC, Colombo-Benkmann M, Ellrott T, et al. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas der DAG, DDG, DGE und DGEM. Version 2.0 (April 2014); AWMF-Register Nr. 050/001. Adipositas 2014; 8(4): 179-221. https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-001_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 12.03.2023).
6. Agusti A, Celli BR, Criner GJ, Halpin D, Anzueto A, Barnes P, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Arch Bronconeumol 2023; 59(4): 232-48. DOI: 10.1016/j.arbres.2023.02.009. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0300289623000364?token=914E2A931BAFBD5F23CFDFDFE893C1992AE9B9C6ECE9A183147F9C0DAB2C165BB6EDC60316B687F32A846129154ABDB2&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230412132013> (abgerufen am: 12.02.2023).
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2023 Report.

- <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/> (abgerufen am: 12.04.2023).
8. Stuck BA, Beule A, Jobst D, Klimek K, Laudien M, Popert U, et al. S2k-Leitlinie Rhinosinusitis - Langfassung. AWMF-Register-Nr. 017/049 und 053-012. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGhNO-KHC), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); 2017. p. 1-95.
https://register.awmf.org/assets/guidelines/017-049_und_053-012l_S2k_Rhinosinusitis_2022-12-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 13.04.2023).
 9. Klimek L, Bachert C, Pfaar O, Becker S, Bieber T, Brehler R, Buhl R, Casper I, Chaker A, Czech W, Fischer J, Fuchs T, Gerstlauer M, Hörmann K, Jakob T, Jung K, Kopp MV, Mahler V, Merk H, Mülleneisen N, Nemat K, Rabe U, Ring J, Saloga J, Schlenker W, Schmidt-Weber C, Seyfarth H, Spertl A, Spindler T, Staubach P, Strieth S, Treudler R, Vogelberg C, Wallrafen A, Wehrmann W, Wrede H, Zuberbier T, Bedbrook A, Canonica GW, Cardona V, Casale TB, Czarlewski W, Fokkens WJ, Hamelmann E, Hellings PW, Jutel M, Larenas-Linnemann D, Mullol J, Papadopoulos NG, Toppila-Salmi S, Werfel T, Bousquet J. ARIA guideline 2019: treatment of allergic rhinitis in the German health system. *Allergo J Int* 2019; 28: 255-76. DOI: 10.1007/s40629-019-00110-9. <https://www.wehrmann-derma.de/uploads/n2LnZiz/ARIA-Leitlinie2019BehandlungderAllergischenRhinitis.pdf> (abgerufen am: 13.04.2023).
 10. Klein-Tebbe J, Brans R, Jappe U. Weisheiten aus dem Weißbuch – Kapitel 2.2. Allergene – Auslöser der verschiedenen Allergievarianten. Aktualisierte Übernahme aus „Klimek L, Vogelberg C, Werfel T (Hrsg.). Weißbuch Allergie in Deutschland; 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Springer Medizin Verlag; 2018: Kapitel 2.2, S. 73–97. *Allergo J* 2022; 31(2): 16-9, 20-31. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15007-022-4980-4.pdf> (abgerufen am 13.04.2023). Gekennzeichnete PDF angefügt.
 11. Reese I, Dölle-Bierke S, Kugler C, Schäfer C, Schnadt S, Ziegert M. Weisheiten aus dem Weißbuch – Kapitel 4.9. Ernährungstherapie bei Nahrungsmittelallergien. Übernahme aus „Klimek L, Vogelberg C, Werfel T (Hrsg.). Weißbuch Allergie in Deutschland; 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Springer Medizin Verlag; 2018: Kapitel 4.9, S. 296-304. *Allergo J* 2022;31(7):14-20. Gekennzeichnete PDF angefügt.
 12. Worm M, Reese I, Ballmer-Weber B, Beyer K, Bischoff SC, Bohle B, et al. Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien. S2k-Leitlinie der DGAKI. *Allergologie* 2021; 44(7): 488-541. DOI: 10.5414/ALX02257. AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061-031. https://dgaki.de/wp-content/uploads/2021/07/al2021_07_Themenheft.pdf (abgerufen am: 12.03.2023).
 13. Fleischer DM, Chan ES, Venter C, Spergel JM, Abrams EM, Stukus D, et al. A Consensus Approach to the Primary Prevention of Food Allergy Through Nutrition: Guidance from the American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology; American College of Allergy, Asthma, and Immunology; and the Canadian Society for Allergy and Clinical Immunology. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2021; 9(1): 22-43 e4. DOI: 10.1016/j.jaip.2020.11.002.
[https://www.aaaai.org/Aaaai/media/Media-Library-PDFs/Allergist%20Resources/Statements%20and%20Practice%20Parameters/A-Consensus-Approach-to-the-Primary-Prevention-of-Food-Allergy-Through-Nutrition-Jan-21-\(1\).pdf](https://www.aaaai.org/Aaaai/media/Media-Library-PDFs/Allergist%20Resources/Statements%20and%20Practice%20Parameters/A-Consensus-Approach-to-the-Primary-Prevention-of-Food-Allergy-Through-Nutrition-Jan-21-(1).pdf) (abgerufen am 13.04.2023).
 14. Ring J, Beyer K, Biedermann T, Bircher A, Fischer M, Fuchs T, Heller A, Hoffmann F, Hutegger I, Jakob T, Klimek L, Kopp MV, Kugler C, Lange L, Pfaar O, Rietschel E, Rueff F, Schnadt S, Sifert R, Stöcker B, Treudler R, Vogelberg C, Werfel T, Worm M, Sitter H, Brockow K. Guideline (S2k) on acute therapy and management of anaphylaxis: 2021 update. S2k-Guideline of the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), the Medical Association of German

Allergologists (AeDA), the Society of Pediatric Allergy and Environmental Medicine (GPA), the German Academy of Allergy and Environmental Medicine (DAAU), the German Professional Association of Pediatricians (BVKJ), the Society for Neonatology and Paediatric Intensive Care (GNPI), the German Society of Dermatology (DDG), the Austrian Society for Allergy and Immunology (ÖGAI), the Swiss Society for Allergy and Immunology (SGAI), the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI), the German Society of Pharmacology (DGP), the German Respiratory Society (DGP), the patient organization German Allergy and Asthma Association (DAAB), the German Working Group of Anaphylaxis Training and Education (AGATE). *Allergo J Int* 2021; 30: 1-25. DOI: 10.1007/s40629-020-00158-y. AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061-025.

https://register.awmf.org/assets/guidelines/061-025l_S2k_Akuttherapie-Management-Anaphylaxie_2021-10.pdf (abgerufen am 13.04.2023).

15. Worm M, Jappe U, Kleine-Tebbe J, Schäfer C, Reese I, Saloga J, Treudler R, Zuberbier T, Wassmann A, Fuchs T, Dölle S, Raithel M, Ballmer-Weber B, Niggemann B, Werfel T. Food allergies resulting from immunological cross-reactivity with inhalant allergens. *Allergo J Int* 2014; 23: 1–16. DOI 10.1007/s40629-014-0004-6. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI), der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), des Ärzteverbands Deutscher Allergologen (AeDA) und der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA). AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061/019. https://dgaki.de/wp-content/uploads/2010/05/Leitlinie_Kreuzreaktionen_MWorm_DGAKI-2-2014.pdf (abgerufen am 13.04.2023).
16. Werfel T, Aberer W, Ahrens F, Augustin M, Biedermann T, Diepgen T, et al. Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem; atopische Dermatitis]. *Journal of the German Society of Dermatology* 2016;14(1):e1-e75. DOI: 10.1111/ddg.12884. AWMF-Registernummer: 013-027. (https://www.dgaki.de/wp-content/uploads/2010/05/WerfelT_2kLL_Neurodermitis-JDDG2016-.pdf) (abgerufen am 13.04.2023).
17. Werfel T, Heratizadeh A, Aberer W, Ahrens F, Augustin M, Biedermann T, et al. S2k-Leitlinie Neurodermitis (atopisches Ekzem, atopische Dermatitis) – Kurzversion. *Allergo J* 2016;25(3):36-49. DOI: 10.1007/s15007-016-1060-7. AWMF-Registernummer: 013-027. https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-027k_S2k_Neurodermitis_2020-06-abgelaufen.pdf (abgerufen am 13.04.2023).

1 Richtlinie

2 des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung
3 der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme
4 nach § 137g Absatz 2 SGB V
5 (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL):

6 *Servicedokument zum Beschluss vom T. Monat JJJJ über die XX. Änderung der DMP-*
7 *Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale)*
8 *und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)*

9 Stand: 16.03.2023

11 **Legende:**

12 **Blaue Schrift:** Ergänzungen im Vergleich zur aktuell gültigen DMP-A-RL

13 **Durchgestrichen:** Streichungen im Vergleich zur aktuell gültigen DMP-A-RL

14 **Gelb hinterlegt:** dissente Positionen

15 **Grau hinterlegt:** durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

Hinweis:

Dies ist ein Servicedokument des Gemeinsamen Bundesausschusses: www.g-ba.de. Sollten Angaben in diesem Dokument im Widerspruch zu den Regelungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie stehen, so gilt die DMP-Anforderungen-Richtlinie

18 **Anlage 9 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen** 19 **und Patienten mit Asthma bronchiale (ab dem vollendeten 1. Lebensjahr)**

20 **1 Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter**
21 **Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten**
22 **verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors**
23 **(§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

24 **1.1 Definition des Asthma bronchiale**

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

28 **1.2 Diagnostik**

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

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
Es lassen sich verschiedene therapierelevante Asthmaformen (Phänotypen) unterscheiden. Anhand des Vorliegens bestimmter Charakteristika (Allergie, Eosinophilie, Husten als Hauptsymptom, Beschwerden nur bei intensiver Belastung, Analgetika-Intoleranz u.a.) können verschiedene Phänotypen unterschieden werden, die einer für diese spezifizierten Therapie zugeführt werden können.	[keine Aufnahme]

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

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

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

40 *Tabelle 1: Unterscheidungskriterien zwischen Asthma bronchiale und COPD*

Unterscheidungsmerkmale	Asthma bronchiale	COPD
ANAMNESE / SYMPTOME		
Erkrankungsbeginn	Häufig in Kindheit und Jugend	Im höheren Lebensalter
Tabakrauchen	Nicht ursächlich. Eventuell Verschlechterung durch Tabakrauch	Häufigste Ursache der Erkrankung
Hauptbeschwerden: Luftnot, Husten, Auswurf	Variierend, ggf. anfallsartig	Chronisch, insbesondere Belastungsdyspnoe
Verlauf	Variabel, oft episodisch auftretend (z.B. saisonal / im Frühjahr)	In der Regel progredient
Allergie	Häufig	Kein Zusammenhang
DIAGNOSTIK		
Atemwegsobstruktion	Reversibel oder partiell reversibel	Kontinuierlich vorhanden, allenfalls partiell reversibel
Bronchiale Hyperreagibilität	Meistens nachweisbar	Selten nachweisbar
Eosinophile Zellen im Blut	Oft erhöht	Meist nicht erhöht
THERAPIE		
Glukokortikosteroide	Ansprechen in der Regel nachweisbar	In der Dauertherapie meist kein Ansprechen

(Grundlage dieses Zusatzes: S2K LL - Management Nahrungsmittelallergie, 2021)

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

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

52 1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

53 Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- 54 - ~~w~~Wiederholtes Auftreten folgender - entweder gemeinsam oder einzeln ~~angegebener~~
55 - Symptome: anfallsartige, oftmals nächtliche oder frühmorgendliche Atemnot;
56 Brustenge; Husten mit oder ohne Auswurf; Selbstwahrnehmung von Atemgeräuschen
57 wie Giemen und Pfeifen, insbesondere bei Allergenexposition, während oder nach
58 körperlicher Belastung, bei Infekten, thermischen Reizen, Rauch- und Staubexposition,
59 - Variabilität der Symptome, oft auch abhängig von der Jahreszeit,
60 - ~~positive~~ Positive Familienanamnese (Allergie, Asthma bronchiale),
61 - **Tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten,**
62 - ~~B~~berufsbedingte Auslöser. Haben ~~Ärztinnen und~~ Ärzte den begründeten Verdacht,
63 dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder
64 der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 des Siebten
65 Buches Sozialgesetzbuch anzuzeigen. Eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale ist
66 bei einer anerkannten Berufskrankheit nicht möglich.
67 - Komorbiditäten: u. a. chronische Rhinosinuitis, gesteigerter gastroösophagealer
68 Reflux, Adipositas, Angstzustände und Depression.

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

71 1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

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

76 Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ~~ist~~ ~~sind~~ das Vorliegen einer
77 aktuellen ~~oder längstens zwölf Monate zurückliegenden~~ astmatypischen Anamnese gemäß
78 Nummer 1.2.1 und das Vorliegen mindestens eines der folgenden Kriterien ~~aus~~
79 **Untersuchungen der letzten 12 Monate** erforderlich:

80 Bei Erwachsenen:

- 81 - Nachweis der Obstruktion **anhand der Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) für die**
82 **bei $FEV_1/FVC \leq 70\%$: und oder mittels FEV_1/FVC kleiner 70 %**
83 **Statt des fixierten Grenzwertes von FEV_1/FVC kleiner 70 % zur Charakterisierung der**
84 **Obstruktion können die neueren Sollwerte der GLI eingesetzt werden, die die**
85 **Altersabhängigkeit von FEV_1/FVC berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower**
86 **limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64 faches der Streuung).**

Ergänzen: Bei chronischen Symptomen kann ein Ernährungs- und Symptomprotokoll geführt werden (Grundlage dieses Zusatzes: S2K LL - Management Nahrungsmittelallergie, 2021 Pkt 4.1)

- 87 - Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV₁ um mindestens ~~12~~15 %
 88 gegenüber dem Ausgangswert und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz
 89 wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums,
 90 - Zunahme der FEV₁ um mindestens ~~12~~15 % gegenüber dem Ausgangswert und
 91 mindestens 200 ml nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden
 92 oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden,
 93 ~~circadiane PEF-Variabilität > 20 % über 3 bis 14 Tage,~~
 94 - Zur Sicherung der Diagnose bei asthmatischen Symptomen, aber normaler
 95 Lungenfunktion: Nachweis einer bronchialen Hyperreaktivität durch einen
 96 unspezifischen, standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

97 Im Alter von 5 bis 17 Jahren:

- 98 - Nachweis der Obstruktion anhand der Sollwerte der GLI für die bei FEV₁/FVC \leq 75 %
 99 ~~und/oder mittels FEV₁/FVC kleiner 75 %~~
 100 Statt des fixierten Grenzwertes von FEV₁/FVC kleiner 75 % zur Charakterisierung der
 101 Obstruktion können die neueren Sollwerte der GLI eingesetzt werden, die die
 102 Altersabhängigkeit von FEV₁/FVC berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower
 103 limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64 faches der Streuung).
 104 - Nachweis der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV₁ um mindestens ~~12~~15 %
 105 gegenüber dem Ausgangswert nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-
 106 Sympathomimetikums,
 107 - Zunahme der FEV₁ um mindestens ~~12~~15 % gegenüber dem Ausgangswert nach bis zu
 108 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden oder bis zu 10-tägiger Gabe
 109 von systemischen Glukokortikosteroiden,
 110 ~~circadiane PEF-Variabilität > 20 % über 3 bis 14 Tage,~~
 111 - Zur Sicherung der Diagnose bei asthmatischen Symptomen, aber normaler
 112 Lungenfunktion: Nachweis einer bronchialen Hyperreaktivität durch einen
 113 unspezifischen, standardisierten, nicht-inhalativen oder durch einen unspezifischen,
 114 standardisierten, mehrstufigen inhalativen Provokationstest.

115 Kinder im Alter von ein bis fünf Jahren:

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

- 119 - ≥ 3 größer gleich drei asthmatische Episoden im letzten Jahr und
 120 - Ansprechen der Symptome auf einen Therapieversuch mit antiasthmatischen
 121 Medikamenten

122 und mindestens eines der folgenden Zusatzkriterien:

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

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

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

Originaltext LL:
Die orale Nahrungsmittelprovokation (besonders die doppelblind placebo kontrolliert durchgeführte) ist der Goldstandard in der Diagnostik IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien und
Orale Nahrungsmittelprovokationen sollen in spezialisierten Einrichtungen durchgeführt werden, in denen Notfallmaßnahmen unmittelbar verfügbar sind. Bei Provokation mit hohem Risiko für schwere allergische Reaktionen soll darüber hinaus intensivmedizinische Unterstützung verfügbar sein.

Ersetzen durch:
Anlage 3 der Tragenden Gründe
Nach Sicherung der Diagnose des Asthma bronchiale ist bei Verdacht auf eine allergische Genese zu prüfen, ob eine allergologische Stufendiagnostik (einschl. einer Nahrungsmittelprovokation) durchzuführen ist

(Grundlage dieses Zusatzes: S2K LL - Management Nahrungsmittelallergie, 2021, Pkt 4. inbs. 4.4)

135 1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik



136 ~~Bei Nach Sicherung der Diagnose Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale~~
137 ~~ist bei Verdacht auf eine allergische Genese zu prüfen, ob eine allergologische~~
138 ~~Stufendiagnostik durchzuführen ist.~~

139 Die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung soll durch

- 140 - eine allergologisch qualifizierte und pneumologisch kompetente Ärztin bzw. einen
- 141 allergologisch qualifizierten und pneumologisch kompetenten Arzt oder
- 142 - eine allergologisch und pneumologisch qualifizierte Ärztin bzw. einen allergologisch
- 143 und pneumologisch qualifizierten Arzt
- 144 erfolgen.

145 1.3 Therapieziele

146 Die Therapie dient insbesondere der Erhaltung und der Verbesserung der asthabezogenen
147 Lebensqualität und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken.

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

- 150 - Vermeidung/Reduktion
- 151 - von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome,
- 152 Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
- 153 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen
- 154 Aktivitäten im Alltag,
- 155 - einer Progredienz der Krankheit,
- 156 - von unerwünschten Wirkungen der Therapie,
- 157 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und
- 158 geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,

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

- 161 - Reduktion der Asthma-bedingten Letalität,
- 162 - adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
- 163 - das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen. einschl. Ernährungsumstellungen bei nachgewiesenen NM Anaphylaxien oder Allergien

164 1.4 Differenzierte Therapieplanung

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

169 **Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in**
170 **Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.**

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

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



Deshalb
müssen
NM-Allergien
mit
aufgenommen
werden!

Originaltext LL Management NMA - (LL Worm 2021, Punkt 5.3.1)

Eine angemessene Eliminationsdiät wird als tragende Säule des Managements einer Nahrungsmittelallergie empfohlen

Personen mit Nahrungsmittelallergie, die langfristig eine Eliminationsdiät durchführen, sollten durch eine allergologisch ausgewiesene Ernährungsfachkraft beraten werden.

180 **1.4.1 Asthmakontrolle**

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

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

189 Mit den in den folgenden Tabellen genannten Kriterien kann die Güte der Asthmakontrolle,
190 über die die medikamentöse Therapie gesteuert wird, in „kontrolliert“, „teilweise kontrolliert“
191 und „unkontrolliert“ eingeteilt werden. Bezugszeitraum sind jeweils die letzten 4 Wochen. Bei
192 ~~„kontrolliertem“ Asthma ist die Therapie adäquat und kann eventuell sogar reduziert werden,~~
193 ~~bei „teilweiser Asthmakontrolle“ ist eine Intensivierung der Behandlung zu prüfen. Bei~~
194 ~~„unkontrolliertem“ Asthma sind sofortige Therapieanpassungen erforderlich.~~
195

196

197 *Tabelle 2: Grade der Asthmakontrolle bei Erwachsenen*

Grad der Asthmakontrolle (Angaben aus den letzten 4 Wochen)	K kontrolliert (alle Kriterien erfüllt)	F teilweise kontrolliert (1 bis 2 Kriterien)	unkontrolliert
Kriterium	alle Kriterien erfüllt	1 bis 2 Kriterien erfüllt	mindestens 3 der 4 Kriterien des teilweise kontrollierten Asthmas erfüllt
Symptome tagsüber am Tage	≤ 2 mal x pro/ Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: ≤ 1 mal pro Woche)	> 2 mal x pro/ Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: > 1 mal pro Woche)	≥ 3 Kriterien des teilweise kontrollierten Asthmas innerhalb einer Woche $>$ als 2 x / Woche
Nächtliche Symptome Einschränkung der Alltagsaktivitäten	Keine	Vorhanden	Vorhanden
Nächtliche Symptome Einschränkung der Alltagsaktivitäten	Keine	Vorhanden	Vorhanden
Einsatz der Bedarfsmedikation ¹	≤ 2 mal x / pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: ≤ 1 mal pro Woche)	> 2 mal x / pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: > 1 mal pro Woche)	> 2 x / Woche

198

199

¹Ohne den prophylaktischen Einsatz vor geplanter sportlicher Betätigung

200

201 *Tabelle 3: Grade der Asthmakontrolle bei Kindern und Jugendlichen*

Grad der Asthmakontrolle (Angaben aus den letzten 4 Wochen)	kontrolliert	teilweise kontrolliert	unkontrolliert
Kriterium	alle Kriterien erfüllt	1 bis 2 Kriterien erfüllt	mindestens 3 der 4 Kriterien erfüllt
Symptome am Tage	< 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche
Nächtliche Symptome	keine	vorhanden	vorhanden
Einschränkung der Alltagsaktivitäten	keine	vorhanden	vorhanden
Einsatz der Bedarfsmedikation ¹	< 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche

202

PatV ¹ Ohne den prophylaktischen Einsatz vor geplanter intensiver sportlicher Betätigung bei Kindern und Jugendlichen unter Dauertherapie mit ICS, sofern diese in Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt sind.	GKV-SV, KBV, DKG [keine Aufnahme der Fußnote]
--	---

203

204 Darüber hinaus ~~sollten~~ **sollen** für die Therapiesteuerung auch die aktuellen Ergebnisse der
 205 Lungenfunktionsprüfung und die Häufigkeit von Exazerbationen innerhalb der letzten zwölf
 206 Monate berücksichtigt werden. Hinweise auf ein teilweise kontrolliertes Asthma bronchiale
 207 oder unkontrolliertes Asthma bronchiale sind auch gegeben, wenn die Lungenfunktion
 208 eingeschränkt ist oder mindestens eine Exazerbation innerhalb der letzten zwölf Monate
 209 aufgetreten ist. ~~Dies sollte bei der Therapiesteuerung berücksichtigt werden.~~

210 Die Asthmakontrolle beruht somit auf klinisch leicht zu erfassenden Parametern und ist
 211 ~~sowohl~~ für die langfristige Verlaufskontrolle **geeignet und bildet als auch als** Grundlage der
 212 **medikamentösen Therapie (-Anpassungen) gemäß Nummer 1.5.9** ~~geeignet~~.

213 1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

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

216 Folgende Untersuchungen und Maßnahmen sollten bei jedem Patientenkontakt durchgeführt
 217 werden:

- 218 - Anamnese und Abschätzung des Kontrollgrades, gegebenenfalls mit Prüfung der
- 219 Asthmatagebücher/PEF-Protokolle („Peak Expiratory Flow“),
- 220 - Körperliche Untersuchung (Auskultation),
- 221 - Prüfung ~~der~~ **von** Medikation und Begleitmedikation, Medikamenten- und Notfallplan,
- 222 - Prüfung der Inhalationstechnik, gegebenenfalls Einleitung von Schulungsmaßnahmen,
- 223 - **Prüfung der Therapieadhärenz,**
- 224 - Entscheidung über Weiterführung, Steigerung oder Absenkung der Dosis inhalativer
- 225 Glukokortikosteroide,

Personen mit Nahrungsmittelallergie, die langfristig eine Eliminationsdiät durchführen, sollten durch
eine allergologisch ausgewiesene Ernährungsfachkraft beraten werden.

- 226 - Entscheidung über **eventuell notwendige weitere diagnostische oder therapeutische**
- 227 **Maßnahmen nach Nummer 1.6.2,**
- 228 - Entscheidung über das zukünftige Kontrollintervall.



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

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

234 1.4.3 Selbstmanagement

ersetzen durch:
ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser
(Allergien (einschl Nahrungsmittel) und/oder Triggerfaktoren),

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

- 238 - ~~ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen~~
- 239 ~~Krankheitsauslöser (Allergien und/oder Triggerfaktoren),~~
- 240 - Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der
- 241 Krankheitsverschlechterung (z. B. mittels Peak-flow-Protokollierung),
- 242 - einen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin erstellten individuellen
- 243 Selbstmanagementplan,
- 244 - eine korrekte Inhalationstechnik.



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

248 1.4.4 Weitere Maßnahmen bei Jugendlichen

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

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

254 1.5 Therapeutische Maßnahmen

255 1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

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

- 258 - **relevante Allergene und deren Vermeidung,**
- 259 - sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen) und
- 260 Möglichkeiten zur Vermeidung,
- 261 - Bedeutung von emotionaler Belastung,
- 262 - Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des
- 263 Asthma bronchiale führen können.

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

- 268 - Der Raucherstatus sollte bei jeder Patientin oder jedem Patienten bei jeder
- 269 Konsultation erfragt werden.

neuer Spiegelstrich:
Personen mit Nahrungsmittelallergie, die langfristig eine
Eliminationsdiät durchführen, sollten durch eine allergologisch
ausgewiesene Ernährungsfachkraft beraten werden.

- 270 - Raucherinnen und Raucher sollten in einer klaren und persönlichen Form dazu
 271 motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
 272 - Es ist festzustellen, ob die Raucherin oder der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen
 273 Ausstiegsversuch zu beginnen.
 274 - Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur
 275 Raucherentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse,
 276 insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten
 277 Tabakentwöhnung und geeignete, **von der Patientin oder dem vom** Patienten selbst
 278 zu tragende Medikamente.
 279 - Jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit Asthma bronchiale soll
 280 Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten
 281 Tabakentwöhnungsprogramm erhalten.
 282 - Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem
 283 Ausstiegsdatum.
 284 - Nicht entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher sollen zum Rauchverzicht
 285 motiviert werden.
 286 - Die Betreuungspersonen sollen über die Risiken des Passivrauchens für asthmakranke
 287 Kinder und die Notwendigkeit einer rauchfreien Umgebung informiert werden.

288 **1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme**

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

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

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

299 **1.5.3 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)**

300 Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemtherapie ist ein ergänzender Teil
 301 der nicht-medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale. In geeigneten Fällen (z. B. bei
 302 persistierender bronchialer Obstruktion) kann daher die Ärztin oder der Arzt
 303 Krankengymnastik-Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinie
 304 verordnen.

305 ~~1.5.3~~ **1.5.4 Körperliche Aktivitäten**

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

308 Daher sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig darauf hinweisen,
 309 dass die Patientin oder der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der
 310 körperlichen Aktivität ergreift. Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal
 311 jährlich überprüft werden. Insbesondere sollte darauf hingewirkt werden, dass Schulkinder
 312 mit Asthma bronchiale unter Berücksichtigung der individuellen und aktuellen
 313 Leistungsfähigkeit regelmäßig am Schulsport teilnehmen.

314 ~~1.5.4~~ **1.5.5 Rehabilitation**

315 Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist **eine interdisziplinäre und**
 316 **multimodale Maßnahme** ein Prozess, bei dem ~~der~~ asthmakranke Patientinnen und Patienten

317 mit Asthma bronchiale Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die ihre
 318 individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und/oder
 319 aufrechtzuerhalten, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen
 320 oder zu vermindern oder sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, um
 321 somit ihre und selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
 322 teilzuhaben zu fördern. Eine Rehabilitationsleistung Leistung zur medizinischen Rehabilitation
 323 verfolgt das Ziel, soll Benachteiligungen die durch ein Asthma bronchiale resultierenden
 324 Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe und/oder ihre Begleit- und
 325 Folgeerkrankungen zu vermeiden, zu vermindern helfen oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei
 326 ist den besonderen Bedürfnissen betroffener Kinder und Jugendlicher Rechnung zu tragen.

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

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

331 ~~1.5.5~~ 1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

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

338 ~~1.5.6~~ 1.5.7 Somatische Komorbiditäten

339 Erkrankungen der oberen Atemwege:

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

344 Adipositas:

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

349 Gastroösophageale Refluxkrankheit:

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

355 ~~1.5.7~~ 1.5.8 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

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

Einschub
 KG-reduktion [...] über eine ernährungstherapeutisch begleitende
 Maßnahme angestrebt werden.

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

373 **Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch**
 374 **im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach**
 375 **§ 31a SGB V informiert.**

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

379 Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab
 380 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der
 381 **Glomerulären glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer**
 382 **Schätzformel (eGFR) überwacht werden. Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion**
 383 **sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das**
 384 **Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.**

385 ~~1.5.8~~ **1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen**

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

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

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

399 ~~In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika~~
 400 ~~(Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika~~
 401 ~~(Medikamente, die bei Bedarf, z. B. bei zu erwartenden körperlichen Belastungssituationen,~~
 402 ~~zur Behandlung von Dyspnoe und insbesondere bei Asthma-Anfällen eingesetzt werden)~~
 403 ~~unterschieden.~~

404 In der Inhalationstherapie ist nur die im Bronchialsystem deponierte Medikamentenmenge
 405 wirksam. Diese hängt stark ab von der individuellen Anatomie der Atemwege, dem
 406 Atemmuster, der Partikelgröße und dem jeweiligen Applikationssystem. Es sollte daher das
 407 Applikationssystem und die Instruktion bezüglich der Anwendung individuell an die
 408 Bedürfnisse und Fähigkeiten (insbesondere Alter und Koordination) angepasst werden. Bei
 409 Kleinkindern und Vorschulkindern sollten Treibgasdosieraerosole mit Spacer bevorzugt

410 werden. Eine Gesichtsmaske soll nur so lange angewendet werden, bis das Kind durch das
411 Mundstück eines Spacers atmen kann.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

454 ~~1.5.8.1 Dauertherapie bei Erwachsenen~~

455 **1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene**

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

459 **Stufe 1**

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

463 **Stufe 2**

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

KBV, DKG, PatV

Als alternative Dauertherapie kann in begründeten Fällen ein
 Leukotrienantagonist (LTRA) anstelle des ICS eingesetzt werden.

GKV-SV

[keine
 Aufnahme]

466

467 **Stufe 3**

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

478 **Stufe 4**

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

KBV, DKG, PatV

Sofern eine Kombinationstherapie von ICS und LABA nicht in Betracht
 kommt, kann in begründeten Fällen als Dauertherapie auch ein kombinierter
 Einsatz von ICS mit einem Leukotrienantagonisten (LTRA; Montelukast)
 erfolgen.

GKV-SV

[keine
 Aufnahme]

482

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

486 **Stufe 5**

487 Als Dauertherapie soll ein ICS in Höchstdosis in Kombination mit LABA und LAMA eingesetzt
 488 werden. Die Indikation zur Therapie mit individuell geeigneten monoklonalen Antikörpern ist
 489 bei schwerem Asthma bronchiale zu erwägen, wenn mit der Kombinationstherapie nach drei
 490 Monaten keine Asthmakontrolle erreicht wird. Hierfür soll eine Überweisung zum

491 qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung
 492 erfolgen. Die Gabe von oralen Glukokortikosteroiden ist eine nachrangige Therapieoption.
 493 Die Bedarfstherapie kann entweder mit einem SABA erfolgen oder mit einer Kombination aus
 494 ICS und dem schnell wirkenden LABA Formoterol bei Patientinnen und Patienten, bei denen
 495 diese Wirkstoffe auch im Rahmen der Dauertherapie eingesetzt werden.

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

498 *Tabelle 4: Medikamentöses Stufenschema Asthma-Therapie: Erwachsene*

499

Stufe	Bedarfstherapie	Dauertherapie		
Stufe 1	SABA	keine <table border="1"> <tr> <td>KBV, DKG, PatV Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden.</td> <td>GKV-SV [Keine Aufnahme]</td> </tr> </table>	KBV, DKG, PatV Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden.	GKV-SV [Keine Aufnahme]
KBV, DKG, PatV Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden.		GKV-SV [Keine Aufnahme]		
Stufe 2	ICS niedrigdosiert			
Stufe 3	SABA oder ICS + Formoterol (wenn Teil der Dauertherapie)	ICS niedrigdosiert + LABA (1. Wahl) oder ICS mitteldosiert		
Stufe 4		ICS mittel- bis hochdosiert + LABA (1. Wahl) oder ICS mittel- bis hochdosiert + LABA + LAMA		
Stufe 5		ICS Höchstdosis + LABA + LAMA Bei unzureichender Kontrolle: Überweisung zur qualifizierten fachärztlichen Ebene: Zur Indikationsstellung und ggf. Therapie mit geeigneten Monoklonalen Antikörper Nachrangig: OCS		

500 (In der Tabelle verwendete Abkürzungen: ICS: Inhalative Glukokortikosteroide, LABA: Lang wirkende Beta-2-
 501 Sympathomimetika, LAMA: Lang wirkende Anticholinergika, LTRA: Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten, SABA:
 502 kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika, OCS: orale Glukokortikosteroide)

503 ~~Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:~~

504 1. ~~Basistherapie~~

- 505 ~~— inhalative Glukokortikosteroide,~~
- 506 ~~2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen zusätzlich zur Gabe von inhalativen~~
- 507 ~~Glukokortikosteroiden in Betracht:~~
- 508 ~~— inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika~~
- 509 ~~— Wenn trotz dieser erweiterten Basistherapie ein unkontrolliertes Asthma bronchiale~~
- 510 ~~besteht, stehen zur Modifikation bzw. Eskalation zur Verfügung:~~
- 511 ~~— langwirksame Anticholinergika~~
- 512 ~~— systemische Glukokortikosteroide~~
- 513 ~~— Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten~~
- 514 ~~— Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)~~
- 515 ~~— Antikörper~~
- 516 ~~Bei Patientinnen und Patienten mit trotz Ausschöpfung einer erweiterten~~
- 517 ~~Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem schwerem persistierendem Asthma~~
- 518 ~~bronchiale kann eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper oder Anti-~~
- 519 ~~IL-5-Antikörper) erwogen werden. Hierfür soll eine Überweisung zum qualifizierten~~
- 520 ~~Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen.~~
- 521 ~~Bei Undurchführbarkeit einer Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (z. B. Ablehnung~~
- 522 ~~oder Unverträglichkeit) als Basismedikation ist vor Verordnung einer unterlegenen~~
- 523 ~~alternativen antientzündlichen Therapie ein Aufklärungsgespräch über Risiken dieser~~
- 524 ~~Therapieoptionen zu führen.~~
- 525 ~~1.5.8.2 Dauertherapie bis zum vollendeten 18. Lebensjahr~~
- 526 **1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten**
- 527 **18. Lebensjahr**
- 528 Eine Bedarfsmedikation soll in jeder Therapiestufe bei akuten asthmatischen Beschwerden
- 529 eingesetzt werden und vorrangig mit einem kurz wirkenden Beta-2-Sympathomimetikum
- 530 (SABA) erfolgen. In begründeten Fällen kann Ipratropiumbromid alternativ oder zusätzlich
- 531 zum SABA gegeben werden.
- 532 Zur Dauertherapie sollen inhalative Kortikosteroide (ICS) als Basistherapie ab Stufe 2
- 533 eingesetzt werden. Die medikamentöse Dauertherapie soll so angepasst werden, dass alle
- 534 Alltagsaktivitäten ohne Bedarfsmedikation möglich sind. Bei der Verordnung sind die
- 535 altersabhängigen Zulassungseinschränkungen zu berücksichtigen.
- 536 **Stufe 1**
- 537 Bei geringgradigen, selten auftretenden Beschwerden kann eine Bedarfstherapie mit kurz
- 538 wirkenden Beta-2-Sympathomimetika (SABA) ausreichend sein.
- 539 Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen
- 540 individuell geprüft werden.
- 541 **Stufe 2**
- 542 Zusätzlich zur Bedarfstherapie mit SABA soll ein niedrigdosiertes ICS als Dauertherapie
- 543 eingesetzt werden. In begründeten Fällen kann alternativ als Dauertherapie der Einsatz eines
- 544 Leukotrienrezeptorantagonisten (LTRA; Montelukast) erfolgen.
- 545 **Stufe 3**
- 546 Zusätzlich zur Bedarfstherapie mit SABA soll als Dauertherapie in Stufe 3 ein mitteldosiertes
- 547 ICS als Monotherapie angewandt werden.

548 **Ab Stufe 4**

549 Als Dauertherapie soll in Stufe 4 eine Kombinationstherapie aus einem mitteldosierten ICS
 550 und einem langwirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (LABA) oder/und LTRA (Montelukast)
 551 eingesetzt werden. In begründeten Fällen kann zusätzlich zur Kombination aus
 552 mitteldosierte ICS, LABA und LTRA ein langwirkendes Anticholinergikum (LAMA; Tiotropium)
 553 eingesetzt werden.

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

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

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

566 *Tabelle 5: Medikamentöses Stufenschema Asthma-Therapie: Kinder und Jugendliche*
 567

Stufe	Bedarfstherapie	Dauertherapie
Stufe 1	SABA**	keine
Stufe 2		ICS niedrigdosiert (1. Wahl) oder LTRA*
Stufe 3		ICS mitteldosiert
Stufe 4	SABA** oder ICS + Formoterol ab dem vollendeten 12. Lebensjahr (wenn auch Teil der Langzeittherapie)	ICS mitteldosiert + LABA oder ICS mitteldosiert + LTRA oder ICS mitteldosiert + LABA + LTRA Bei unzureichender Kontrolle: ICS mitteldosiert + LABA + LTRA + LAMA*** (Tiotropium)
Stufe 5		Bei einem ab Stufe 4 nicht ausreichend kontrollierten Asthma Überweisung zu einer pädiatrischen Pneumologin/ zu einem pädiatrischen Pneumologen oder in ein kinderpneumologisches Zentrum, um weitere therapeutische Optionen (wie eine hohe ICS-Dosis) zu erwägen.

Stufe 6	Zusätzlich zu Stufe 5 Geeignete Monoklonale Antikörper (wenn Indikation es erlaubt) Nachrangig: OCS
----------------	---

- 568
- 569 * *Als Monotherapie nur zugelassen vom vollendeten 2. bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.*
- 570 ** *Alternativ kann in begründeten Fällen zusätzlich oder alternativ Ipratropiumbromid gegeben werden.*
- 571 *** *Zulassung für Tiotropium ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.*
- 572 (In der Tabelle verwendete Abkürzungen: ICS: Inhalative Kortikosteroide, LABA: Lang wirkende
573 Beta-2-Sympathomimetika, LAMA: Lang wirkende Anticholinergika, LTRA: Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten,
574 SABA: Kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika, OCS: orale Glukokortikosteroide)
- 575 ~~Vorrangig sollen zur Dauertherapie die folgenden Wirkstoffgruppen verwendet werden:~~
- 576 ~~1. Basistherapie~~
- 577 ~~— niedrig dosierte inhalative Glukokortikosteroide~~
- 578 ~~— in begründeten Fällen alternativ Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten~~
- 579 ~~2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen in Betracht:~~
- 580 ~~— Steigerung der Dosis des inhalativen Glukokortikosteroids~~
- 581 ~~— Kombination von inhalativen Glukokortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-~~
- 582 ~~Antagonisten~~
- 583 ~~— bei Kindern ab vier Jahren inhalative lang-wirksame Beta-2-Sympathomimetika (nur in~~
- 584 ~~Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden)~~
- 585 ~~3. Im Ausnahmefall, bei einem trotz der erweiterten Basistherapie nicht ausreichend~~
- 586 ~~kontrolliertem Asthma bronchiale, können zusätzlich erwogen werden:~~
- 587 ~~— systemische Glukokortikosteroide~~
- 588 ~~— Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)~~
- 589 ~~— eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE Antikörper) bei schwerem~~
- 590 ~~persistierendem Asthma bronchiale~~
- 591 ~~Die Verordnung von Medikamenten nach 3. sollte durch die jeweils qualifizierte Fachärztin~~
- 592 ~~oder den jeweils qualifizierten Facharzt oder durch die qualifizierte Einrichtung erfolgen.~~
- 593 ~~Bei der Verordnung sind die altersabhängigen Zulassungseinschränkungen zu berücksichtigen.~~
- 594 ~~1.5.8.31.5.9.3 Therapie der Exazerbation~~
- 595 ~~Eine Bedarfsmedikation soll bei akuten asthmatischen Beschwerden eingesetzt werden.~~
- 596 ~~Vorrangig sollten bei einer akuten Verschlechterung die individuellen Bedarfsmedikamente~~
- 597 ~~gemäß Stufenschema eingesetzt werden. der Bedarfstherapie/Therapie der Exazerbation~~
- 598 ~~folgende Wirkstoffgruppen Anwendung finden:~~
- 599 ~~— kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)~~
- 600 ~~Bei unzureichendem Ansprechen kommen in Betracht:~~
- 601 ~~- der kurzfristige Einsatz systemischer oraler Glukokortikosteroide (maximal bis zu zwei~~
- 602 ~~Wochen). In der Regel ist bei Kindern ein Einsatz für drei bis fünf Tage, bei Erwachsenen~~
- 603 ~~für fünf bis sieben Tage ausreichend.~~
- 604 ~~- kurz wirkende wirksame Anticholinergika~~
- 605 ~~- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)~~
- 606 Die Asthma-Exazerbation kann durch Infekte, Allergenexposition,
607 Medikamentenunverträglichkeit, irritativ-toxische Ursachen sowie körperliche Belastung

608 hervorgerufen werden. Die Gabe von Antibiotika ist bei der Asthma-Exazerbation in der Regel
609 nicht indiziert.

610 ~~1.5.8.4~~1.5.9.4 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung

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

615 ~~1.5.8.5~~1.5.9.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft

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

618 ~~1.5.8.6~~1.5.9.6 Schutzimpfungen

619 ~~Schutzimpfungen gegen Influenza und Pneumokokken sollten gemäß der Richtlinie des~~
620 ~~Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V~~
621 ~~(Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale~~
622 ~~erwogen werden.~~

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

626 **1.6 Kooperation der Versorgungssektoren**

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

630 **1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt**

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

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

647 **1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur** 648 **jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur** 649 **qualifizierten Einrichtung**

650 Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung
651 und/oder zur erweiterten Diagnostik von Patientinnen und Patienten zur jeweils qualifizierten

652 Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung
653 erfolgen:

- 654 - bei schwerem unkontrolliertem Asthma bronchiale,
- 655 - zur Überprüfung der Indikation einer **DauerLangzeit**therapie mit systemischen
656 Glukokortikosteroiden,
- 657 - bei Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft,
- 658 - bei Einleitung einer Therapie mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper, Anti-IL-5-
659 Antikörper),
- 660 - bei Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale.

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

- 663 - bei Kindern, bei denen ein kontrolliertes Asthma bronchiale durch eine erweiterte
664 Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden nicht zu
665 erreichen ist,
- 666 - bei Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinosinusitis, rezidivierender
667 Pseudokrupp),
- 668 - zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer spezifischen Immuntherapie bei
669 allergischem Asthma bronchiale.

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

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

676 **1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus**

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

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

681 Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

- 682 - bei Erwachsenen:
 - 683 - Absinken des Peakflows unter ca. 30 % des persönlichen Bestwertes bzw. unter
684 100 l/min,
 - 685 - deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung,
 - 686 - Atemfrequenz **von** mehr als ca. 25 pro Minute,
 - 687 - Sprech-Dyspnoe,
 - 688 - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- 689 - bei Kindern und Jugendlichen:
 - 690 - Absinken des Peakflows unter ca. 50 % des persönlichen Bestwertes,
 - 691 - fehlendes Ansprechen auf kurz **wirkende wirksame** Beta-2-Sympathomimetika,
 - 692 - deutlich erniedrigte Sauerstoffsättigung,
 - 693 - Sprech-Dyspnoe,
 - 694 - Einsatz der Atemhilfsmuskulatur,
 - 695 - deutliche Zunahme der Herz- und Atemfrequenz,
 - 696 - deutliche Abschwächung des Atemgeräusches,
- 697 - bei Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,

698 - bei asthmakranken Schwangeren mit Verdacht auf Gefährdung des ungeborenen
699 Kindes.

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

702 **1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung**

703 Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. Dabei sind die
704 Schwere des Asthma bronchiale, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen
705 sowie die psychosoziale Belastung zu beachten.

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

708 **2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)**

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

711 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

Laufende Nummer	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
2	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit unkontrolliertem Asthma bronchiale	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit unkontrolliertem Asthma bronchiale, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
3	Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale bzw. deren Betreuungspersonen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (bzw. deren Betreuungspersonen), die an einer empfohlenen Asthma-Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, denen eine Schulung empfohlen wurde
4	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Asthma bronchiale mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
5	Niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlungen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlung des Asthmas in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Asthma bronchiale mit

		Darstellung der patientenbezogenen Häufigkeiten der ungeplanten, auch notfallmäßigen (ambulant und stationär) ärztlichen Behandlungen
6	Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Dauermedikation mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
7	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen im Dokumentationszeitraum die Inhalationstechnik überprüft wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit inhalativer Medikation
8	Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit Dauermedikation: Niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Monotherapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika erhalten, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Dauermedikation
9	Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	1. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer 2. Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben
10	Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen ab dem vollendeten 5. Lebensjahr: Hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentiertem FEV ₁ -Wert	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einmal jährlich dokumentiertem FEV ₁ -Wert in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das 5. Lebensjahr vollendet haben

712 **3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Absatz 2**
713 **Satz 2 Nummer 3 SGB V)**

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

718 **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

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

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

724 **3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

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

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

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

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

740 Für Versicherte, die auf Basis der bis zum 31. März 2018 geltenden Einschreibediagnostik vor
741 Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine
742 erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

743 **4 Schulungen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)**

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

749 **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

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

752 **4.2 Schulungen der Versicherten**

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

755 **5 Evaluation (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)**

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

- 758 a) Tod
- 759 b) Raucherquote allgemein
- 760 c) Raucherquote im Kollektiv der Raucher

- 761 d) Ungeplante notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale (altersspezifische
762 Auswertung)
- 763 e) Asthmakontrolle (kontrolliert, teilkontrolliert, unkontrolliert) (altersspezifische
764 Auswertung)
- 765 f) Medikation
- 766 g) Schulungen (altersspezifische Auswertung)
- 767 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL ist aufgrund einer
768 fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene
769 Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter festgelegt.
770

771 Anlage 10 Asthma bronchiale - Dokumentation

Asthma bronchiale - Dokumentation		
Laufende Nummer	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber ¹	Häufiger als 2 mal wöchentlich / 2 mal wöchentlich / 1 mal wöchentlich / < 1 mal wöchentlich / Keine
1a	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation ⁴	Häufiger als 2 mal wöchentlich / 2 mal wöchentlich / 1 mal wöchentlich / < 1 mal wöchentlich / Keine
2a	In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale	Ja / Nein
2b	In den letzten vier Wochen: Asthmbedingte 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 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 aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
9a	Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen ³	Ja / Nein
10	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen	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

772 ¹ Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

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

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

776 ⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: [PatV: ggf.] Ohne prophylaktische Anwendung vor Sport

777 ⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Mehrfachnennungen möglich



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-
Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

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

Datum	14.04.2023
Stellungnahme von	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die Überarbeitung des DMP Asthma in Anlehnung an die aktuellen Leitlinien wird ausdrücklich begrüßt.
Relevante Neuerungen sind in die geänderte Richtlinie aufgenommen.
Zu den strittigen Punkten wird im folgenden Stellung genommen.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
1.2 Diagnostik	Stellungnahme mit Begründung: Aufnahme von Phänotypen wird ausdrücklich begrüßt, da diese (bei höherem Schweregrad) therapierelevant sind. Änderungsvorschlag: wie von DKG, KBV und PatV vorgeschlagen
1.4.1 Asthmakontrolle, Tabelle 3 (187)	Stellungnahme mit Begründung: bei guter Asthmakontrolle ist eine prophylaktische Inhalation der Bedarfsmedikation (in der Regel ein kurzwirksames Betamimetikum) nicht erforderlich. Wenn Bedarfsmedikation bei Sport regelmäßig notwendig wäre, müsste die Dauertherapie gemäß Stufenschema angepasst werden. Änderungsvorschlag: keine Aufnahme der Fußnote 1, wie von GKV, KBV und DKG vorgeschlagen
1.5.9.1 Medikamentöse...Therapie Erwachsene (437, 454, 471)	Zustimmung zu KBV, DKG, PatV; insbesondere die vorgeschlagene Ergänzung in Tabelle 4 ermöglicht eine Anpassung an die internationalen Leitlinien; Umsetzung und Aufnahme der internationalen Empfehlungen in die eigenen Leitlinien vor allem aufgrund fehlender Zulassung/Verfügbarkeit noch nicht umgesetzt Änderungsvorschlag: Aufnahme des Zusatzes wie vorgeschlagen
1.5.9.2. Medikamentöse Therapie Kinder und Jugendliche, Tabelle 5 (515)	Ab dem Jugendalter gibt es ausreichend Daten, nach denen auch in Stufe 1 vorzugsweise oder alternativ der kombinierten Einsatz eines ICS und eines rasch wirksamen Betamimetikums
Anlage 10 (697)	Fußnote 4: streichen (s.1.4.1)

<p>447 ff. Einordnung der Messung des exhalierbaren Stickstoffmonoxids unter 1.2.2 und 1.4.2</p>	<p>Eine Aufnahme von FeNO wird ausdrücklich befürwortet (siehe Anmerkungen KBV). Dazu verweisen wir außerdem auf die European Respiratory Society clinical practice guidelines for the diagnosis of asthma in children aged 5–16 years; Erol A. Gaillard, Claudia E. Kuehni et al. European Respiratory Journal 2021 58: 2004173; DOI: 10.1183/13993003.04173-2020.</p> <p>Die Arbeitsgruppe empfiehlt auf der Basis der existierenden Evidenz eine Aufnahme von FeNO zur Diagnosefindung bei Kindern und Jugendlichen zwischen 5 und 16 Jahren. Dabei wird ein Grenzwert von 25 ppb genannt. Ein Wert von >25ppb spricht für die Diagnose Asthma, ein Wert <25 ppb schließt eine Diagnose Asthma aber nicht aus. Insofern sollte FeNO aufgenommen werden in die Empfehlungen auch unabhängig von der Frage, ob über die Indikation für Dupilumab zu entscheiden ist.</p> <p>Für die Verlaufsbeurteilung ist die Evidenz dagegen nicht ausreichend; kann aber bei schwierigem Asthma (unzureichende Asthmakontrolle unter Stufe 4 Therapie) eingesetzt werden, um die Therapieadhärenz und das Therapieansprechen zu beurteilen.</p>
<p>454, zu 1.4 Differenzierte Therapieplanung</p>	<p>Die GPP schließt sich der Einschätzung von KBV, DKG und PatV an.</p>
<p>460, Asthmakontrolle</p>	<p>Ausdrückliche Zustimmung der Formulierung des PatV zur Aufnahme der Fußnote, 1. Satz.</p> <p>Ziel der Asthmatherapie ist eine gute Kontrolle. Dies bedeutet für Kinder und Jugendliche eine uneingeschränkte Teilhabe an altersgerechten Aktivitäten ohne den zusätzlichen Einsatz von Bedarfsmedikation.</p> <p>KEINE Zustimmung zu Satz 2 der Fußnote wie von PatV formuliert (s.o.)</p>
<p>514, zu 1.4.3 Selbstmanagement</p>	<p>Ausreichende Daten für Kinder und Jugendliche liegen nicht vor.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL):

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

Datum	14. März 2023
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
mit Unterstützung	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Federführende Autoren für die DGP:

PD Dr. Katrin Milger-Kneidinger, München (Sprecherin der Sektion 1 der DGP)

PD Dr. Hendrik Suhling, Hannover (Stellv. Sprecher der Sektion 1 der DGP)

Dr. Marcus Joest, Bonn (Niedergelassener Pneumologe)

Dr. Peter Kardos, Frankfurt (Niedergelassener Pneumologe)

Prof. Dr. Roland Buhl, Mainz (Letztautor der fachärztlichen Asthma-Leitlinie)

Prof. Dr. Marek Lommatzsch, Rostock (Erstautor und Koordinator der fachärztlichen Asthma-Leitlinie)

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die Empfehlungen zu Diagnose und Therapie von Asthma sind z.T. nicht aktuell und sollten dringend den aktuellen nationalen Leitlinien angeglichen werden: NVL 2020 und S2k-Facharztleitlinie (FA-LL) Asthma (Lommatzsch et al., 2023).

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
1.2 Diagnostik Allgemein	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Diagnostik des Asthma basiert nicht nur auf einer typischen Anamnese und lungenfunktionellen Untersuchungen, sondern auch auf der Erfassung typischer Biomarker. Sowohl die internationalen Asthma-Diagnostik-Leitlinien (Gaillard et al. ERJ 2021; Louis et al. ERJ 2022) als auch die aktuellste deutsche Asthma-Leitlinie (Lommatzsch et al., 2023) sieht die Bestimmung von Biomarkern als essentiellen Teil der Diagnostik von Asthma an. Teils kann die Diagnose Asthma trotz fehlender typischer lungenfunktioneller Befunde nur auf Basis der Anamnese und der Biomarker gestellt werden, z.B. kann auch bei fehlender Reversibilität einer Atemwegsobstruktion, jedoch bei Vorliegen von typischen Symptomen, erhöhten Biomarkern und ICS-Therapieansprechen die Diagnose Asthma gestellt werden.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Die Diagnostik des Asthma bronchiale umfasst die sorgfältige Erfassung der Anamnese und Symptomatik, die Prüfung des Vorliegens einer (partiell) reversiblen Atemwegsobstruktion bzw. einer bronchialen Hyperreaktivität und die Messung typischer Biomarker.</p>
1.2 Diagnostik Biomarker	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Bestimmung typischer Asthma-Biomarker (Marker der Typ-2-Inflammation: Bluteosinophile, FeNO) wird überhaupt nicht erwähnt, obgleich es zentraler Bestandteil der heutigen Asthma-Diagnostik ist. Die Bestimmung der Bluteosinophilen mittels Differentialblutbild gehört zur allgemeinen Basisdiagnostik von Asthma. Die Messung des exhalieren NO (FeNO) stellt zudem einen unverzichtbaren Bestandteil der fachärztlichen Asthma-Diagnostik dar (Lommatzsch et al., 2023). Insbesondere die FeNO-Messung stellt bei Patienten mit aktuell fehlender Obstruktion den wichtigsten technischen Untersuchungsbefund zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit der Asthmadignose dar. In der täglichen Praxis ist die Spezifität der alternativen Testung der bronchialen Hyperreagibilität niedrig (Trigg et al., Thorax 1990) und die Fehleranfälligkeit der longitudinalen PEF-Messung hoch (Tilemann et al., DMW 2009). Die Bestimmung beider Biomarker (Bluteosinophile, FeNO) sollte daher empfohlen werden. Der Nachweis erhöhter Biomarker (FeNO > 25ppb bzw. > 50 ppb; Blut-Eosinophilie >150/μl bzw. > 300/μl) ist sowohl zur Diagnostik und Phänotypisierung von Asthma als auch für die Therapiesteuerung von großer Bedeutung.</p>

	<p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Erwähnung und Erläuterung der Bedeutung von Typ-2-Biomarkern für die Diagnostik und Therapie-Steuerung von Asthma.</p> <p>Übernahme des Diagnosealgorithmus für Kinder bzw. Erwachsene aus der FA-LL Asthma, Abbildungen 3 und 4.</p>
<p>1.2 Diagnostik Asthma vs. COPD</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>In der Tabelle 1 (DMP Asthma)(Gegenüberstellung typische Merkmale Asthma versus COPD) fehlen wesentliche Informationen, z.B.:</p> <p>Erkrankungsbeginn Asthma: im Kinder- oder Jugendalter oder im Erwachsenenalter möglich.</p> <p>Allergien bei Asthma: Häufig, aber bei intrinsischem Asthma fehlend (bzw. ohne klinische Relevanz).</p> <p>Obstruktion bei Asthma: Variabel, oft reversibel, oft aktuell nicht nachweisbar.</p> <p>Asthma: häufiges Auftreten nächtlicher Beschwerden (bei der COPD fehlend)</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Übernahme von Tabelle 4 aus der fachärztlichen Leitlinie (Lommatzsch et al., 2023), anstelle von Tabelle 1.</p>
<p>1.2 Diagnostik Phänotypen</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Asthma-Phänotypen werden insbesondere anhand des Alters bei Erstmanifestation, des Vorliegens klinisch relevanter Allergien gegen typische Aeroallergene, der Expression von Typ-2-Biomarkern und des Vorliegens typischer Komorbiditäten definiert.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Es lassen sich verschiedene therapierelevante Asthmaformen (Phänotypen) unterscheiden. Zur Eingrenzung dieser Phänotypen ist die Erfassung folgender Informationen von besonderer Bedeutung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alter bei Asthma-Erstmanifestation (Early-onset Asthma versus Adult-onset Asthma) - Vorliegen klinisch relevanter Allergien gegen typische Aeroallergene - Bluteosinophilenkonzentration (in Zellen/μl) - FeNO-Wert (in ppb) - Vorliegen typischer Komorbiditäten (z.B. allergische Rhinitis, Chronische Rhinosinusitis mit oder ohne Nasenpolypen, Neurodermitis, Adipositas)

<p>1.3 Therapieziele</p> <p>Remission</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Neben der Asthmakontrolle als kurzfristiges Therapieziel werden langfristige Therapieziele (Minimale oder fehlende Symptome, keine Exazerbationen, stabile Lungenfunktion, keine Anwendung systemischer Steroide) im Sinne einer Asthma-Remission als Therapieziel in der aktuellen Asthma-Leitlinie definiert.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Einfügen der Remission (Definition gemäß FA-LL, Lommatzsch et al., 2023) als langfristiges Asthma-Therapieziel.</p>
<p>1.5.9.1</p> <p>Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene</p> <p>Stufe 1: ICS/FABA und Primat der ICS</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Empfehlungen zur medikamentösen Therapie sollten den aktuellen Leitlinien (NVL und fachärztliche LL) angeglichen werden. Dies betrifft insbesondere die bevorzugte Anwendung von ICS/FABA bei Bedarf schon ab Therapiestufe 1 im Gegensatz zu Salbutamol als nachrangige Therapieoption. Zudem sollte die nachrangige Anwendung von LTRA im Vergleich zu ICS als anti-inflammatorische Therapie wegen geringerer Wirksamkeit und ungünstigem Nebenwirkungsprofil (psychiatrische Nebenwirkungen insbesondere auch bei Kindern) erwähnt werden.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Die alleinige Therapie mit SABA in Stufe 1 stellt eine nachrangige Therapieoption dar. Vorrangig sollten alle Patienten mit Asthma eine ICS-haltige Therapie erhalten, entweder als Bedarfstherapie mit ICS/FABA (Stufe 1+2) oder als ICS-haltige Dauertherapie. LTRA sollten aufgrund einer im Vergleich zu ICS geringeren Wirksamkeit und des ungünstigen Nebenwirkungsprofils (psychiatrische Nebenwirkungen insbesondere auch bei Kindern) nachrangig eingesetzt werden.</p>
<p>1.5.9.1</p> <p>Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene</p> <p>Alle Stufen: ICS-LABA- Fixkombinationen</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Empfehlungen zur medikamentösen Therapie sollten den aktuellen Leitlinien (NVL und fachärztliche LL) angeglichen werden. So sollte wie in der NVL und der fachärztlichen LL die Kombinations-Therapie mit ICS und LABA <i>immer</i> als <i>Fixkombination</i> gefordert werden.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Bei einer Therapie mit einem ICS und einem LABA soll diese Therapie, wenn möglich, immer als ICS-LABA-Fixkombinationstherapie eingesetzt werden.</p>
<p>1.5.9.1</p> <p>Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene</p> <p>Alle Stufen</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>S.o. Angleichung an aktuelle nationale Leitlinien.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Stufenschema der FA-LL Asthma (Abbildung 5 und 6) übernehmen.</p>

<p>1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene Biologika und schweres Asthma</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Biologika sind Mittel der 1. Wahl zur Behandlung des schweren Asthma, daher müssen die 6 Biologika und deren Zulassungen erwähnt werden. Die Definition von schwerem Asthma, u.a. in Abgrenzung vom schwierigen Asthma ist wichtig, daher muss auch diese erwähnt werden. Schließlich muss klar herausgestellt werden, dass (in Übereinstimmung mit allen aktuellen Leitlinien) systemische Steroide nur bei fehlender Indikation oder bei Versagen einer Biologika-Therapie in der Asthma-Langzeittherapie zum Einsatz kommen dürfen.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i> Tabellarische Aufführung der zugelassenen Biologika: Übernahme der Tab. 9 der fachärztlichen Asthma-LL. Übernahme der Abb. 2 der fachärztlichen Asthma-LL zur Definition von schwerem Asthma. Erwähnung im Text und in den Stufenschemata, dass systemische Steroide nur bei fehlender Indikation oder bei Versagen einer Biologika-Therapie in der Asthma-Langzeittherapie zum Einsatz kommen dürfen.</p>
<p>Online-Formular „DMP Arzt“ Änderungen</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die Inhalte, die online im Formular vom „DMP-Arzt“ ausgefüllt werden müssen, spiegeln nicht die Dinge wider, die für eine moderne Diagnostik und Therapie von Asthma wichtig sind. Auch die oben genannten aktuellen Änderungen müssen hier berücksichtigt werden. Da dieser Teil maßgeblich die Behandlungsqualität beeinflusst, muss dieses Formular so konzipiert werden, dass die Kollegen/innen zu einer Evidenz-basierten Diagnostik und Therapie von Asthma angehalten werden.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i> Anpassung des Online-Formulars DMP Arzt.</p>
<p>Sonstiges</p>	<p>379-384: Streichen (irrelevant für Asthma-Medikamente)</p> <p>760: Unlogische Aussage: „Raucherquote im Kollektiv der Raucher“</p>

Literaturverzeichnis

1. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma, 4.Auflage 2020.
2. Lommatzsch et al., S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma 2023, publiziert bei AWMF online, AWMF-Registernr.: 020-009.
3. Gaillard et al., Eur Respir J, 2021.
4. Louis et al., Eur Respir J, 2022.
5. Trigg et al., Thorax 1990
6. Tilemann et al., DMW 2009.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-
Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

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

Datum	[13.04.2023]
Stellungnahme von	Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

DAAB Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Für den DAAB ist es wichtig, eine gute Patientenberatung nach dem Stand der wissenschaftlichen medizinischen Forschung und aktuellem Stand der medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften umzusetzen. Dafür benötigen wir aktuelle fachliche Informationen aus Leitlinien wie beispielsweise der NVL-Asthma, die nach unserer Auffassung in wichtigen patientenrelevanten Kernbereichen einheitliche Aussagen haben sollten. Beispielsweise sollte das Thema Asthmakontrolle bzw. die Definition eines kontrollierten, teilweise kontrollierten oder unkontrollierten Asthma bronchiale einheitlich sein, damit wir als Patientenverband gut damit in die Beratung gehen können.
Welche wissenschaftlichen Quellen sind für uns als Patientenverband beim Thema Asthma in Deutschland maßgeblich relevant? Ist es die NVL-Asthma?

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)
1.1	Definition des Asthma bronchiale Anregung zum Vergleich der Asthmadefinitionen aus DMP – NVL-Asthma (1) und neuer Leitlinie der DGP (2) Änderungsvorschlag: Einigung auf eine gleichlautende Asthmadefinition möglich?
1.2.	Diagnostik Der DAAB schließt sich der Meinung von DKG, KBV und PatV an.
1.2 Tabelle 1	Unterscheidungskriterien zwischen Asthma bronchiale und COPD Änderungsvorschlag: Statt Erkrankungsbeginn: Alter bei Erstdiagnose Asthma bronchiale: Häufig in Kindheit und Jugend aber auch im Erwachsenenalter möglich (2) Erkrankungsbeginn darunter ergänzen, Asthma bronchiale: oft relativ abrupter Beginn, COPD: Schleichender Beginn (2) Atemwegsobstruktion: Asthma bronchiale Statt „Reversibel oder partiell reversibel“ „Variabel, oft reversibel, oft aktuell nicht nachweisbar“ (2)
1.2.1	Siebter Spiegelstrich Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung Komorbiditäten: Änderungsvorschlag Hier sollten auch Allergische Rhinokonjunktivitis, Atopische Dermatitis und Nahrungsmittelallergien aufgeführt werden. Hierzu auch (3) Weitere Literaturquellen zu diesem Thema auch unter 1.5.7 s.u.
1.2.3	Allergologische Stufendiagnostik „Nach Sicherung der Diagnose ist bei Verdacht auf eine allergische Genese zu prüfen, ob eine allergologische Stufendiagnostik durchzuführen ist“ Änderungsvorschlag: Bei Asthmadignose und Allergieverdacht soll eine allergologische Stufendiagnostik durchgeführt werden. Literatur: Bei Patienten mit Verdacht auf allergisches Asthma (siehe Empfehlung 2-1) soll eine allergologische Stufendiagnostik durchgeführt werden.(1)

	<p>Bei jedem neu diagnostizierten Asthma ist eine allergologische Stufendiagnostik erforderlich. Eine allergische Sensibilisierung ist der häufigste Auslöser der Erkrankung (2)</p>
<p>1.3.</p>	<p>Therapieziele Änderungsvorschlag: Ergänzen Erreichen einer guten Asthmakontrolle mit der jeweiligen notwendigen Medikation nach Medikamentenstufenschema in geringstmöglicher Dosierung. „Der Grad der Asthmakontrolle soll in regelmäßigen Abständen überprüft werden, um festzustellen, ob die Therapieziele erreicht werden und eine Anpassung der Therapie (Intensivierung/Reduktion) indiziert ist.“ (1) „Ziel ist die dauerhafte Erhaltung der Asthmakontrolle mit der geringstmöglichen Zahl antiasthmatischer Wirkstoffe in niedrigstmöglicher Dosis.“(2) Außerdem sind in der NVL Asthma (1) weitere Therapieziele genannt, die eventuell ergänzt werden sollten Therapieziele Wichtig für die gemeinsame Entscheidungsfindung ist das Festlegen gemeinsamer Therapieziele – in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten. Dazu zählen: • Vermeiden einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der physischen, psychischen und kognitiven Entwicklung; • Vermeiden von Komplikationen und physischen, psychischen und sozialen Folgeschäden (in der NVL Asthma allgemein ausgedrückt, nicht nur für Kinder/Jugendliche sondern auch für Erwachsene); • Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität; (nicht bei Normalisierung, steht so im DMP-Text?)</p>
<p>1.4.1</p>	<p>Asthmakontrolle bei Kindern, Tabelle 3 Kontrolliert: Symptome am Tag <1x/Woche NVL Asthma (Gut kontrolliert): Keine Symptome tagsüber (1) und fachärztliche S2kLL (kontrolliertes Asthma): Symptome tagsüber: keine (2) Kontrolliert: Einsatz der Bedarfsmedikation < 1x/Woche Aber NVL (Gut kontrolliert): Kein Gebrauch der Bedarfsmedikation mit Ausnahme unter 1 (1) und fachärztliche S2kLL (kontrolliertes Asthma): keine (2) Außerdem zu diesen Angaben Unterschiede bei „teilweise kontrolliert“ und „unkontrolliert“ Für die Patientenberatung und ja eigentlich auch für die ärztliche Behandlung benötigen wir nach unserer Ansicht einheitliche, gut verständliche und klare</p>

	<p>Vorgaben, sonst wird es in der Patientenberatung sehr schwierig und kompliziert.</p> <p>Was ist der Unterschied zwischen weniger als 1x pro Woche und keinen Symptomen?</p>
<p>1.4.1</p>	<p>Asthmakontrolle</p> <p>Hinweis der PatV:</p> <p>1Ohne den prophylaktischen Einsatz vor geplanter intensiver sportlicher Betätigung bei Kindern und Jugendlichen unter Dauertherapie mit ICS, sofern diese in Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt sind.</p> <p>Eine Dauertherapie mit ICS sollte am besten die Teilnahme an sportlicher Betätigung ermöglichen, ohne dass vor dem Sport das Bedarfsmedikament angewendet werden muss. Ist die prophylaktische Einnahme der Bedarfsmedikation vor dem Sport für die Beurteilung der Asthmakontrolle ohne Relevanz, können Kinder und Jugendliche mit häufiger sportlicher Betätigung auch sehr häufig Bedarfsmedikamente inhalieren, ohne dass diese Anwendungen des Bedarfsmedikaments bei der Einschätzung der Asthmakontrolle Berücksichtigung finden. Beispielsweise könnte es, bei einem häufigen sportlichen Training in der Woche, zu einer etwa 5-maligen Anwendung der Bedarfsmedikation kommen, ohne dass diese in die Beurteilung der Asthmakontrolle einfließt.</p> <p>Daher spricht sich der DAAB beim Thema Grade der Asthmakontrolle bei Kindern und Jugendlichen gegen diesen Vorschlag aus.</p> <p>Literatur:</p> <p>„Bei vielen Patienten sind anstrengungsinduzierte Symptome Ausdruck einer unzureichenden Asthmakontrolle. Durch Intensivierung der Langzeittherapie den Stufenschemata folgend können in der Regel die anstrengungsinduzierten Symptome beseitigt werden.“(Statement aus 1)</p> <p>„Bei Kindern und Jugendlichen soll die medikamentöse Langzeittherapie so begonnen und angepasst werden, dass alle Alltagsaktivitäten ohne Bedarfsmedikation möglich sind.“ (1) Doppelpfeil oben</p> <p>Für Kinder und Jugendliche gilt, dass regelmäßige (z. B. einmal pro Woche im Rahmen von Schulsport oder Vereinstraining) belastungsinduzierte Beschwerden als Ausdruck einer chronischen BHR gewertet werden sollen und die Indikation zu einer anti-inflammatorischen Therapie geprüft werden soll. (2)</p> <p>Tritt anstrengungsinduziertes Asthma bei Patienten auf, die bereits mit ICS behandelt werden, werden zusätzlich inhalative raschwirksame Beta-2-Sympathomimetika (FABA) unmittelbar vor körperlicher Belastung empfohlen [200]. In (2) Quelle:</p> <p>Parsons JP, Hallstrand TS, Mastrorarde JG et al. An official American Thoracic Society clinical practice</p>

	<p>guideline: exercise-induced bronchoconstriction. Am J Respir Crit Care Med 2013; 187: 1016-1027. DOI: 10.1164/rccm.201303-0437ST</p> <p>Abhängig von der Frequenz der Beschwerden (Asthmakontrolle) kann eine Intensivierung der Langzeittherapie nach Stufenschema sinnvoll sein (Abb. 5) (2)</p>
1.5.7	<p>Somatische Komorbiditäten Erkrankung der oberen Atemwege Häufige und bedeutsame Komorbiditäten sind Rhinosinusitis... Änderungen: Der DAAB schlägt aufgrund der Häufigkeit von allergischem Asthma vor, auch die Allergische Rhinitis bzw. Allergische Rhinokonjunktivitis hier aufzuführen.</p> <p>Literatur: Asthma und chronisch-entzündliche Erkrankungen der oberen Atemwege (EOA) sind häufig miteinander vergesellschaftet [462]. Mehr als 80% der Patienten mit Asthma haben eine EOA und bis zu 40% der Patienten mit EOA ein koexistierendes Asthma [463]. Daher sollte bei Patienten mit Asthma immer auch eine Beteiligung der oberen Atemwege abgeklärt werden (sowie umgekehrt) [463]. Abzugrenzen ist die allergische Rhinitis (AR), welche mit Allergien gegen typische Aeroallergene einhergeht und oft mit einem Asthma mit Erkrankungsbeginn in der Kindheit oder Jugend (Early-onset Asthma) assoziiert ist [49], von der chronischen Rhinosinusitis (CRS), welche meist keine allergische Ursache hat und oft mit einem Adult-onset Asthma vergesellschaftet ist [70] (Literaturabschnitt aus 2)</p> <p>Early-onset Asthma (Beschwerdebeginn im Kindes- oder Jugendalter, fast immer assoziiert mit Allergien bzw. allergischen Komorbiditäten) und Adult-onset Asthma (Beschwerdebeginn ab dem 18.Lebensjahr, seltener mit Allergien assoziiert). (2)</p> <p>Auch die Atopische Dermatitis und Nahrungsmittelallergien sind aus unserer Sicht bei Komorbiditäten zu ergänzen.</p> <p>Literatur: Die atopische Dermatitis geht häufig der Manifestation des Asthma im Kindesalter voraus, dies ist aber keine Gesetzmäßigkeit [468]. Relevante Einflussfaktoren sind der frühe Beginn einer atopischen Dermatitis, ihr höherer Schweregrad, eine familiäre Atopieanamnese und ein männliches Geschlecht [483, 484]. Die atopische Dermatitis als Komorbidität geht mit einem höheren Schweregrad des Asthma einher [485]. (Literatur in 2)</p> <p>Sowohl jüngere als auch ältere Kinder mit einer Nahrungsmittelallergie haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Asthma und eines schweren Asthma. Diese Assoziation ist stärker ausgeprägt bei Kindern mit mehreren oder mit schweren Nahrungsmittelallergien [477]. Des Weiteren tritt eine</p>

	<p>Asthmaentwicklung bei Kindern mit einer Nahrungsmittelallergie frühzeitiger auf als bei Kindern ohne Nahrungsmittelallergie [478]. Kinder mit Nahrungsmittelallergie und einer Sensibilisierung gegen mindestens ein Nahrungsmittel (wie Hühnerei, Soja, Milcheiweiß, Erdnuss oder Weizen) entwickeln eine schlechtere Lungenfunktion, und werden häufiger notfallmäßig vorgestellt oder stationär aufgenommen [479]. Ferner weisen sie einen höheren Bedarf an systemischen Steroiden [480] sowie eine höhere Rate invasiver Beatmungsepisoden auf [481]. Auch im Erwachsenenalter beeinflusst das Vorhandensein einer Nahrungsmittelallergie die Asthmamorbidity [482] (Literatur in 2)</p>
<p>1.5.9.5.</p>	<p>Asthma bronchiale in der Schwangerschaft Die S2kLL zur fachärztlichen Diagnose und Behandlung von Asthma kündigt ausführliche und aktualisierte Empfehlungen zum Asthma-Management während der Schwangerschaft an. (2) Änderungsempfehlung: Das Kapitel soll im Hinblick auf mögliche Änderungen in den Empfehlungen geprüft werden.</p>
<p>1.6.2</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 qualifizierten Einrichtung erfolgen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei schwerem unkontrolliertem Asthma <p>Anmerkung: Der DAAB schätzt die Überweisung zur fachärztlichen Behandlung erst zum Zeitpunkt eines schweren unkontrollierten Asthma bronchiale als zu spät ein.</p> <p>Es muss auch geklärt sein, ob ein Asthma wirklich ein schweres Asthma oder ein schwieriges Asthma ist. Dies sollte durch fachärztliche Einschätzung geprüft werden. Auch wenn ein Asthma länger teilkontrolliert ist oder die Diagnose nicht klar ist bzw. Differentialdiagnosen ausgeschlossen und/oder Komorbiditäten noch besser erkannt und behandelt werden müssen, ist eine fachärztliche Überprüfung hilfreich.</p> <p>Literatur aus NVL-Asthma (1)</p> <p>In folgenden Situationen soll die Indikation zur Überweisung zu einem Pneumologen bzw. pädiatrischen Pneumologen geprüft werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn Zweifel an der Diagnose bestehen; • bei unzureichender Asthmakontrolle trotz intensivierter Behandlung; • bei vorausgegangener Notfallbehandlung <p>(Doppelpfeil oben)</p> <p>Bei Kindern, bei denen ein kontrolliertes Asthma bronchiale durch eine erweiterte Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden nicht zu erreichen ist, Hierzu gibt es weitere Empfehlungen: Kinder und Jugendliche, deren Asthma eine Behandlung der Stufe 4 erfordert, sollten zu einem pädiatrischen Pneumologen überwiesen werden. (1) Kinder und Jugendliche, deren Asthma eine Behandlung in Stufe 5 erfordert,</p>

	<p>sollen zu einem pädiatrischen Pneumologen überwiesen werden. (1)</p> <p>Das diagnostische Einbeziehen der Bodyplethysmografie zusätzlich zur Spirometrie ermöglicht bei Kindern eine frühere Asthma-Diagnose (Quelle aus 2)</p> <p>Brzozowska A, Majak P, Grzelewski T et al. Measurement of specific airway resistance decreased the risk of delay in asthma diagnosis in children. Allergy Asthma Proc 2009; 30: 47-54. DOI: 10.2500/aap.2009.30.3194</p>
1.6.4	<p>Veranlassung einer Rehabilitationsleistung</p> <p>Änderung: Ergänzung dieses Kapitels</p> <p>In der NVL gibt es starke Empfehlungen für:</p> <p>Patienten mit Asthma soll eine pneumologische Rehabilitation angeboten werden, wenn trotz adäquater ambulanter ärztlicher Betreuung beeinträchtigende körperliche, soziale oder psychische Krankheitsfolgen bestehen, die die Möglichkeiten von normalen Aktivitäten bzw. der Teilhabe am normalen beruflichen und privaten Leben behindern. Dies gilt insbesondere bei folgenden Konstellationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persistierende asthmatische Beschwerden bzw. fehlende Asthmakontrolle; • fixierte Obstruktion mit entsprechender Symptomatik; • Gefährdung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit, eines geeigneten und angemessenen Schulabschlusses bzw. einer Berufsausbildung; • drohende Pflege- und Hilfsbedürftigkeit; • Notwendigkeit von nicht-medikamentösen Therapieverfahren, wenn diese ambulant nicht im erforderlichen Ausmaß erfolgen können, z. B. Schulung, Atemphysiotherapie, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Tabakentwöhnung, psychotherapeutische Hilfen, Allergen- und Schadstoffkarenz; • Faktoren im Bereich des familiär-sozialen Umfeldes, die den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und im Rahmen eines multiprofessionellen Rehabilitationssettings bearbeitet werden können; • Komorbiditäten, die einen multiprofessionellen Therapieansatz benötigen, der ambulant so nicht vorhanden oder umsetzbar ist. (1) <p>Bei erwachsenen Patienten soll während des Krankenhausaufenthaltes die Indikation für eine nachfolgende Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussrehabilitationsmaßnahme geprüft werden. (1)</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen soll während des Krankenhausaufenthaltes die Indikation für eine sich direkt anschließende Rehabilitationsmaßnahme geprüft werden. (1)</p> <p>Bei Erwachsenen soll vor der Behandlung in Stufe 5 die Indikation zu einer Rehabilitation geprüft werden. (1)</p>

	<p>Bei Kindern und Jugendlichen soll vor der Behandlung in Stufe 5 die Indikation zu einer stationären Rehabilitation geprüft werden (1)</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen soll vor der Behandlung in Stufe 6 die Indikation zu einer stationären Rehabilitation geprüft werden.(1)</p>
Anlage 10 Dokumentation	<p>Asthmaschulung</p> <p>Anmerkungen</p> <p>Hier sollte die Dokumentation intensiver werden, damit das Qualitätsziel „Hoher Anteil geschulter TeilnehmerInnen“ besser erreicht wird.</p> <p>Asthmaschulung empfohlen ja / nein</p> <p>Gibt es hier einheitliches Infomaterial zur Patienteninformation zum Thema Asthmaschulung zur Verteilung in den Arztpraxen oder wäre eine Entwicklung im Rahmen des DMP dazu denkbar?</p> <p>Wer sind die regionalen AnsprechpartnerInnen für Asthmaschulungen, auch das sollte dokumentiert werden. Es nützen keine Adresslisten, die zwar DMP-Ärzte/Ärztinnen listen, Schulungen laut Papier oder Auskunft der Krankenkasse anbieten, aber dies gar nicht der Realität entspricht.</p> <p>Hier muss eine genaue Dokumentation erfolgen, die auch immer wieder aktualisiert werden muss.</p> <p>Empfohlene Asthmaschulung wahrgenommen Ja/ nein/ War aktuell nicht möglich</p> <p>Gründe sollten detaillierter angegeben werden.</p> <p>Bei letzter Dokumentation keine Schulung</p> <p>Sind es Gründe der Patienten?</p> <p>Wie kann zusätzlich durch die Patienten dokumentiert werden, dass Sie zum Thema Schulung informiert wurden?</p>
Anlage 10	<p>Behandlungsplanung</p> <p>Schriftlicher Selbstmanagementplan</p> <p>Anmerkungen</p> <p>Wenn möglich, sollte ein einheitlicher DMP-Selbstmanagementplan geschaffen werden, der generell an die Patienten weitergegeben wird und auch individuell angepasst werden kann.</p>

Literaturverzeichnis

1. Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma Langfassung 4. Auflage, 2020
Version 1 AWMF-Register-Nr.: nvl-002
2. S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma 2023
herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V,
AWMF-Register-Nr.: nvl-020-009
3. Weißbuch Allergie in Deutschland, 4. Auflage 2023 Für die AllergieLiga Herausgegeben:Vogelberg, Christian; Werfel, Thomas; Klimek, LudgerAWMF, D. C. (2018). S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen.

4. Parsons JP, Hallstrand TS, Mastrorade JG et al. An official American Thoracic Society clinical practice guideline: exercise-induced bronchoconstriction. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 187: 1016-1027. DOI: 10.1164/rccm.201303-0437ST
5. Brzowska A, Majak P, Grzelewski T et al. Measurement of specific airway resistance decreased the risk of delay in asthma diagnosis in children. *Allergy Asthma Proc* 2009; 30: 47-54. DOI: 10.2500/aap.2009.30.3194



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-
Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

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

Datum	14.04.2023
Stellungnahme von	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)
	Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkungen
<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 15. März 2023 den „Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen. Nachfolgend möchten der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) und der Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB) die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation), Stand: 16.03.2023 [1] nutzen.</p>
<p>Der Bezug und Interventionsansatz der allergologischen Ernährungstherapie bei einem allergischen Asthma fehlt, obwohl es leitlinienkonform zu fordern ist (s.u.).</p>
<p>Der Bezug und Interventionsansatz der qualifizierten Ernährungstherapie bei einem Asthma und gleichzeitig vorliegenden Komorbiditäten fehlt, obwohl es leitlinienkonform zu fordern ist (s.u.).</p>
<p>Daher empfehlen wir eindringlich, einen Hinweis auf die mögliche Therapieoption „Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkraft“ wie in den entsprechenden Leitlinien aufzunehmen. Bei Ernährungsfachkräften handelt es sich um Diätassistentinnen und Diätassistenten, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler sowie Ökotrophologinnen und Ökotrophologen, die über ernährungstherapeutischen Grundkompetenzen Absatz 4, Anlage 5, Verträge nach §125 SGB V [2] und allergologische Fortbildung (VDD Allergologie oder DAAB Allergologie) verfügen.</p> <p>Diese Aufforderung erfolgt im Gegensatz zu anderen nicht medikamentösen Maßnahmen und Empfehlungen bisher nur indirekt (siehe 1.4 – Differenzierte Therapieplanung).</p> <p>Auch im Servicedokument Aktualisierung DMP Asthma_2023-03-06 (Anlage 3) haben wir Änderungsvorschläge eingearbeitet, die geänderte Anlage 3 haben wir angefügt.</p>
<p>Nachweislich liegen für einige Erkrankungen eindeutige evidente Belege für den Effekt der Ernährungstherapie vor. Ein expliziter Verweis auf eine Ernährungstherapie (auch unter Bezug auf die Erkrankung/ Symptom Asthma/ Atemnot) erfolgt zitierfähig für das Asthma DMP bei den unten aufgeführten Erkrankungen/ Komorbiditäten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adipositas [3-5] - COPD [6-7] - Allergische Rhinitis und chronische Rhinosinusitis [8-9] - Nahrungsmittelallergie [10-15] - Atopische Dermatitis [16-17]
<p>Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen/Textänderungen als blauer Text hervorgehoben.</p>

Die Volltexte der erwähnten Literatur haben wir verlinkt, zwei Quellen der Literaturliste [10-11] haben wir als PDF angehängt. Diese PDFs enthalten markierte Textstellen.

<p>1.2.3 Zeile 129-130</p>	<p>Änderungsvorschlag: Ergänzung des Anfangssatzes: Nach Sicherung der Diagnose des Asthma bronchiale ist bei Verdacht auf eine allergische Genese zu prüfen, ob eine allergologische Stufendiagnostik (einschl. einer Nahrungsmittelprovokation) durchzuführen ist</p>
<p>1.3 Therapieziele Ergänzung beim vierten Spiegelstrich</p> <p>1.3 Zeile 155</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit insbesondere bei Asthma und Anaphylaxien als Selbstmanagement eine Umstellung der Ernährung durch geschultes Personal fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12], Pkt 4. inbs. 4.4. Diagnostische Eliminationsdiät und Provokationstestungen - die AAAAI-Guideline 2021 [13] - die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie-Update 2021 [14] - die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11] - die DGAKI-Leitlinie Nahrungsmittelallergie infolge immunologischer Kreuzreaktivitäten mit Inhalationsallergenen 2014 [15] <p>Änderungsvorschlag: Ergänzung des vierten Spiegelstrichs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen, einschl. einer möglichen Ernährungsumstellung insb. bei nachgewiesener Anaphylaxie oder Allergie als Ursache des Asthmas.
<p>1.4.2. Ärztliche Kontrolluntersuchungen, siebten Spiegelstrich Zeile 212-213</p> <p>1.4.2 Zeile 212-213</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit auf die Risiken von notwendigen Eliminationsdiäten (insbesondere bei asthmatischen Kindern) hinweist und deren regelmäßige Re-Evaluation durch ärztliche Kontrollmaßnahmen fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12] - die AAAAI-Guideline 2021 [13] - die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie-Update 2021 [14] - die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11] - die Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem; atopische Dermatitis] 2016 [16] <p>Änderungsvorschlag: Ergänzung des siebten Spiegelstrichs:</p>

Literaturverzeichnis**Zu zitierende Literatur (nur Guidelines/ Leitlinien und Positionspapier/ hohe Evidenz):**

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation), Stand: 16.03.2023. Berlin: G-BA; 2023. 1-22.
2. Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R), Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE), Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater - QUETHEB e.V., Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V., Verband für Ernährung und Diätetik (VFED) e.V. Anlage 5 Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung. Lesefassung nach der Änderungsvereinbarung vom 20.12.2021. Berlin/Bonn/Gerstetten-Gussenstadt/Essen/Aachen: GKV-Spitzenverband, VDOE, QUETHEB, VDD, VFED; 2021. 1-16. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmitel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20220421_Lesefassung_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf (abgerufen am: 11.04.2023).
3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene. Abschlussbericht. Auftrag: V21-05. Version: 1.0. Stand: 18.08.2022. IQWiG-Berichte – Nr. 1408. Köln: IQWiG; 2022. 1-382. https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf (abgerufen am: 14.04.2023).
4. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren e. V. (DGE-BV), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM), et al. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. Version 2.3; AWMF-Register Nr. 088-001. DGAV CAADIP; 2018. p. 1-151. https://register.awmf.org/assets/guidelines/088-001_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf (abgerufen am: 12.03.2023).
5. Hauner H, Moss A, Berg A, Bischoff SC, Colombo-Benkmann M, Ellrott T, et al. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas der DAG, DDG, DGE und DGEM. Version 2.0 (April 2014); AWMF-Register Nr. 050/001. Adipositas 2014; 8(4): 179-221. https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-001_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 12.03.2023).
6. Agusti A, Celli BR, Criner GJ, Halpin D, Anzueto A, Barnes P, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Arch Bronconeumol 2023; 59(4): 232-48. DOI: 10.1016/j.arbres.2023.02.009. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0300289623000364?token=914E2A931BAFBD5F23CFDFDFE893C1992AE9B9C6ECE9A183147F9C0DAB2C165BB6EDC60316B687F32A846129154ABDB2&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230412132013> (abgerufen am: 12.02.2023).
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2023 Report.

- <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/> (abgerufen am: 12.04.2023).
8. Stuck BA, Beule A, Jobst D, Klimek K, Laudien M, Popert U, et al. S2k-Leitlinie Rhinosinusitis - Langfassung. AWMF-Register-Nr. 017/049 und 053-012. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); 2017. p. 1-95.
https://register.awmf.org/assets/guidelines/017-049_und_053-012I_S2k_Rhinosinusitis_2022-12-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 13.04.2023).
 9. Klimek L, Bachert C, Pfaar O, Becker S, Bieber T, Brehler R, Buhl R, Casper I, Chaker A, Czech W, Fischer J, Fuchs T, Gerstlauer M, Hörmann K, Jakob T, Jung K, Kopp MV, Mahler V, Merk H, Mülleneisen N, Nemat K, Rabe U, Ring J, Saloga J, Schlenker W, Schmidt-Weber C, Seyfarth H, Spertl A, Spindler T, Staubach P, Strieth S, Treudler R, Vogelberg C, Wallrafen A, Wehrmann W, Wrede H, Zuberbier T, Bedbrook A, Canonica GW, Cardona V, Casale TB, Czarlewski W, Fokkens WJ, Hamelmann E, Hellings PW, Jutel M, Larenas-Linnemann D, Mullol J, Papadopoulos NG, Toppila-Salmi S, Werfel T, Bousquet J. ARIA guideline 2019: treatment of allergic rhinitis in the German health system. *Allergo J Int* 2019; 28: 255-76. DOI: 10.1007/s40629-019-00110-9. <https://www.wehrmann-derma.de/uploads/n2LnIziz/ARIA-Leitlinie2019BehandlungderAllergischenRhinitis.pdf> (abgerufen am: 13.04.2023).
 10. Klein-Tebbe J, Brans R, Jappe U. Weisheiten aus dem Weißbuch – Kapitel 2.2. Allergene – Auslöser der verschiedenen Allergievarianten. Aktualisierte Übernahme aus „Klimek L, Vogelberg C, Werfel T (Hrsg.). Weißbuch Allergie in Deutschland; 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Springer Medizin Verlag; 2018: Kapitel 2.2, S. 73–97. *Allergo J* 2022; 31(2): 16-9, 20-31. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15007-022-4980-4.pdf> (abgerufen am 13.04.2023). Gekennzeichnete PDF angefügt.
 11. Reese I, Dölle-Bierke S, Kugler C, Schäfer C, Schnadt S, Ziegert M. Weisheiten aus dem Weißbuch – Kapitel 4.9. Ernährungstherapie bei Nahrungsmittelallergien. Übernahme aus „Klimek L, Vogelberg C, Werfel T (Hrsg.). Weißbuch Allergie in Deutschland; 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Springer Medizin Verlag; 2018: Kapitel 4.9, S. 296-304. *Allergo J* 2022;31(7):14-20. Gekennzeichnete PDF angefügt.
 12. Worm M, Reese I, Ballmer-Weber B, Beyer K, Bischoff SC, Bohle B, et al. Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien. S2k-Leitlinie der DGAKI. *Allergologie* 2021; 44(7): 488-541. DOI: 10.5414/ALX02257. AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061-031. https://dgaki.de/wp-content/uploads/2021/07/al2021_07_Themenheft.pdf (abgerufen am: 12.03.2023).
 13. Fleischer DM, Chan ES, Venter C, Spergel JM, Abrams EM, Stukus D, et al. A Consensus Approach to the Primary Prevention of Food Allergy Through Nutrition: Guidance from the American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology; American College of Allergy, Asthma, and Immunology; and the Canadian Society for Allergy and Clinical Immunology. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2021; 9(1): 22-43 e4. DOI: 10.1016/j.jaip.2020.11.002.
[https://www.aaaai.org/Aaaai/media/Media-Library-PDFs/Allergist%20Resources/Statements%20and%20Practice%20Parameters/A-Consensus-Approach-to-the-Primary-Prevention-of-Food-Allergy-Through-Nutrition-Jan-21-\(1\).pdf](https://www.aaaai.org/Aaaai/media/Media-Library-PDFs/Allergist%20Resources/Statements%20and%20Practice%20Parameters/A-Consensus-Approach-to-the-Primary-Prevention-of-Food-Allergy-Through-Nutrition-Jan-21-(1).pdf) (abgerufen am 13.04.2023).
 14. Ring J, Beyer K, Biedermann T, Bircher A, Fischer M, Fuchs T, Heller A, Hoffmann F, Hutegger I, Jakob T, Klimek L, Kopp MV, Kugler C, Lange L, Pfaar O, Rietschel E, Rueff F, Schnadt S, Sifert R, Stöcker B, Treudler R, Vogelberg C, Werfel T, Worm M, Sitter H, Brockow K. Guideline (S2k) on acute therapy and management of anaphylaxis: 2021 update. S2k-Guideline of the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), the Medical Association of German

Allergologists (AeDA), the Society of Pediatric Allergy and Environmental Medicine (GPA), the German Academy of Allergy and Environmental Medicine (DAAU), the German Professional Association of Pediatricians (BVKJ), the Society for Neonatology and Paediatric Intensive Care (GNPI), the German Society of Dermatology (DDG), the Austrian Society for Allergy and Immunology (ÖGAI), the Swiss Society for Allergy and Immunology (SGAI), the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI), the German Society of Pharmacology (DGP), the German Respiratory Society (DGP), the patient organization German Allergy and Asthma Association (DAAB), the German Working Group of Anaphylaxis Training and Education (AGATE). *Allergo J Int* 2021; 30: 1-25. DOI: 10.1007/s40629-020-00158-y. AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061-025.

https://register.awmf.org/assets/guidelines/061-025l_S2k_Akuttherapie-Management-Anaphylaxie_2021-10.pdf (abgerufen am 13.04.2023).

15. Worm M, Jappe U, Kleine-Tebbe J, Schäfer C, Reese I, Saloga J, Treudler R, Zuberbier T, Wassmann A, Fuchs T, Dölle S, Raithel M, Ballmer-Weber B, Niggemann B, Werfel T. Food allergies resulting from immunological cross-reactivity with inhalant allergens. *Allergo J Int* 2014; 23: 1–16. DOI 10.1007/s40629-014-0004-6. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI), der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), des Ärzteverbands Deutscher Allergologen (AeDA) und der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA). AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061/019. https://dgaki.de/wp-content/uploads/2010/05/Leitlinie_Kreuzreaktionen_MWorm_DGAKI-2-2014.pdf (abgerufen am 13.04.2023).
16. Werfel T, Aberer W, Ahrens F, Augustin M, Biedermann T, Diepgen T, et al. Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem; atopische Dermatitis]. *Journal of the German Society of Dermatology* 2016;14(1):e1-e75. DOI: 10.1111/ddg.12884. AWMF-Registernummer: 013-027. (https://www.dgaki.de/wp-content/uploads/2010/05/WerfelT_2kLL_Neurodermitis-JDDG2016-.pdf) (abgerufen am 13.04.2023).
17. Werfel T, Heratizadeh A, Aberer W, Ahrens F, Augustin M, Biedermann T, et al. S2k-Leitlinie Neurodermitis (atopisches Ekzem, atopische Dermatitis) – Kurzversion. *Allergo J* 2016;25(3):36-49. DOI: 10.1007/s15007-016-1060-7. AWMF-Registernummer: 013-027. https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-027k_S2k_Neurodermitis_2020-06-abgelaufen.pdf (abgerufen am 13.04.2023).



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf über eine Änderung der DMP-
Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

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

Datum	[14.04.2023]
Stellungnahme von	[Dr.med.Soha Asgari, Deutsche Rentenversicherung Bund]

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
1.5.5	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Zur weiteren Spezifizierung der Therapieoption pulmologische Rehabilitation.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die ambulante, ganztägig-ambulante oder stationäre Rehabilitation ist eine komplexe, multidisziplinäre sowie multimodale Maßnahme, bei der Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale darin unterstützt werden, ihre individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen oder aufrechtzuerhalten, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder zu vermindern oder die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, um somit ihre selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation verfolgt das Ziel, die durch ein Asthma bronchiale resultierenden Funktionsstörungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe oder Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden, zu vermindern oder ihnen entgegenzuwirken.</p> <p>Die pulmologische Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten, auch des Kindes- und Jugendalters, mit Asthma bronchiale sein.</p> <p>Die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation ist gemäß Nummer 1.6.4 individuell und frühzeitig zu beurteilen.</p>
1.6.4	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Zur weiteren Spezifizierung zur Veranlassung einer medizinischen Rehabilitation.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. Dabei sind die Funktions- und Teilhabestörungen, die aus der Schwere des Asthma bronchiale selbst, aus den Begleit- und Folgeerkrankungen sowie den psychosozialen Belastungen resultieren, zu berücksichtigen.</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen ist die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfes zur Vermeidung oder Reduktion von Funktions- und Teilhabestörungen für die bestmögliche Unterstützung der psychophysischen Entwicklung und Sicherung der Teilhabe essenziell.</p>

	<p>Stellungnahme mit Begründung: Kinder- und Jugendärzte finden in diesem Kapitel keine Berücksichtigung. Sie übernehmen die Koordination und Betreuung von Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Jugendlichen.</p> <p>Änderungsvorschlag: In Zeile 633 hinter Hausarzt: bzw. die Kinder- und Jugendärztin oder dem Kinder- und Jugendarzt und in Zeile 675 hinter Hausarzt: bzw. die Kinder- und Jugendärztin oder dem Kinder- und Jugendarzt</p>
--	---

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-
Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL):**

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

Datum	19.04.2023
Stellungnahme von	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die Pathogenese des Asthma ist multifaktoriell und pathophysiologische Prozesse sind heterogen. Inadäquate Behandlung erhöht das Risiko von Exazerbationen, die Symptomverschlimmerungen über die übliche Variabilität hinaus darstellen und eine Therapieanpassung über mehrere Tage hinweg erfordern.
Zu weiteren endogenen Risikofaktoren, die zunehmend besser belegt sind, gehören Adipositas und psychosoziale Faktoren. Die genannten Faktoren sind über ihre mögliche ätiologische Rolle hinaus gut belegt als Auslöser von Symptomen des bestehenden Asthmas bekannt (Triggerfaktoren).
Deshalb sind verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Auslöservermeidung (1-6) und aktive verhaltensbezogene Interventionen wie Atemtherapie (besonders bei Anzeichen von Hyperventilation) (7) sinnvoll und indiziert. Dies sollte in der Richtlinie ergänzt werden.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
Ab Zeile 52, Anhang 3, Servicedokument, Abschnitt 1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung, Ergänzung empfohlen in Zeile 61	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Nicht-allergene Asthma-Auslöser, darunter Infektionen, körperliche Bewegung und psychologische Faktoren präzisieren eine niedrigere Lebensqualität (1-3). Psychologische Faktoren präzisieren eine geringere selbstberichtete Kontrolle von Asthmaanfällen (4). Psychologische Trigger waren mit einer höheren Rate von Exazerbationen und Notfallbehandlungen assoziiert (ORs = 1.96–2.04), und zwar in einem höheren Ausmaß als andere Auslösefaktoren und affektive Erkrankungen (5). Deshalb sollten psychologische Stressfaktoren in Zeile 61 – „Tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten“ explizit zusätzlich erwähnt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zeile 61 „Tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten, [ERGÄNZEN:] “psychologischer Stress“.</p>
Ab Zeile 145, Anhang 3, Servicedokument, Abschnitt 1.3 Therapieziele, Ergänzung empfohlen in Zeile 163 - das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wichtig ist, dass verhaltenstherapeutische Interventionen nicht nur in der Angst- und Depressionsbehandlung (Angst und Depression sind als komorbide Faktoren bei Asthma relevant) indiziert sind. Verhaltenstherapeutische Interventionen spielen im nicht-medikamentösen Asthma-Management eine wichtige Rolle, besonders in Schulungs- und Selbstmanagementtrainings, in die Elemente wie spezifisches Atemtraining, Trigger-Awareness Training etc eingebaut werden sollten (6,7).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zeile 163 – „das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen, [ERGÄNZEN] „die die Erkennung und Vermeidung von individuellen Auslösefaktoren beinhalten sollten“.</p>
Ab Zeile 234, Abschnitt 1.4.3 Selbstmanagement, Ergänzung empfohlen in Zeile 244	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Ritz et al (Chest 2014) zeigen, dass ein Atemtraining zur Senkung der Atemfrequenz und/oder Anhebung des pCO₂-Wertes sowohl die Anfalls-Kontrolle wie auch Lungenfunktionsparameter und die Lebensqualität im 6-Monats-Verlauf verbessern kann (7). Deshalb sollten Instruktionen zu Atemtechniken in das Selbstmanagement aufgenommen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zeile 244: „eine korrekte Inhalationstechnik.“ [ERGÄNZEN] „sowie ein spezifisches Atemtraining zur Senkung der Atemfrequenz und Anhebung des pCO₂-Wertes“</p>

Literaturverzeichnis

1. Ritz T, Steptoe A, Bobb C, Harris AHS, Edwards M. The asthma trigger inventory: validation of a questionnaire for perceived triggers of asthma. *Psychosom Med* 2006;68:956–965.
2. Ritz T, Kullowatz A, Kannies F, Dahme B, Magnussen H. Perceived triggers of asthma: evaluation of a German version of the Asthma Trigger Inventory. *Respir Med* 2008;102:390–398.
3. Wood BL, Cheah PA, Lim J, Ritz T, Miller BD, Stern T, Ballow M. Reliability and validity of the Asthma Trigger Inventory applied to a pediatric population. *J Pediatr Psychol* 2007;32:552–560.
4. Ritz T, Bobb C, Griffiths C. Predicting asthma control: the role of psychological triggers. *Allergy Asthma Proc* 2014;35:390–397.
5. Ritz T, Wittchen HU, Klotsche J, Mühlig S, Riedel O, for the sap-NEEDs study group. Asthma Trigger Reports Are Associated with Low Quality of Life, Exacerbations, and Emergency Treatments. *Ann Am Thorac Soc* Vol 2016;13(2):204–211.
6. Janssens T, Ritz T. Perceived triggers of asthma: key to symptom perception and management. *Clin Exp Allergy* 2013;43:1000–1008.
7. Ritz T, Rosenfield D, Steele AM, Millard MW, Meuret AE. Controlling Asthma by Training of Capnometry Assisted Hypoventilation (CATCH) vs Slow Breathing A Randomized Controlled Trial. *CHEST* 2014; 146(5):1237 – 1247.

Entwurf, Stand 13.07.2023

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung 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

I. 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.	17. März 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	21. März 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI)	27. März 2023	Stellungnahme
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	31. März 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	11. April 2023	Stellungnahme
Bundesamt für Soziale Sicherung	11. April 2023	Stellungnahme
Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED)	11. April 2023	Stellungnahme
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)	13. April 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	13. April 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesärztekammer (BÄK)	14. April 2023	Stellungnahme
Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM)	14. April 2023	Stellungnahme
Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)	14. April 2023	Stellungnahme
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V.	14. April 2023	Stellungnahme
Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.	14. April 2023	Stellungnahme
Deutscher Allergie- und Asthmabund	14. April 2023	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) und Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)	14. April 2023	Stellungnahme
Deutsche Rentenversicherung Bund	14. April 2023	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in drei Arbeitsgruppen-Sitzungen am 9. Juni 2023, 20. Juni 2023 sowie 30. Juni 2023 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 12. Juli 2023 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
1.	Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI), 27.03.2023		
1.1	Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI), 27.03.2023	Aus Sicht unseres Berufsverbandes haben wir keine Anmerkung abzugeben.	Dank und Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
2.	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV), 11.04.2023		
2.1	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV), 11.04.2023	<p>1.3 Therapieziele (Zeile 145- 147)</p> <p>Die Therapie dient insbesondere der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken.</p> <p>Im Rahmen der bio-psycho-sozialen Sichtweise von Krankheit und Gesundheit sollte hier ebenfalls die Teilhabe Erwähnung finden. Teilhabe und Aktivität stehen laut der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in Wechselwirkung mit Aktivität, Körperfunktionen- und Strukturen, die durch das Gesundheitsproblem beeinflusst werden. Die Zielsetzung „Verbesserung der Lebensqualität“ im DMP- Asthma sollte umfassend dargestellt werden und die Komponenten Aktivität und Teilhabe benennen.</p> <p>Die Nationale Versorgungsleitlinie „Asthma“ führt unter ihren Therapiezielen ebenfalls die „Verbesserung der gesundheits- und asthmabezogenen Lebensqualität und der sozialen Teilhabe auf.</p>	<p>Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt. Die Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist über die Rehabilitations-Richtlinie des G-BA gesetzlich verankert. Der Begriff „Teilhabe“ ist demzufolge dem Leistungsrecht Rehabilitation zuzuordnen. Dies wird in den Kapiteln 1.5.5. Rehabilitation sowie 1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitation vertieft.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die Therapie dient insbesondere der Erhaltung oder der Verbesserung der asthmabezogenen Aktivität, Teilhabe und Lebensqualität und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken.</p>	
2.2	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV), 11.04.2023	<p>1.3 Therapieziele (Zeile 148- 149)</p> <p>Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten anzustreben:</p> <p style="text-align: center;">Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Im Rahmen des shared-decision-making wird die Patientin oder der Patient aktiv in den Entscheidungsprozess für Therapieziele eingebunden. Die Sicherung der Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten sowie die Stärkung der Therapieadhärenz sind Ziele dieses Ansatzes. Dies unterstreicht das Ziel der DMP´s, die chronisch Erkrankten langfristig dabei zu unterstützen die Auswirkungen der Erkrankungen zu reduzieren oder einer Verschlechterung vorzubeugen. Hierzu sind aufgeklärte und mit einbezogenen Patientinnen und Patienten unabdingbar.</p>	<p>Die angeführten Therapieziele orientieren sich an der NVL Asthma 2020. Es wird darauf hingewiesen, dass die „Prüfung der Therapieadhärenz“ im Rahmen der Aktualisierung als neuer Spiegelstrich unter Nummer 1.4.2 „Ärztliche Kontrolluntersuchung“ aufgenommen wurde und in den Tragenden Gründen erläutert wird. Darüber hinaus wird in dem für alle DMP geltenden §7 DMP-A-RL darauf hingewiesen, dass „<i>eines der Kernanliegen der Verträge zu den strukturierten Behandlungsprogrammen eine aktive Einbindung der Patientin bzw. des Patienten in den Behandlungsverlauf ist</i>“ (s. https://www.g-ba.de/richtlinien/83/). Der Aspekt der „gemeinsamen Entscheidungsfindung“ („Shared-Decision-Making“) wird daher bereits ausreichend berücksichtigt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Dabei sind folgende Therapieziele im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung unter Absprache mit der Patientin oder dem Patienten und in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten anzustreben</p>	
2.3	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV), 11.04.2023	<p>1.3 Therapieziele (Zeile 153- 154)</p> <p>- Vermeidung/Reduktion von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Siehe 1.3 Therapieziele (Zeile 145-147)</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Vermeidung/Reduktion von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe.</p>	Siehe Auswertung zu Nummer 2.1.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
2.4	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV), 11.04.2023	<p>1.4.3 Selbstmanagement (Zeile 235-244)</p> <p>Für ein effektives Selbstmanagement benötigt die Patientin oder der Patient folgende Fähigkeiten und Inhalte, die insbesondere im Rahmen von Schulungen vermittelt und vertieft werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser (Allergien und/oder Triggerfaktoren), - Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der Krankheitsverschlechterung (z. B. mittels Peak-flow-Protokollierung), - einen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin erstellten individuellen Selbstmanagementplan, - eine korrekte Inhalationstechnik <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die Wirksamkeit von körperlicher Aktivität ist belegt und in der Nationalen Versorgungsleitlinie festgehalten. Für eine langfristige gesundheitsbewusste Verhaltensänderung ist es</p>	<p>Die hier aufgeführten Änderungsvorschläge für das Thema Selbstmanagement sind bereits inhaltlich unter Nummer 1.4.3 „Selbstmanagement“ sowie unter Nummer 1.5.2 „Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme“ verortet und werden im Rahmen dieser Patientenschulung vermittelt.</p> <p>Auf Aspekte der „Körperlichen Aktivität“ wird zudem unter Nummer 1.5.4 hingewiesen. Ein Hinweis auf die PatV „Lungensportgruppen“ GKV-SV, KBV, DKG „Rehabilitations-sportgruppen“ wurde aufgenommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>laut der Nationalen Versorgungsleitlinie notwendig die Betroffenen in ein normales, sportliches Umfeld zu integrieren und die Teilnahme an Schul-, Regel-, Breiten- und Ausdauersport zu empfehlen. Da körperliche Aktivität allerdings auch eine kurzzeitige und belastungsinduzierte Verschlechterung hervorrufen kann, sollten Patientinnen und Patienten über die individuellen Möglichkeiten aufgeklärt werden, um ein eigenständiges Training zu ermöglichen.</p> <p>Ergänzungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kenntnisse über die Wichtigkeit von körperlicher Aktivität und Training trotz reduzierter körperlicher Belastbarkeit und dem Umgang mit kurzzeitig belastungsinduzierten Verschlechterungen. - Informationsvermittlung zu individuell umsetzbaren Aktivitätsformen 	
2.5	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV), 11.04.2023	<p>1.5.1 Nicht- medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen (Zeile 256- 263)</p> <p>Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll die Patientin oder den Patienten insbesondere hinweisen auf:</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme. Der Beschlussentwurf wurde unter Nummer 1.5.4 „Körperliche Aktivität“ angepasst. Ein Hinweis auf die Teilnahme an PatV „Lungensportgruppen“ GKV-SV, KBV, DKG „Rehabilitationssportgruppen“ wurde</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<ul style="list-style-type: none"> - relevante Allergene und deren Vermeidung, - sonstige Inhalationsnoxen und Asthmaauslöser (z. B. Aktiv- und Passivrauchen) und Möglichkeiten zur Vermeidung, - Bedeutung von emotionaler Belastung, - Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung des Asthma bronchiale führen können. <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Im ärztlichen Gespräch sollte umfassend und regelmäßig auch auf die Bedeutung von körperlicher Aktivität und Training und geeignete Maßnahmen hingewiesen werden, um die Belastbarkeit und die Lebensqualität zu verbessern und die Morbidität zu verringern.</p> <p>Ergänzungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufnahme oder Beibehalt von körperlicher Aktivität und Training - Existenz von Lungensportgruppen - Existenz von Selbsthilfegruppen 	<p>aufgenommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
2.6	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV), 11.04.2023	<p>1.5.3 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie) (Zeile 300- 304)</p> <p>Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemtherapie ist ein ergänzender Teil der nicht-medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale. In geeigneten Fällen (z. B. bei persistierender bronchialer Obstruktion) kann daher die Ärztin oder der Arzt Krankengymnastik-Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinie verordnen. Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Eine Eingrenzung der Patientengruppe (Asthma +VCD) erfolgte im Rahmen der Leitlinienerstellung aufgrund von mangelnder Evidenz.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemtherapie ist ein ergänzender Teil der nicht-medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale. Patienten aller Altersgruppen soll bei der Koinzidenz von Asthma und dysfunktionaler Atmung, inklusive Vocal Cord Dysfunktion (VCD) Atemphysiotherapie angeboten werden.</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme. Der Beschlussentwurf wurde unter Nummer 1.5.3 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie) auf Grundlage einer Empfehlung der NVL Asthma 2020 angepasst.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
2.7	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV), 11.04.2023	<p>1.5.4 Körperliche Aktivitäten</p> <p>Körperliche Aktivität kann zu einer Verringerung der Asthma-Symptomatik und zur Verbesserung von Belastbarkeit und Lebensqualität beitragen.</p> <p>Daher sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass die Patientin oder der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der körperlichen Aktivität ergreift. Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal jährlich überprüft werden. Insbesondere sollte darauf hingewirkt werden, dass Schulkinder mit Asthma bronchiale unter Berücksichtigung der individuellen und aktuellen Leistungsfähigkeit regelmäßig am Schulsport teilnehmen. Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die nationale Versorgungsleitlinie empfiehlt über die alltägliche körperliche Aktivität hinaus explizit körperliches Training. Per Definition ist Training im Unterschied zu Aktivität die „systematische Wiederholung gezielter überschwelliger Muskelanspannung mit morphologischen und funktionellen</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme. Der Beschlussentwurf wurde unter Nummer 1.5.4 „Körperliche Aktivität“ angepasst. Ein Hinweis auf die Teilnahme an PatV „Lungensportgruppen“ GKV-SV KBV, DKG „Rehabilitationssportgruppen“ wurde aufgenommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Anpassungserscheinungen zum Zwecke der Leistungsfähigkeit“</p> <p>Für Patientinnen und Patienten mit Asthma sind positive Auswirkungen von körperlichem Training auf die Symptome des Asthmas und die körperliche Belastbarkeit nachgewiesen worden. Die Steigerung der körperlichen Aktivität zeigt ebenfalls positive Auswirkungen, die beispielsweise durch ein Eigenmonitoring gefördert werden können. Die Teilnahme an bspw. geleiteten Lungensportgruppen scheint hinsichtlich der Verbesserung der körperlichen Aktivität von Vorteil zu sein.</p> <p>Über die Teilnahme an Lungensportgruppen hinaus werden Ausdauertraining und je nach Belastbarkeit Krafttraining an Geräten empfohlen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Körperliche Aktivität kann zu einer Verringerung der Asthma-Symptomatik und zur Verbesserung von Belastbarkeit und Lebensqualität beitragen.</p> <p>Daher sollte regelmäßig darauf hingewiesen werden, dass</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>die Patientin oder der Patient in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der körperlichen Aktivität ergreift. Art und Umfang der körperlichen Aktivität sollen einmal jährlich überprüft werden. Darüber hinaus sollten die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt individuell angepasst an die Patientin oder den Patienten auf die Möglichkeit einer Teilnahme an einer Lungensportgruppe hinweisen und diese Maßnahmen einleiten.</p>	
2.8	<p>Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV), 11.04.2023</p>	<p>1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung (Zeile 703-707)</p> <p>Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. Dabei sind die Schwere des Asthma bronchiale, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die psychosoziale Belastung zu beachten.</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Laut der nationalen Versorgungsleitlinie besteht ein hoher Empfehlungsgrad auf Basis eines Expertenkonsens für eine pneumologische Rehabilitation für bestimmte Indikationen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>	<p>Keine Anpassung. Im Rahmen des DMP wird lediglich auf die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung verwiesen. Die hier vorgeschlagenen zusätzlichen Informationen überschreiten den vom G-BA intendierten Detaillierungsgrad für diesen Bereich im Rahmen des Richtlinientextes.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. Dabei sind die Schwere des Asthma bronchiale, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die psychosoziale Belastung zu beachten. Indikation für eine pneumologische Reha ist insbesondere bei folgenden Konstellationen gegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persistierende asthmatische Beschwerden bzw. fehlende Asthmakontrolle; • fixierte Obstruktion mit entsprechender Symptomatik; • Gefährdung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit, eines geeigneten und angemessenen Schulabschlusses bzw. einer Berufsausbildung; • drohende Pflege- und Hilfsbedürftigkeit; • Notwendigkeit von nicht-medikamentösen Therapieverfahren, wenn diese ambulant nicht im erforderlichen Ausmaß erfolgen können, z. B. Schulung, Atemphysiotherapie, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Tabakentwöhnung, psychotherapeutische Hilfen, Allergen- und Schadstoffkarenz; 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<ul style="list-style-type: none"> • Faktoren im Bereich des familiär-sozialen Umfeldes, die den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und im Rahmen eines multiprofessionellen Rehabilitationssettings bearbeitet werden können; • Komorbiditäten, die einen multiprofessionellen Therapieansatz benötigen, der ambulant so nicht vorhanden oder umsetzbar ist. <p>Literaturverzeichnis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), World Health Organization. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) 2005 (online-Version eingesehen am 21.03.23) 2. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma – Langfassung, 4. Auflage. Version 1. 2020 [cited: 2023/03/21]. DOI: 10.6101/AZQ/000469. www.asthma.versorgungsleitlinien.de. 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>3. <i>Worth, H.; Bock, R.; Frisch, M. et al. (2021) Ambulanter Lungensport und körperliches Training bei Patienten mit Atemwegs- und Lungenkrankheiten. Pneumologie; 75:44-56. DOI 10.1055/a-1224-6024 (online eingesehen am 21.03.23)</i></p> <p>4. <i>Hollman, W.; Hettinger, Th. (1990) Sportmedizin. Arbeits- und Trainingsgrundlagen Stuttgart/ New York, Schattauer</i></p>	
3	Bundesamt für Soziale Sicherung, 11.04.2023		
3.1	Bundesamt für Soziale Sicherung, 11.04.2023	Keine Anpassungen, die einer Stellungnahme seitens des BAS bedürfen	Dank und Kenntnisnahme.
4	Bundesverband für Ergotherapeut*innen in Deutschland (BED e.V.), 11.04.2023		
4.1	Bundesverband für Ergotherapeut*innen in Deutschland (BED e.V.), 11.04.2023	Zu den geplanten Änderungen haben wir keine Anmerkungen. Wir möchten nur auf eine aktuelle Leitlinie hinweisen, die	Dank und Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>auch ergotherapeutische Interventionen empfiehlt. Im Rahmen der nicht medikamentösen Therapie wird die Ergotherapie inklusive Hilfsmittelberatung als wesentliche Komponente der Pneumologischen Rehabilitation (PR) aufgeführt, wobei ein multimodaler Ansatz der Rehabilitation besser wirkt als die Summe der einzelnen Maßnahmen (S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma 2023, Seite 82).</p> <p>Literaturverzeichnis</p> <p>S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma 2023</p> <p>herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., online: https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-009l_S2k_Fachaerztliche-Diagnostik-Therapie-von-Asthma_2023-03.pdf, letzter Aufruf 06.04.2023</p>	<p>Der Beschlussentwurf enthält Änderungen im Kapitel 1.5.5. Rehabilitation. Den Tragenden Gründen ist zu entnehmen, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als Komplexleistungen durch ein interdisziplinäres Team erbracht werden. Dabei kommen individuell angepasst Behandlungselemente aus verschiedenen Therapiebereichen, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Ergotherapie, psychologische Beratung und Therapie, Patientenschulung zur Anwendung.</p>
5	Bundesärztekammer, 14.04.2023		
5.1	Bundesärztekammer,	Hintergrund	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
	14.04.2023	<p>Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 17.03.2023 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) aufgefordert.</p> <p>Der G-BA hat die Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen. Die Anforderungen sollen dabei 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 bestimmt werden.</p> <p>Mit dem vorgelegten Beschlussentwurf sollen die Anlagen 9 und 10 der DMP-A-RL zu Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale aktualisiert werden. Wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung ist laut den tragenden Gründen des Beschlussentwurfs insbesondere die „Leitliniensynopse für das DMP Asthma bronchiale“ des IQWiG vom 24. Juni 2021.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:</p> <p>Die Bundesärztekammer begrüßt die regelmäßige Anpassung der DMPs an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien. Zu dem vorliegenden Aktualisierungsentwurf haben wir folgende Anmerkungen:</p>	
5.2	Bundesärztekammer, 14.04.2023	<p>1) Zu Abschnitt 1.2 „Diagnostik“, Zeile 33:</p> <p>Der von DKG, KBV und PatV favorisierte Passus zur Unterscheidung therapierelevanter Asthmaformen wird unterstützt. In der aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma (4. Auflage 2020, AWMF-Register-Nr: nvl-002) lautet die Empfehlung, dass</p> <p>eine spezifische Immuntherapie nur nach entsprechender Allergiediagnostik indiziert ist (Empfehlung 4-52) sowie</p> <p>die Auswahl von Biologika in Stufe 5 (Erwachsene) bzw. 6</p>	<p>Dem Hinweis wird gefolgt. Der Beschlussentwurf wurde angepasst. Ein Hinweis auf verschiedene Asthmaformen (Phänotypen) wurde unter Nummer 1.1 Definition aufgenommen. In den Tragenden Gründen erfolgt eine nähere Erläuterung zu der Thematik.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		(Kinder) an bestimmte Parameter wie z. B. Vorliegen eines IgE-vermittelten Asthmas bzw. Allergienachweises (Omalizumab; vgl. Empfehlungen 4-34 u. 4-49) oder erhöhter Eosinophilenzahl (Mepolizumab, Reslizumab, Benralizumab, Dupilumab, vgl. Empfehlungen 4-35 u. 4-36) gekoppelt ist.	
5.3	Bundesärztekammer, 14.04.2023	<p>2) Zu Abschnitt 1.4.1 „Asthmakontrolle“, Zeile 185:</p> <p>Bei der Definition der Asthmakontrolle wäre der Deutlichkeit wegen kenntlich zu machen, dass die Angaben zum Einsatz der Bedarfsmedikation (max. 2x/Woche Erwachsene, weniger als 1x/Woche Kinder) ausschließlich für den Einsatz von kurzwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (SABA) gilt. Setzen Patientinnen und Patienten eine Fixkombination (ICS/Formoterol) als Bedarfsmedikation in Stufe 1/2 ein, sieht die NVL Asthma eine maximale Nutzung von 4x/Woche für kontrolliertes Asthma vor. Die Fixkombination ist im Studienschema der NVL abgebildet, derzeit aber für Europa nicht zugelassen. Auch wenn der Einsatz der Fixkombination im DMP keine Rolle spielt, wäre es wichtig, die Zahl „maximal 2x/Woche“ entsprechend zu relativieren, um Missverständnisse zu vermeiden.</p>	<p>Dem Hinweis wird nicht gefolgt. Es werden im Rahmen der Asthma-Kontrolle nur die Medikamente berücksichtigt, die im medikamentösen Kapitel aufgrund Ihres Zulassungsstatus erwähnt werden können. Die Fixkombination aus ICS und Formoterol zur Bedarfstherapie in den Stufen 1 und 2 ist derzeit zur Anwendung in dieser Indikation in Deutschland nicht zugelassen, sodass keine Empfehlung im Rahmen der DMP-A-RL erfolgen kann.</p> <p>Die Aufzählung „maximal 2x/Woche“ war bereits im Beschluss der letzten Aktualisierung enthalten und hat bisher zu keinen bekannten Versorgungsdefiziten geführt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
5.4	Bundesärztekammer, 14.04.2023	<p>3) Zu Abschnitt 1.4.3 „Selbstmanagement“, Zeile 220 ff:</p> <p>Die Bundesärztekammer regt an, die Selbsthilfetechniken bei Atemnot gesondert aufzuführen (derzeit unter „individueller Selbstmanagementplan“ subsumiert), da diesen eine hohe Bedeutung zukommt.</p>	<p>Dem Änderungsvorschlag wird gefolgt. Die Selbsthilfetechniken werden gesondert unter 1.4.3. Selbstmanagement aufgenommen.</p>
5.5	Bundesärztekammer, 14.04.2023	<p>4) Zu Abschnitt 1.5.4 „Körperliche Aktivitäten“, Zeile 292 ff:</p> <p>Die Bundesärztekammer regt an, eine Aussage aufzunehmen, wonach Patientinnen und Patienten zu Sport ermutigt und darüber aufgeklärt werden sollten, dass mit gut eingestelltem Asthma Sport möglich und wichtig ist, vgl. etwa die NVL-Empfehlung 5-2 „Die Behandlung des Asthmas soll sicherstellen, dass Patienten mit Asthma auf körperliche und sportliche Aktivität langfristig nicht verzichten müssen“. Es ist bekannt, dass viele Patientinnen und Patienten vor körperlicher Anstrengung Angst haben. In der NVL Asthma wird die Relevanz von körperlicher Aktivität u. a. wie folgt betont:</p> <p>„Neben der Evidenz, die bei niedriger bis sehr niedriger Da-</p>	<p>Die Empfehlung 5-2- der NVL Asthma sehen wir bereits im Beschlusstext im Abschnitt 1.5.4 „Körperliche Aktivitäten“ abgebildet. Der Beschlussentwurf wurde um eine Empfehlung zur Teilnahme am PatV „Lungensport“ GKV-SV, KBV, DKG „Rehabilitationssportgruppen“ ergänzt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p><i>tenqualität auf eine Verbesserung asthmaspezifischer Endpunkte durch körperliche Aktivität hinweist, spielen weitere Überlegungen bei der Empfehlung eine Rolle. Indem körperliche Aktivität auch für Menschen mit Asthma möglich ist, wird beispielsweise eine Stigmatisierung vermieden. Bewegung trägt zu-dem zur Prävention von weiteren Erkrankungen bei, die ein Asthma ggf. begleiten können.“ (NVL Asthma, Hintergrundtext zu Empfehlung 6-7)</i></p>	
<p>5.6</p>	<p>Bundesärztekammer, 14.04.2023</p>	<p>5) Zu Abschnitt 1.5.9.1 „Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene“, Stufe 2 und Stufe 4, (Zeile 437 und 454):</p> <p>Prinzipiell spricht die NVL Asthma eine Negativempfehlung für Montelukast bei Patientinnen und Patienten über 15 Jahren aus und definiert die Ausnahmen wie folgt: „... es sei denn, die Patienten sind nicht in der Lage, ICS zu inhalieren oder es treten inakzeptable Nebenwirkungen auf“ (siehe Empfehlung 4-24). Die Bundesärztekammer regt an, diese Spezifizierung in die DMP-Formulierung aufzunehmen und die dort erwähnten „begründeten Fälle“ genau zu charakterisie-</p>	<p>Die vorgeschlagene Empfehlung bzw. Konkretisierung wird nicht aufgenommen. Eine Behandlung von Patientinnen und Patienten über 15 Jahren mit Montelukast ohne inhalative Kortikosteroide ist von der Zulassung nicht umfasst. Entsprechend wird keine Empfehlung in die DMP-A-RL aufgenommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		ren. Nicht selten begründet auch eine diffuse und allgemeine Sorge vor „Kortison“-Nebenwirkungen den Wunsch nach ICS-Alternativen	
5.7	Bundesärztekammer, 14.04.2023	<p>6) Zu Abschnitt 1.5.9.5 „Asthma bronchiale in der Schwangerschaft“, Zeilen 540-541:</p> <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer wird der Aspekt einer Asthmatherapie während einer Schwangerschaft nur sehr knapp abgehandelt. Es sollte überlegt werden, ob nicht auch ein Hinweis auf ein Aufklärungsgespräch aufgenommen werden könnte, vergleiche die Empfehlung 9-2 der NVL Asthma <i>„Frauen mit Asthma sollen zu Beginn einer Schwangerschaft über die Bedeutung und Sicherheit der während der Schwangerschaft fortzuführenden medikamentösen Therapie mit dem Ziel einer guten Asthmakontrolle beraten werden“</i>. Hintergrund ist, dass viele Schwangere eine Verunsicherung bezüglich der Fortführung der Medikation empfinden. Eine aktive Aufforderung zur Kommunikation und ein ärztliches Gesprächsangebot können hier zu mehr Therapiesicherheit beitragen.</p>	Dank und Kenntnisnahme. Der Beschlussentwurf wurde unter Nummer 1.5.9.5 „Asthma bronchiale in der Schwangerschaft“ entsprechend der Empfehlung der NVL Asthma 2020 angepasst.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
5.8	Bundesärztekammer, 14.04.2023	<p>7) Zu Abschnitt 1.6.4 „Veranlassen einer Rehabilitationsleistung“, Zeile 622 ff:</p> <p>In der NVL Asthma wird empfohlen, die Indikation für Rehabilitationsleistungen zu prüfen, wenn der Übergang in eine intensive Therapiestufe droht (Stufe 5 bei Erwachsenen und bei Kindern). Hier hat die Überweisung zum Ziel, Inhalationstechniken langfristig zu überprüfen und zu üben, um so möglicherweise eine Therapieeskalation mit einem teuren Dauermedikament zu vermeiden. Die Empfehlungen der NVL Asthma lauten „Bei Erwachsenen soll vor der Behandlung in Stufe 5 die Indikation zu einer Rehabilitation geprüft werden“ (Empfehlung 4-32) und „Bei Kindern und Jugendlichen sollte vor der Behandlung in Stufe 5 die Indikation zu einer stationären Rehabilitation geprüft werden“ (Empfehlung 4-44). Die Bundesärztekammer regt an, diese Aussagen in sinngemäßer Form auch in das DMP aufzunehmen.</p>	Dank und Kenntnisnahme. Der Beschlussentwurf wurde unter Nummer 1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung auf Grundlage der NVL Asthma 2020 angepasst.
6.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 14.04.2023		
6.1	DEGAM 14.04.2023	Allgemeine Anmerkung	Dank und Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		Die Empfehlungen der NVL Asthma, 4. Auflage sollten berücksichtigt werden.	
6.2	DEGAM 14.04.2023	<p>1.2 Diagnostik Zeile 29-31 Stellungnahme mit Begründung: Zustimmung zu dem Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV. Es handelt sich um eine Spezifizierung/Erläuterung der Anamnese, die für die weitere Behandlung sinnvoll ist.</p> <p>Änderungsvorschlag: Siehe Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV.</p>	Siehe Auswertung zu Nr. 5.2
6.3	DEGAM 14.04.2023	<p>1.4.1 Asthmakontrolle Tabelle 3: Grade der Asthmakontrolle bei Kindern und Jugendlichen Zeile 202</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG Der Änderungsvorschlag ist hinsichtlich der Positionierung missverständlich. Nach mündlicher Anhörung positioniert sich die DEGAM zur Stellungnahme der PatV. Dieser Position können wir nicht folgen. Die NVL Asthma legt im Hintergrundtext auf S.28 dar: „Bei Kindern</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Stellungnahme mit Begründung: Zustimmung zu dem Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV.</p> <p>Es ist sinnvoll, die prophylaktische Anwendung von Bedarfsmedikation bei Fällen von belastungsindiziertem Asthma für die Einstufung der Asthmakontrolle herauszunehmen. Dies entspricht auch der Empfehlung der NVL Asthma, 4. Auflage (Empfehlung 5-3).</p> <p>Änderungsvorschlag: Siehe Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV.</p>	<p>und Jugendlichen wird jegliches Vorhandensein von Symptomen tagsüber bzw. jeglicher Einsatz einer Bedarfsmedikation in einer beliebigen Woche von der Leitliniengruppe der NVL Asthma bereits als Hinweis für eine Verminderung der Symptomkontrolle angesehen“.</p> <p>PatV Der Änderungsvorschlag ist hinsichtlich der Positionierung missverständlich, weil dem Änderungsvorschlag der DKG, KBV und PatV zugestimmt wird, jedoch die PatV hier ein Einzelposition vertritt. Nach mündlicher Anhörung positioniert sich die DEGAM zur Position der PatV. Dank und Kenntnisnahme</p>
6.4	DEGAM 14.04.2023	<p>1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene</p> <p>Stufe 2</p> <p>Zeile 464/465</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Zustimmung zu dem Änderungsvorschlag der DKG, KBV,</p>	<p>Der Position kann nicht gefolgt werden. Eine Empfehlung von Montelukast in Kapitel 1.5.9.1 in „Stufe 2“ kann nicht in die DMP-A-RL aufgenommen werden, da eine Behandlung von Patientinnen und Patienten über 15 Jahren mit Montelukast ohne inhalative Kortikosteroide von der Zulassung nicht umfasst ist.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>PatV. (Als alternative Dauertherapie kann in begründeten Fällen ein Leukotrienantagonist (LTRA) anstelle des ICS eingesetzt werden.)</p> <p>In einzelnen Fällen können LTRA eingesetzt werden, z.B. wenn inhalative Kortikoide schlecht vertragen werden (anhaltende Heiserkeit).</p> <p>Änderungsvorschlag: Siehe Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV.</p>	
6.5	DEGAM 14.04.2023	<p>1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene</p> <p>Stufe 4</p> <p>Zeile 481</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Zustimmung zu dem Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV.</p>	<p>Dem Hinweis wird gefolgt. Die Empfehlung zur Therapie mit einem Leukotrienrezeptorantagonisten (LTRA; Montelukast) in Stufe 4 wird in den Beschlusstext unter Nummer 1.5.9.1 mit einer Anpassung aufgenommen. In den Tragenden Gründen erfolgt eine nähere Erläuterung zu der Thematik.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Sofern eine Kombinationstherapie von ICS und LABA nicht in Betracht kommt, kann in begründeten Fällen als Dauertherapie auch ein kombinierter Einsatz von ICS mit einem Leukotrienantagonisten (LTRA; Montelukast) erfolgen.</p> <p>(nur in begründeten Ausnahmefällen, wenn Kontraindikationen gegen LABA bestehen oder wenn während der Therapie mit diesen unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten, siehe NVL Asthma).</p> <p>Änderungsvorschlag: Siehe Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV.</p>	
6.6	DEGAM 14.04.2023	<p>1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene</p> <p><i>Tabelle 4:</i></p> <p>Zeile 499</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Zustimmung zu dem Änderungsvorschlag der DKG, KBV, PatV.</p>	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden.</p> <p>Für Patient*innen ab 12 Jahren ist in Stufe 1 und 2 alternativ eine ausschließlich bedarfsorientierte Anwendung der Fixkombination aus einem ICS in niedriger Dosis und Formoterol möglich. Die Empfehlungen entsprechen einem Off-Label-Use. (siehe NVL Asthma, 4. Auflage inkl. ausführlicher Begründung.)</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Für Patient*innen ab 12 Jahren ist in Stufe 1 und 2 alternativ eine ausschließlich bedarfsorientierte Anwendung der Fixkombination aus einem ICS in niedriger Dosis und Formoterol möglich. Die Empfehlungen entsprechen einem Off-Label-Use.</p>	
6.7	DEGAM 14.04.2023	1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	<p>GKV-SV Siehe Auswertung zu Nr. 6.6</p> <p>KBV, DKG Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Zeile 536-544</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Auch hier sollte gemäß NVL Asthma, 4. Auflage aufgenommen werden:</p> <p>Für Patient*innen ab 12 Jahren ist in Stufe 1 und 2 alternativ eine ausschließlich bedarfsorientierte Anwendung der Fixkombination aus einem ICS in niedriger Dosis und Formoterol möglich. Die Empfehlungen entsprechen einem Off-Label-Use. (siehe NVL Asthma, 4. Auflage inkl. ausführlicher Begründung.)</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Für Patient*innen ab 12 Jahren ist in Stufe 1 und 2 alternativ eine ausschließlich bedarfsorientierte Anwendung der Fixkombination aus einem ICS in niedriger Dosis und Formoterol möglich. Die Empfehlungen entsprechen einem Off-Label-Use.</p>	
6.8	DEGAM 14.04.2023	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen</p>	Dank und Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma – Langfassung, 4. Auflage. Version 1. 2020. DOI: 10.6101/AZQ/000469. www.asthma.versorgungsleitlinien.de.	
7	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), 14.04.2023		
7.1	VDD, 14.04.2023	<p>Allgemeine Anmerkungen</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 15. März 2023 den „Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen. Nachfolgend möchte der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale</p>	Dieser Abschnitt verweist auf Änderungsvorschläge, die ab Nr.7.2 ff. gewürdigt werden.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>- Dokumentation), Stand: 16.03.2023 [1] nutzen.</p> <p>Der Bezug und Interventionsansatz der allergologischen Ernährungstherapie bei einem allergischen Asthma fehlt, obwohl es leitlinienkonform zu fordern ist (s.u.).</p> <p>Der Bezug und Interventionsansatz der qualifizierten Ernährungstherapie bei einem Asthma und gleichzeitig vorliegenden Komorbiditäten fehlt, obwohl es leitlinienkonform zu fordern ist (s.u.).</p> <p>Daher empfehlen wir eindringlich, einen Hinweis auf die mögliche Therapieoption</p> <p>„Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkraft“ wie in den entsprechenden Leitlinien aufzunehmen. Bei Ernährungsfachkräften handelt es sich um Diätassistentinnen und Diätassistenten, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler sowie Ökotrophologinnen und Ökotrophologen, die über ernährungstherapeutischen Grundkompetenzen Absatz 4, Anlage 5, Verträge nach §125 SGB V [2] und allergologische Fortbildung (VDD Allergologie oder DAAB Allergologie) verfügen.</p> <p>Diese Aufforderung erfolgt im Gegensatz zu anderen nicht</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>medikamentösen Maßnahmen und Empfehlungen bisher nur indirekt (siehe 1.4 – Differenzierte Therapieplanung).</p> <p>Auch im Servicedokument Aktualisierung DMP Asthma_2023-03-06 (Anlage 3) haben wir Änderungsvorschläge eingearbeitet, die geänderte Anlage 3 haben wir angefügt.</p> <p>Nachweislich liegen für einige Erkrankungen eindeutige evidente Belege für den Effekt der Ernährungstherapie vor. Ein expliziter Verweis auf eine Ernährungstherapie (auch unter Bezug auf die Erkrankung/ Symptom Asthma/ Atemnot) erfolgt zitierfähig für das Asthma DMP bei den unten aufgeführten Erkrankungen/ Komorbiditäten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adipositas [3-5] - COPD [6-7] - Allergische Rhinitis und chronische Rhinosinusitis [8-9] - Nahrungsmittelallergie [10-15] - Atopische Dermatitis [16-17] 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen/Textänderungen als blauer Text hervorgehoben.</p> <p>Die Volltexte der erwähnten Literatur haben wir verlinkt, zwei Quellen der Literaturliste [10-11] haben wir als PDF angehängt. Diese PDFs enthalten markierte Textstellen.</p>	
7.2	VDD, 14.04.2023	<p>1.2.1 Vierter Spiegelstrich Stellungnahme mit Begründung: Grundlage des Zusatzes beim Änderungsvorschlag ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit eine ernährungs-therapeutische Begleitung bei Verdacht auf Nahrungsmittel-allergischen Reaktionen (auch bei Asthma) fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12], insbesondere Punkt 4.1 zu Ernährungs- und Symptomprotokoll, der bei vorliegender Formulierung nicht berücksichtigt würde - die international Guideline „A Consensus Approach 	<p>Die vorgeschlagenen Ergänzungen lassen sich nicht aus den Empfehlungen der vom IQWiG bewerteten Leitlinien ableiten. Der G-BA bewertet nach Abwägung diese Leitlinien als maßgeblich. Leitlinienbasierte Empfehlungen zu diesem Aspekt lassen sich insofern nicht formulieren.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>to the Primary Prevention of Food Allergy Through Nutrition: Guidance from the American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology (AAAAI); American College of Allergy, Asthma, and Immunology; and the Canadian Society for Allergy and Clinical Immunology“ 2021 [13]</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11] - die S2k-Leitlinie Rhinitis 2017 [8] <p>1.2.1 Zeile 62</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung mit einem neuen Spiegelstrich nach dem (veränderten) vierten Spiegelstrich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tätigkeits- sowie umgebungsbezogener Auslöser von Atemnot bzw. Husten, - Bei chronischen Symptomen kann ein Ernährungs- und Symptomprotokoll geführt werden. 	
7.3	VDD, 14.04.2023	1.2.3. Einleitender Satz	Siehe Auswertung zu 7.2

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Grundlage des Änderungsvorschlages ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit eine Nahrungsmittelprovokation zur Diagnostik durch geschultes Personal fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12], Pkt 4. inbs. 4.4. Diagnostische Eliminationsdiät und Provokationstestungen - die AAAAI-Guideline 2021 [13] - die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie-Update 2021 [14] - die ARIA-Leitlinie 2019: Behandlung der allergischen Rhinitis im deutschen Gesundheitssystem [9] <p>1.2.3 Zeile 129-130</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung des Anfangssatzes:</p> <p>Nach Sicherung der Diagnose des Asthma bronchiale ist bei Verdacht auf eine allergische Genese zu prüfen, ob eine al-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		Iergologische Stufendiagnostik (einschl. einer Nahrungsmittelprovokation) durchzuführen ist	
7.4	VDD, 14.04.2023	<p>1.3 Therapieziele</p> <p>Ergänzung beim vierten Spiegelstrich</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit insbesondere bei Asthma und Anaphylaxien als Selbstmanagement eine Umstellung der Ernährung durch geschultes Personal fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12], Pkt 4. inbs. 4.4. Diagnostische Eliminationsdiät und Provokationstestungen - die AAAAI-Guideline 2021 [13] - die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie-Update 2021 [14] - die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11] 	Siehe Auswertung zu 7.2.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>- die DGAKI-Leitlinie Nahrungsmittelallergie infolge immunologischer Kreuzreaktivitäten mit Inhalationsallergenen 2014 [15]</p> <p>1.3 Zeile 155</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung des vierten Spiegelstrichs:</p> <p>das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen, einschl. einer möglichen Ernährungsumstellung insb. bei nachgewiesener Anaphylaxie oder Allergie als Ursache des Asthmas.</p>	
7.5	VDD, 14.04.2023	<p>1.4.2. Ärztliche Kontrolluntersuchungen, siebten Spiegelstrich</p> <p>Zeile 212-213</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit auf die Risiken von notwendigen Eliminationsdiäten (insbesondere bei asthmatischen Kindern) hinweist und deren regelmäßige Re-Evaluation durch ärztliche</p>	Siehe Auswertung zu Nummer 7.2.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Kontrollmaßnahmen fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12] - die AAAAI-Guideline 2021 [13] - die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie-Update 2021 [14] - die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11] - die Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem; atopische Dermatitis] 2016 [16] <p>1.4.2</p> <p>Zeile 212-213</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung des siebten Spiegelstrichs:</p> <p>Entscheidung über eventuell notwendige weitere diagnostische oder therapeutische 212 Maßnahmen nach Nummer 1.6.2. Eine Eliminationsdiät sollte hinsichtlich Umfang und Indikation regelmäßig reevaluiert werden,</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
7.6	VDD, 14.04.2023	<p>1.4.3 Selbstmanagement</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die insbesondere für Asthmatiker explizit auf das notwendige Wissen bzgl. der Krankheitsauslöser durch Nahrungsmittel hinweisen, welches in der derzeitigen Fassung nicht zum Tragen kommt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12], Pkt 4. inbs. 4.4. Diagnostische Eliminationsdiät und Provokationstestungen - die AAAAI-Guideline 2021 [13] - die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie-Update 2021 [14] - die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11] - die Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem; atopische Dermatitis] 2016 [16] - die DGAKI-Leitlinie Nahrungsmittelallergie infolge immunologischer Kreuzreaktivitäten mit Inhalationsallergenen 2014 [15] <p>1.4.3 Zeile 224-225</p>	<p>Siehe Auswertung zu Nummer 7.2.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ergänzung des ersten Spiegelstrichs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser (Allergien (einschließlich Nahrungsmittel) und/oder Triggerfaktoren), 	
7.7	VDD, 14.04.2023	<p>1.5.1 Nicht medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die auf die zunehmenden Risiken einer möglichen Fehlernährung durch übertriebene oder nicht mehr notwendigen Eliminationsdiäten bei Asthmatikern hinweisen und deren fachliche Betreuung durch eine ernährungstherapeutische Fachkraft fordern. (Evidenzlevel höher als der neu formulierten Punkt 1.5.3 Atemtherapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12] - die AAAAI-Guideline 2021 [13] - die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der 	Siehe Auswertung zu Nummer 7.2

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Anaphylaxie-Update 2021 [14]</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11] - die DGAKI-Leitlinie Nahrungsmittelallergie infolge immunologischer Kreuzreaktivitäten mit Inhalationsallergenen 2014 [15] <p>1.5.1 Zeile 244</p> <p>Änderungsvorschlag: Ergänzung neuer Spiegelstrich nach Zeile 244:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante Allergene und deren Vermeidung, - Personen mit Nahrungsmittelallergie, die langfristig eine Eliminationsdiät durchführen, sollten durch eine allergologisch fortgebildete Ernährungsfachkraft beraten werden, 	
7.8	VDD, 14.04.2023	<p>1.5.7 Somatische Komorbiditäten Stellungnahme mit Begründung: Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit geforderten Begleitung durch geschultes Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die IQWiG V21-05 – Leitliniensynopse Adipositas Erwachsenen – Abschlussbericht 2022 [3] 	<p>Eine Ernährungstherapie ist gemäß § 43 SGB V „Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“ nur im Rahmen einer Einzelfallentscheidung möglich, sodass der Ergänzungsvorschlag nicht übernommen werden kann.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>- die S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen 2018 [4] - die Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ [5]</p> <p>1.5.7 Zeile 331-332 Änderungsvorschlag: Ergänzung 1.5.7 Adipositas: Daher sollte bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten eine Gewichtsreduktion im Rahmen einer Ernährungstherapie angestrebt werden.</p>	
7.9	VDD, 14.04.2023	<p>Literaturverzeichnis Zu zitierende Literatur (nur Guidelines/ Leitlinien und Positionspapier/ hohe Evidenz):</p> <p>1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation), Stand: 16.03.2023. Berlin: G-BA; 2023. 1-22.</p>	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>2. Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R), Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE), Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater - QUETHEB e.V., Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V., Verband für Ernährung und Diätetik (VFED) e.V. Anlage 5 Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung. Lesefassung nach der Änderungsvereinbarung vom 20.12.2021. Berlin/Bonn/Gerstetten- Gussenstadt/Essen/Aachen: GKV-Spitzenverband, VDOE, QUETHEB, VDD, VFED; 2021. 1-16. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmit_tel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20220421_Lesefassung_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf (abgerufen am: 11.04.2023).</p> <p>3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene. Abschlussbericht. Auftrag: V21-05. Version: 1.0. Stand: 18.08.2022. IQWiG-Berichte – Nr. 1408. Köln: IQWiG; 2022. 1-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>382. https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf (abgerufen am: 14.04.2023).</p> <p>4. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren e. V. (DGE-BV), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM), et al. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. Version 2.3; AWMF-Register Nr. 088-001. DGAV CAADIP; 2018. p. 1-151. https://register.awmf.org/assets/guidelines/088-001_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf (abgerufen am: 12.03.2023).</p> <p>5. Hauner H, Moss A, Berg A, Bischoff SC, Colombo-Benkmann M, Ellrott T, et al. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas der DAG, DDG, DGE und DGEM. Version 2.0 (April 2014); AWMF-Register Nr. 050/001. Adipositas 2014; 8(4): 179-221. https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-001_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 12.03.2023).</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>6. Agusti A, Celli BR, Criner GJ, Halpin D, Anzueto A, Barnes P, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Arch Bronconeumol 2023; 59(4): 232-48. DOI: 10.1016/j.arbres.2023.02.009.</p> <p>7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2023 Report. https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/ (abgerufen am: 12.04.2023).</p> <p>8. Stuck BA, Beule A, Jobst D, Klimek K, Laudien M, Popert U, et al. S2k-Leitlinie Rhinosinusitis - Langfassung. AWMF-Register-Nr. 017/049 und 053-012. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hals- Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); 2017. p. 1-95. https://register.awmf.org/assets/guidelines/017-049_und_053-012l_S2k_Rhinosinusitis_2022-12-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 13.04.2023).</p> <p>9. Klimek L, Bachert C, Pfaar O, Becker S, Bieber T, Brehler R, Buhl R, Casper I, Chaker A, Czech W, Fischer J, Fuchs T, Gerstlauer M, Hörmann K, Jakob T, Jung K, Kopp MV, Mahler V, Merk</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>H, Mülleneisen N, Nemat K, Rabe U, Ring J, Saloga J, Schleiter W, Schmidt-Weber C, Seyfarth H, Sperl A, Spindler T, Staubach P, Strieth S, Treudler R, Vogelberg C, Wallrafen A, Wehrmann W, Wrede H, Zuberbier T, Bedbrook A, Canonica GW, Cardona V, Casale TB, Czarlewski W, Fokkens WJ, Hamelmann E, Hellings PW, Jutel M, Larenas-Linnemann D, Mullol J, Papadopoulos NG, Toppila-Salmi S, Werfel T, Bousquet J. ARIA guideline 2019: treatment of allergic rhinitis in the German health system. Allergo J Int 2019; 28: 255-76. DOI: 10.1007/s40629-019-00110-9. https://www.wehrmann-derma.de/uploads/n2LnlZiz/ARIA-Leitlinie2019BehandlungderAllergischenRhinitis.pdf (abgerufen am: 13.04.2023).</p> <p>10. Klein-Tebbe J, Brans R, Jappe U. Weisheiten aus dem Weißbuch – Kapitel 2.2. Allergene – Auslöser der verschiedenen Allergievarianten. Aktualisierte Übernahme aus „Klimek L, Vogelberg C, Werfel T (Hrsg.). Weißbuch Allergie in Deutschland; 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Springer Medizin Verlag; 2018: Kapitel 2.2, S. 73–97. Allergo J 2022; 31(2): 16-9, 20-31. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15007-022-4980-4.pdf (abgerufen am 13.04.2023). [Der Artikel wurde eingereicht.]</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>11. Reese I, Dölle-Bierke S, Kugler C, Schäfer C, Schnadt S, Ziegert M. Weisheiten aus dem Weißbuch – Kapitel 4.9. Ernährungstherapie bei Nahrungsmittelallergien. Übernahme aus „Klimek L, Vogelberg C, Werfel T (Hrsg.). Weißbuch Allergie in Deutschland; 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Springer Medizin Verlag; 2018: Kapitel 4.9, S. 296-304. Allergo J 2022;31(7):14-20. [Der Artikel wurde eingereicht.]</p> <p>12. Worm M, Reese I, Ballmer-Weber B, Beyer K, Bischoff SC, Bohle B, et al. Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien. S2k-Leitlinie der DGAKI. Allergologie 2021; 44(7): 488-541. DOI: 10.5414/ALX02257. AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061-031. https://dgaki.de/wp-content/uploads/2021/07/al2021_07_Themenheft.pdf (abgerufen am: 12.03.2023).</p> <p>13. Fleischer DM, Chan ES, Venter C, Spergel JM, Abrams EM, Stukus D, et al. A Consensus Approach to the Primary Prevention of Food Allergy Through Nutrition: Guidance from the American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology; American College of Allergy, Asthma, and Immunology; and the Canadian Society for Allergy and Clinical Immunology. J Allergy Clin Immunol Pract 2021; 9(1): 22-43 e4. DOI: 10.1016/j.jaip.2020.11.002.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>https://www.aaaai.org/Aaaai/media/Media-Library-PDFs/Allergist%20Resources/Statements%20and%20Practice%20Parameters/A-Consensus-Approach-to-the-Primary-Prevention-of-Food-Allergy-Through-Nutrition-Jan-21-(1).pdf (abgerufen am 13.04.2023).</p> <p>14. Ring J, Beyer K, Biedermann T, Bircher A, Fischer M, Fuchs T, Heller A, Hoffmann F, Hutegger I, Jakob T, Klimek L, Kopp MV, Kugler C, Lange L, Pfaar O, Rietschel E, Rueff F, Schnadt S, Sifert R, Stöcker B, Treudler R, Vogelberg C, Werfel T, Worm M, Sitter H, Brockow K. Guideline (S2k) on acute therapy and management of anaphylaxis: 2021 update. S2k-Guideline of the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), the Medical Association of German Allergologists (AeDA), the Society of Pediatric Allergy and Environmental Medicine (GPA), the German Academy of Allergology and Environmental Medicine (DAAU), the German Professional Association of Pediatricians (BVKJ), the Society for Neonatology and Paediatric Intensive Care (GNPI), the German Society of Dermatology (DDG), the Austrian Society for Allergology and Immunology (ÖGAI), the Swiss Society for Allergy and Immunology (SGAI), the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI), the German Society of Pharmacology</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>(DGP), the German Respiratory Society (DGP), the patient organization German Allergy and Asthma Association (DAAB), the German Working Group of Anaphylaxis Training and Education (AGATE). Allergo J Int 2021; 30: 1-25. DOI: 10.1007/s40629-020-00158-y. AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061-025. https://register.awmf.org/assets/guidelines/061-025l_s2k_Akuttherapie-Management-Anaphylaxie_2021-10.pdf (abgerufen am 13.04.2023).</p> <p>15. Worm M, Jappe U, Kleine-Tebbe J, Schäfer C, Reese I, Saloga J, Treudler R, Zuberbier T, Wassmann A, Fuchs T, Dölle S, Raithel M, Ballmer-Weber B, Niggemann B, Werfel T. Food allergies resulting from immunological cross-reactivity with inhalant allergens. Allergo J Int 2014; 23: 1–16. DOI 10.1007/s40629-014-0004-6. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI), der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), des Ärzteverbands Deutscher Allergologen (AeDA) und der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA). AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061/019. https://dgaki.de/wp-content/uploads/2010/05/Leitlinie_Kreuzreaktionen_MWorm_DGAKI-2-2014.pdf (abgerufen am 13.04.2023).</p> <p>16. Werfel T, Aberer W, Ahrens F, Augustin M, Biedermann T, Diepgen T, et al. Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem;</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>atopische Dermatitis]. Journal of the German Society of Dermatology 2016;14(1):e1-e75. DOI: 10.1111/ddg.12884. AWMF-Registernummer: 013-027. (https://www.dgaki.de/wp-content/uploads/2010/05/WerfelT_2kLL_Neurodermitis-JDDG2016-.pdf (abgerufen am 13.04.2023)).</p> <p>17. Werfel T, Heratizadeh A, Aberer W, Ahrens F, Augustin M, Biedermann T, et al. S2k-Leitlinie Neurodermitis (atopisches Ekzem, atopische Dermatitis) – Kurzversion. Allergo J 2016;25(3):36-49. DOI: 10.1007/s15007-016-1060-7. AWMF-Registernummer: 013-027. https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-027k_S2k_Neurodermitis_2020-06-abgelaufen.pdf (abgerufen am 13.04.2023)).</p>	
8	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, 14.04.2023		
8.1	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, 14.04.2023	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Die Überarbeitung des DMP Asthma in Anlehnung an die aktuellen Leitlinien wird ausdrücklich begrüßt.</p>	Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Relevante Neuerungen sind in die geänderte Richtlinie aufgenommen.</p> <p>Zu den strittigen Punkten wird im folgenden Stellung genommen.</p>	
8.2	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, 14.04.2023	<p>1.2 Diagnostik</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Aufnahme von Phänotypen wird ausdrücklich begrüßt, da diese (bei höherem Schweregrad) therapierelevant sind.</p> <p>Änderungsvorschlag: wie von DKG, KBV und PatV vorgeschlagen</p>	Siehe Auswertung zu Nr. 5.2
8.3	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, 14.04.2023	<p>1.4.1 Asthmakontrolle, Tabelle 3 (187)</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: bei guter Asthmakontrolle ist eine prophylaktische Inhalation der Bedarfsmedikation (in der Regel ein kurzwirksames Betamimetikum) nicht erforderlich. Wenn Bedarfsmedikation bei Sport regelmäßig notwendig wäre, müsste die Dauertherapie gemäß Stufenschema angepasst werden.</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG Dank und Kenntnisnahme</p> <p>PatV Gemäß GINA, NAEPPCC sollte der ausschließlich prophylaktische Einsatz der Bedarfsmedikation kein Kriterium für eine eingeschränkte Asthmakontrolle gewertet werden</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Änderungsvorschlag: keine Aufnahme der Fußnote 1, wie von GKV, KBV und DKG vorgeschlagen</p>	<p>und damit auch kein Grund für eine Steigerung der Therapiestufe sein</p>
<p>8.4</p>	<p>Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, 14.04.2023</p>	<p>1.5.9.1 Medikamentöse...Therapie Erwachsene (437, 454, 471)</p> <p>Zustimmung zu KBV, DKG, PatV; insbesondere die vorgeschlagene Ergänzung in Tabelle 4 ermöglicht eine Anpassung an die internationalen Leitlinien; Umsetzung und Aufnahme der internationalen Empfehlungen in die eigenen Leitlinien vor allem aufgrund fehlender Zulassung/Verfügbarkeit noch nicht umgesetzt</p> <p>Änderungsvorschlag: Aufnahme des Zusatzes wie vorgeschlagen</p>	<p>Siehe Auswertung zu Nr. 6.6</p>
<p>8.5</p>	<p>Gesellschaft für Pädi-</p>	<p>1.5.9.2. Medikamentöse Therapie Kinder und Jugendliche, Tabelle 5</p>	<p>GKV-SV, DKG, KBV Die Fixkombination aus ICS und Formoterol zur Bedarfstherapie in den Stufen 1 und 2 ist derzeit zur Anwendung in dieser Indikation in Deutschland</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
	pädiatrische Pneumologie, 14.04.2023	(515) Ab dem Jugendalter gibt es ausreichend Daten, nach denen auch in Stufe 1 vorzugsweise oder alternativ der kombinierten Einsatz eines ICS und eines rasch wirksamen Betamimetikums	nicht zugelassen, sodass keine Empfehlung im Rahmen der DMP-A-RL erfolgt. KBV, DKG, PatV Tabelle 5 im Beschlussentwurf wurde entsprechend angepasst
8.6	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, 14.04.2023	Anlage 10 (697) Fußnote 4: streichen (s.1.4.1)	KBV, GKV-SV, DKG Dank und Kenntnisnahme PatV siehe Auswertung zu Nr. 8.3
8.7	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, 14.04.2023	447 ff. Einordnung der Messung des exhalierbaren Stickstoffmonoxids unter 1.2.2 und 1.4.2 Eine Aufnahme von FeNO wird ausdrücklich befürwortet (siehe Anmerkungen KBV). Dazu verweisen wir außerdem auf die A) European Respiratory Society clinical practice guidelines for the diagnosis of asthma in children aged 5–16 years; Erol A. Gaillard, Claudia E. Kuehni et al. European Respira-	Es liegen derzeit keine einheitlichen Leitlinien-Empfehlungen zu dieser Thematik vor. Die Wertigkeit der Messung der Konzentration des exhalierbaren Stickstoffmonoxids (FENO) im Rahmen der Diagnostik des Asthmas bronchiale ist Gegenstand aktueller Forschung.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>tory Journal 2021 58: 2004173; DOI: 10.1183/13993003.04173-2020.</p> <p>B) Die Arbeitsgruppe empfiehlt auf der Basis der existierenden Evidenz eine Aufnahme von FeNO zur Diagnosefindung bei Kindern und Jugendlichen zwischen 5 und 16 Jahren. Dabei wird ein Grenzwert von 25 ppb genannt. Ein Wert von >25ppb spricht für die Diagnose Asthma, ein Wert <25 ppb schließt eine Diagnose Asthma aber nicht aus. Insofern sollte FeNO aufgenommen werden in die Empfehlungen auch unabhängig von der Frage, ob über die Indikation für Dupilumab zu entscheiden ist.</p> <p>Für die Verlaufsbeurteilung ist die Evidenz dagegen nicht ausreichend; kann aber bei schwierigem Asthma (unzureichende Asthmakontrolle unter Stufe 4 Therapie) eingesetzt werden, um die Therapieadhärenz und das Therapieansprechen zu beurteilen.</p>	
8.8	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, 14.04.2023	<p>454, zu 1.4 Differenzierte Therapieplanung</p> <p>Die GPP schließt sich der Einschätzung von KBV, DKG und PatV an.</p>	Siehe Auswertung zu Nr. 5.2

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
8.9	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, 14.04.2023	<p>Ausdrückliche Zustimmung der Formulierung des PatV zur Aufnahme der Fußnote, 1. Satz.</p> <p>Ziel der Asthmatherapie ist eine gute Kontrolle. Dies bedeutet für Kinder und Jugendliche eine uneingeschränkte Teilhabe an altersgerechten Aktivitäten ohne den zusätzlichen Einsatz von Bedarfsmedikation.</p> <p>KEINE Zustimmung zu Satz 2 der Fußnote wie von PatV formuliert (s.o.)</p>	Siehe Auswertung zu Nr. 6.3
8.10	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, 14.04.2023	<p>514, zu 1.4.3 Selbstmanagement</p> <p>Ausreichende Daten für Kinder und Jugendliche liegen nicht vor.</p>	Kenntnisnahme.
9	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V., 14.04.2023		
9.1	<u>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.</u> mit Unterstützung der Deutschen	<p><u>1.2 Diagnostik Allgemein</u></p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p>	Die vorgeschlagenen Ergänzungen lassen sich nicht aus den Empfehlungen der vom IQWiG bewerteten Leitlinien ableiten. Der G-BA bewertet nach Abwägung diese Leitlinien als maßgeblich. Aus Sicht des G-BA erfüllt die angege-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
	<p>Gesellschaft für Innere Medizin e.V., 14.04.2023</p>	<p><u>Die Diagnostik des Asthma basiert nicht nur auf einer typischen Anamnese und lungenfunktionellen Untersuchungen, sondern auch auf der Erfassung typischer Biomarker. Sowohl die internationalen Asthma-Diagnostik-Leitlinien (Gaillard et al. ERJ 2021; Louis et al. ERJ 2022) als auch die aktuellste deutsche Asthma-Leitlinie (Lommatzsch et al., 2023) sieht die Bestimmung von Biomarkern als essentiellen Teil der Diagnostik von Asthma an. Teils kann die Diagnose Asthma trotz fehlender typischer lungenfunktioneller Befunde nur auf Basis der Anamnese und der Biomarker gestellt werden, z.B. kann auch bei fehlender Reversibilität einer Atemwegsobstruktion, jedoch bei Vorliegen von typischen Symptomen, erhöhten Biomarkern und ICS-Therapieansprechen die Diagnose Asthma gestellt werden.</u></p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i> Die Diagnostik des Asthma bronchiale umfasst die sorgfältige Erfassung der Anamnese und Symptomatik, die Prüfung des Vorliegens einer (partiell) reversiblen Atemwegsobstruktion bzw. einer bronchialen Hyperreaktivität und die Messung typischer Biomarker.</p>	<p>bene S2k-Leitlinie (Lommatzsch et al., 2023) nicht die Regelanforderungen für die Anwendung zur Erarbeitung von Richtlinien für die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V nach 6. Kapitel § 4 Abs. 2 Verfahrensordnung des G-BA, sodass diese im Rahmen der Aktualisierung nicht berücksichtigt wurde. Leitlinienbasierte Empfehlungen zu diesem Aspekt lassen sich insofern nicht formulieren.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
9.2	<p><u>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.</u> 14.04.2023</p>	<p><u>1.2 Diagnostik Biomarker</u> Stellungnahme mit Begründung: <u>Die Bestimmung typischer Asthma-Biomarker (Marker der Typ-2-Inflammation: Bluteosinophile, FeNO) wird überhaupt nicht erwähnt, obgleich es zentraler Bestandteil der heutigen Asthma-Diagnostik ist. Die Bestimmung der Bluteosinophilen mittels Differentialblutbild gehört zur allgemeinen Basisdiagnostik von Asthma. Die Messung des exhalieren NO (FeNO) stellt zudem einen unverzichtbaren Bestandteil der fachärztlichen Asthma-Diagnostik dar (Lommatzsch et al., 2023). Insbesondere die FeNO-Messung stellt bei Patienten mit aktuell fehlender Obstruktion den wichtigsten technischen Untersuchungsbefund zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit der Asthmediagnose dar. In der täglichen Praxis ist die Spezifität der alternativen Testung der bronchialen Hyperreagibilität niedrig (Trigg et al., Thorax 1990) und die Fehleranfälligkeit der longitudinalen PEF-Messung hoch (Tilemann et al., DMW 2009). Die Bestimmung beider Biomarker</u></p>	<p>Siehe 8.7 (FeNO) und Nr. 9.1</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p><u>(Bluteosinophile, FeNO) sollte daher empfohlen werden. Der Nachweis erhöhter Biomarker (FeNO > 25ppb bzw. > 50 ppb; Blut-Eosinophilie >150/µl bzw. > 300/µl) ist sowohl zur Diagnostik und Phänotypisierung von Asthma als auch für die Therapiesteuerung von großer Bedeutung.</u></p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p><u>Erwähnung und Erläuterung der Bedeutung von Typ-2-Biomarkern für die Diagnostik und Therapie-Steuerung von Asthma.</u></p> <p><u>Übernahme des Diagnosealgorithmus für Kinder bzw. Erwachsene aus der FA-LL Asthma, Abbildungen 3 und 4.</u></p>	
9.3	<p><u>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V., 14.04.2023</u></p>	<p><u>1.2 Diagnostik Asthma vs. COPD</u></p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p><u>In der Tabelle 1 (DMP Asthma)(Gegenüberstellung typische Merkmale Asthma versus COPD) fehlen wesentliche Informationen, z.B.:</u></p> <p><u>Erkrankungsbeginn Asthma: im Kinder- oder Jugendalter oder im Erwachsenenalter möglich.</u></p>	<p>GKV-SV, KBV, DKG Die in der Tabelle dargestellten typischen Unterscheidungsmerkmale sind inhaltlich dem DMP COPD entnommen, in dem Teilnehmer erst ab dem 18. Lj. eingeschrieben werden können. Die hier aufgeführten Merkmale richten sich entsprechend an erwachsene Menschen mit COPD oder Asthma bronchiale und sollen vielmehr als Orientierung zur Abgrenzung der Krankheitsbilder voneinander dienen als detailliert die jeweiligen Krankheitscharakteristika zu beschreiben.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p><u>Allergien bei Asthma: Häufig, aber bei intrinsischem Asthma fehlend (bzw. ohne klinische Relevanz).</u> <u>Obstruktion bei Asthma: Variabel, oft reversibel, oft aktuell nicht nachweisbar.</u> <u>Asthma: häufiges Auftreten nächtlicher Beschwerden (bei der COPD fehlend)</u></p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i> <u>Übernahme von Tabelle 4 aus der fachärztlichen Leitlinie (Lommatzsch et al., 2023), anstelle von Tabelle 1.</u></p>	<p>PatV Dem Hinweis wird teilweise gefolgt. Das Unterscheidungsmerkmal nächtliches Auftreten von Symptomen wird in die Tabelle 1 aufgenommen</p>
9.4	<p><u>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.</u> <u>14.04.2023</u></p>	<p><u>1.2 Diagnostik Phänotypen</u></p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Asthma-Phänotypen werden insbesondere anhand des Alters bei Erstmanifestation, des Vorliegens klinisch relevanter Allergien gegen typische Aeroallergene, der Expression von Typ-2-Biomarkern und des Vorliegens typischer Komorbiditäten definiert.</p>	<p>Siehe Auswertungen zu Nr. 8.7 und Nr. 9.1</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Es lassen sich verschiedene therapierelevante Asthmaformen (Phänotypen) unterscheiden. Zur Eingrenzung dieser Phänotypen ist die Erfassung folgender Informationen von besonderer Bedeutung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alter bei Asthma-Erstmanifestation (Early-onset Asthma versus Adult-onset Asthma) - Vorliegen klinisch relevanter Allergien gegen typische Aeroallergene - Bluteosinophilenkonzentration (in Zellen/μl) - FeNO-Wert (in ppb) - Vorliegen typischer Komorbiditäten (z.B. allergische Rhinitis, Chronische Rhinosinusitis mit oder ohne Nasenpolypen, Neurodermitis, Adipositas) 	
9.5	<p><u>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. mit Unterstützung der Deutschen</u></p>	<p>1.3 Therapieziele</p> <p><u>Remission</u></p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p>	<p>Die vorgeschlagene Ergänzung lässt sich nicht aus den Empfehlungen der vom IQWiG bewerteten Leitlinien ableiten. Der G-BA bewertet nach Abwägung diese Leitlinien als maßgeblich. Aus Sicht des G-BA erfüllt die angegebene</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
	<p>Gesellschaft für Innere Medizin e.V., <u>14.04.2023</u></p>	<p>Neben der Asthmakontrolle als kurzfristiges Therapieziel werden langfristige Therapieziele (Minimale oder fehlende Symptome, keine Exazerbationen, stabile Lungenfunktion, keine Anwendung systemischer Steroide) im Sinne einer Asthma-Remission als Therapieziel in der aktuellen Asthma-Leitlinie definiert.</p> <p>Änderungsvorschlag: Einfügen der Remission (Definition gemäß FA-LL, Lommatzsch et al., 2023) als langfristiges Asthma-Therapieziel.</p>	<p>S2k-Leitlinie (Lommatzsch et al., 2023) nicht die Regelanforderungen für die Anwendung zur Erarbeitung von Richtlinien für die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V nach 6. Kapitel § 4 Abs. 2 Verfahrensordnung des G-BA, sodass diese im Rahmen der Aktualisierung nicht berücksichtigt werden kann. Leitlinienbasierte Empfehlungen zu diesem Aspekt lassen sich insofern nicht formulieren.</p>
<p>9.6</p>	<p><u>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.</u> mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V., <u>14.04.2023</u></p>	<p>1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene Stufe 1: ICS/FABA <u>und Primat der ICS</u></p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Die Empfehlungen zur medikamentösen Therapie sollten den aktuellen Leitlinien (NVL und fachärztliche LL) angeglichen werden. Dies betrifft insbesondere die bevorzugte Anwendung von ICS/FABA bei Bedarf schon ab Therapiestufe 1</p>	<p>Die Fixkombination aus ICS und Formoterol zur Bedarfstherapie in den Stufen 1 und 2 ist derzeit zur Anwendung in dieser Indikation in Deutschland nicht zugelassen, sodass keine Empfehlung im Rahmen der DMP-A-RL erfolgt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>im Gegensatz zu Salbutamol als nachrangige Therapieoption. Zudem sollte die nachrangige Anwendung von LTRA im Vergleich zu ICS als anti-inflammatorische Therapie wegen geringerer Wirksamkeit und ungünstigem Nebenwirkungsprofil (psychiatrische Nebenwirkungen insbesondere auch bei Kindern) erwähnt werden.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p><u>Die alleinige Therapie mit SABA in Stufe 1 stellt eine nachrangige Therapieoption dar. Vorrangig sollten alle Patienten mit Asthma eine ICS-haltige Therapie erhalten, entweder als Bedarfstherapie mit ICS/FABA (Stufe 1+2) oder als ICS-haltige Dauertherapie. LTRA sollten aufgrund einer im Vergleich zu ICS geringeren Wirksamkeit und des ungünstigen Nebenwirkungsprofils (psychiatrische Nebenwirkungen insbesondere auch bei Kindern) nachrangig eingesetzt werden.</u></p>	
9.7	<p><u>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.</u> mit Unterstützung der Deutschen</p>	<p>1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene Alle Stufen:</p>	<p>Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt. In den Tragenden Gründen zu Kapitel 1.5.9.1 und 1.5.9.2 wird auf Grundlage der NVL Asthma 2022 bereits darauf hingewiesen, dass die Bedarfstherapie mit der Fixkombination aus</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
	<p>Gesellschaft für Innere Medizin e.V., <u>14.04.2023</u></p>	<p><u>ICS-LABA-Fixkombinationen</u></p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Die Empfehlungen zur medikamentösen Therapie sollten den aktuellen Leitlinien (NVL und fachärztliche LL) angeglichen werden. So sollte wie in der NVL und der fachärztlichen LL die Kombinations-Therapie mit ICS und LABA <i>immer</i> als <i>Fixkombination</i> gefordert werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <u>Bei einer Therapie mit einem ICS und einem LABA soll diese Therapie, wenn möglich, immer als ICS-LABA-Fixkombinationstherapie eingesetzt werden.</u></p>	<p>ICS und dem langwirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (LABA) Formoterol bei Erwachsenen ab Therapiestufe 3 bzw. bei Kindern ab Therapiestufe 4 eine therapeutische Option darstellt, wenn diese Wirkstoffe auch im Rahmen der Dauertherapie eingesetzt werden („SMART-Strategie“).</p>
<p>9.8</p>	<p><u>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.</u> mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V., <u>14.04.2023</u></p>	<p>1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene</p> <p><u>Alle Stufen</u></p> <p>Stellungnahme mit Begründung: S.o. Angleichung an aktuelle nationale Leitlinien.</p>	<p>GKV-SV: Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt. Die Inhalte der neu in den Beschlusstext aufgenommenen Tabellen (Tabelle 4+5) orientieren sich an Empfehlungen der NVL Asthma 2020 und berücksichtigen die (altersabhängigen) Zulassungseinschränkungen. In die Anforderungen an das DMP Asthma können keine medikamentösen Thera-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Änderungsvorschlag: Stufenschema der FA-LL Asthma (Abbildung 5 und 6) übernehmen.</p>	<p>pien aufgenommen werden, für die keine Zulassung vorliegt (Off-Label-Use).</p>
<p>9.9</p>	<p><u>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.</u> 14.04.2023</p>	<p>1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene <u>Biologika und schweres Asthma</u> Stellungnahme mit Begründung: Biologika sind Mittel der 1. Wahl zur Behandlung des schweren Asthma, daher müssen die 6 Biologika und deren Zulassungen erwähnt werden. Die Definition von schwerem Asthma, u.a. in Abgrenzung vom schwierigen Asthma ist wichtig, daher muss auch diese erwähnt werden. Schließlich muss klar herausgestellt werden, dass (in Übereinstimmung mit allen aktuellen Leitlinien) systemische Steroide nur bei fehlender Indikation oder bei Versagen einer Biologika-Therapie in der Asthma-Langzeittherapie zum Einsatz kommen dürfen.</p>	<p>Den Änderungsvorschlägen wird nicht gefolgt. Gemäß Kapitel 1.6.2 soll die Einleitung einer Therapie mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper, Anti-IL-5-Antikörper) durch den qualifizierten Facharzt oder die qualifizierte Fachärztin erfolgen. Die hier vorgeschlagenen zusätzlichen Informationen überschreiten daher den vom G-BA intendierten Detaillierungsgrad des Richtlinien textes.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p>Tabellarische Aufführung der zugelassenen Biologika: Übernahme der Tab. 9 der fachärztlichen Asthma-LL.</p> <p>Übernahme der Abb. 2 der fachärztlichen Asthma-LL zur Definition von schwerem Asthma.</p> <p><u>Erwähnung im Text und in den Stufenschemata, dass systemische Steroide nur bei fehlender Indikation oder bei Versagen einer Biologika-Therapie in der Asthma-Langzeittherapie zum Einsatz kommen dürfen.</u></p>	
<p>9.10</p>	<p><u>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.</u> 14.04.2023</p>	<p>Online-Formular „DMP Arzt“ Änderungen Stellungnahme mit Begründung: Die Inhalte, die online im Formular vom „DMP-Arzt“ ausgefüllt werden müssen, spiegeln nicht die Dinge wider, die für eine moderne Diagnostik und Therapie von Asthma wichtig sind. Auch die oben genannten aktuellen Änderungen müssen hier berücksichtigt werden. Da dieser Teil maßgeblich die Behandlungsqualität beeinflusst, muss dieses Formular so konzipiert werden, dass die Kollegen/innen zu einer Evi-</p>	<p>Kenntnisnahme. Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>denz-basierten Diagnostik und Therapie von Asthma angehalten werden.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p><u>Anpassung des Online-Formulars DMP Arzt.</u></p>	
9.11	<p><u>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.</u> 14.04.2023</p>	<p><u>Sonstiges</u></p> <p>379-384: Streichen (irrelevant für Asthma-Medikamente)</p> <p>760: Unlogische Aussage: „Raucherquote im Kollektiv der Raucher“</p>	<p>Dem Streichungsvorschlag wird nicht gefolgt. Das Kapitel 1.5.8 zu <i>Besonderen Maßnahmen bei Multimedikation</i> ist Bestandteil mehrerer DMP und richtet sich an Patientinnen und Patienten, bei denen auf Grund von Multimorbidität oder der Komplexität sowie der Schwere der Erkrankung die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln gibt. Diese Arzneimittel können auch andere als die zur Behandlung Asthmas umfassen, sodass keine Änderung erfolgt.</p> <p>Die „Raucherquote im Kollektiv der Raucher“ wurde als Evaluationsparameter nicht geändert, sodass weiterhin die Erläuterungen der Tragenden Gründe zum Beschluss vom 17. August 2017 gültig sind: „Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten: Zu</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
			<p>Buchstabe c) „Raucherquote im Kollektiv der Raucher“ Auszuwerten ist der Anteil der weiterhin rauchenden Teilnehmer bezogen auf alle rauchenden Teilnehmer bei Einschreibung (Erstdokumentation).“</p> <p>In der Evaluation wird aktuell folgendes ausgewertet:</p> <p>C3 Raucher</p> <p>C.3.1 Raucherquote über alle Patienten [Q]</p> <p>C.3.2 Raucherquote über alle Patienten im Kalenderjahr [K]</p> <p>C.3.3 Raucher laut Erstdokumentation und ihr aktueller Raucherstatus [Q]</p> <p>C.3.4 Raucher laut Erstdokumentation und ihr aktueller Raucherstatus [L]</p>
9.12	<p><u>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.</u> mit Unterstützung der Deutschen</p>	<p>Literaturverzeichnis</p> <ol style="list-style-type: none"> Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma, 4. Auflage 2020. Lommatzsch et al., S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma 2023, publiziert bei 	<p>Dank und Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
	Gesellschaft für Innere Medizin e.V., <u>14.04.2023</u>	AWMF online, AWMF-Registernr.: 020-009. 3. Gaillard et al., Eur Respir J, 2021. 4. Louis et al., Eur Respir J, 2022. 5. Trigg et al., Thorax 1990 6. Tilemann et al., DMW 2009. <i>[Die Artikel 3 bis 6 wurden eingereicht.]</i>	
10	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB), 14.04.2023		
10.1	DAAB, 14.04.2023	Allgemeine Anmerkungen Für den DAAB ist es wichtig, eine gute Patientenberatung nach dem Stand der wissenschaftlichen medizinischen Forschung und aktuellem Stand der medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften umzusetzen. Dafür benötigen wir aktuelle fachliche Informationen aus Leitlinien wie beispielsweise der NVL-Asthma, die nach unserer Auffassung in wichtigen patientenrelevanten Kernbereichen einheitliche Aussagen haben sollten. Beispielsweise sollte das Thema Asthmakon-	Kenntnisnahme. Dieser Abschnitt enthält keine Änderungsvorschläge. Maßgeblich sind unter anderem die im deutschen Versorgungskontext relevante NVL sowie die vom IQWiG als versorgungsrelevant identifizierten Leitlinien.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>trolle bzw. die Definition eines kontrollierten, teilweise kontrollierten oder unkontrollierten Asthma bronchiale einheitlich sein, damit wir als Patientenverband gut damit in die Beratung gehen können.</p> <p>Welche wissenschaftlichen Quellen sind für uns als Patientenverband beim Thema Asthma in Deutschland maßgeblich relevant? Ist es die NVL-Asthma?</p>	
10.2	DAAB, 14.04.2023	<p>1.1 Definition des Asthma bronchiale</p> <p>Anregung zum Vergleich der Asthmadefinitionen aus DMP – NVL-Asthma (1) und neuer Leitlinie der DGP (2)</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Einigung auf eine gleichlautende Asthmadefinition möglich?</p>	<p>Die Definition des Asthma Bronchiale entspricht der aktuellen NVL Asthma 2020, sodass aus Sicht des G-BA keine Anpassung erforderlich ist. Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass die angegebene S2k-Leitlinie (Lommatzsch et al., 2023) die Mindestanforderungen für die Anwendung zur Erarbeitung von Richtlinien für die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V nach 6. Kapitel § 4 Abs. 2 Verfahrensordnung des G-BA nicht erfüllt.</p>
10.3	DAAB, 14.04.2023	1.2	s. Auswertung zu Nr. 5.2

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		Diagnostik Der DAAB schließt sich der Meinung von DKG, KBV und PatV an.	
10.4	DAAB, 14.04.2023	1.2 Tabelle 1 Unterscheidungskriterien zwischen Asthma bronchiale und COPD Änderungsvorschlag: Statt Erkrankungsbeginn: Alter bei Erstdiagnose Asthma bronchiale: Häufig in Kindheit und Jugend aber auch im Erwachsenenalter möglich (2) Erkrankungsbeginn darunter ergänzen, Asthma bronchiale: oft relativ abrupter Beginn, COPD: Schleichender Beginn (2) Atemwegsobstruktion: Asthma bronchiale Statt „Reversibel oder partiell reversibel“ „Variabel, oft reversibel, oft aktuell nicht nachweisbar“ (2)	Siehe Auswertung zu 9.3.
10.5	DAAB, 14.04.2023	1.2.1	Die vorgeschlagenen Ergänzungen lassen sich nicht aus

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Siebter Spiegelstrich Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung Komorbiditäten: Änderungsvorschlag Hier sollten auch Allergische Rhinokonjunktivitis, Atopische Dermatitis und Nahrungsmittelallergien aufgeführt werden. Hierzu auch (3) Weitere Literaturquellen zu diesem Thema auch unter 1.5.7 s.u.</p>	<p>den Empfehlungen der vom IQWiG bewerteten Leitlinien ableiten. Der G-BA bewertet nach Abwägung diese Leitlinien als maßgeblich.</p>
10.6	DAAB, 14.04.2023	<p>1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik „Nach Sicherung der Diagnose ist bei Verdacht auf eine allergische Genese zu prüfen, ob eine allergologische Stufendiagnostik durchzuführen ist“ Änderungsvorschlag: Bei Asthmadiagnose und Allergieverdacht soll eine allergologische Stufendiagnostik durchgeführt werden. Literatur:</p>	<p>Dem Änderungsvorschlag wird in Anlehnung an den Wortlaut der NVL Asthma („soll“) gefolgt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Bei Patienten mit Verdacht auf allergisches Asthma (siehe Empfehlung 2-1) soll eine allergologische Stufendiagnostik durchgeführt werden.(1)</p> <p>Bei jedem neu diagnostizierten Asthma ist eine allergologische Stufendiagnostik erforderlich. Eine allergische Sensibilisierung ist der häufigste Auslöser der Erkrankung (2)</p>	
10.7	DAAB, 14.04.2023	<p>1.3</p> <p>Therapieziele</p> <p>Änderungsvorschlag: Ergänzen</p> <p>Erreichen einer guten Asthmakontrolle mit der jeweiligen notwendigen Medikation nach Medikamentenstufenschema in geringstmöglicher Dosierung.</p> <p>„Der Grad der Asthmakontrolle soll in regelmäßigen Abständen überprüft werden, um festzustellen, ob die Therapieziele erreicht werden und eine Anpassung der Therapie (Intensivierung/Reduktion) indiziert ist.“ (1)</p> <p>„Ziel ist die dauerhafte Erhaltung der Asthmakontrolle mit</p>	<p>Dem Ergänzungsvorschlag wird nicht gefolgt. Der vorgeschlagene Text entspricht einer Empfehlung aus der S2k-Leitlinie, die im Rahmen der Aktualisierung des DMP Asthma nicht berücksichtigt werden kann (s. Auswertung zu Nr. 10.2).</p> <p>Die darüber hinaus aufgeführten Änderungsvorschläge sind bereits inhaltlich unter Nummer 1.3 „Therapieziele“ verortet und bedürfen daher keiner weiteren Präzisierung.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>der geringstmöglichen Zahl antiasthmatischer Wirkstoffe in niedrigstmöglicher Dosis.“(2)</p> <p>Außerdem sind in der NVL Asthma (1) weitere Therapieziele genannt, die eventuell ergänzt werden sollten</p> <p>Therapieziele</p> <p>Wichtig für die gemeinsame Entscheidungsfindung ist das Festlegen gemeinsamer Therapieziele – in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten. Dazu zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der physischen, psychischen und kognitiven Entwicklung; • Vermeiden von Komplikationen und physischen, psychischen und sozialen Folgeschäden (in der NVL Asthma allgemein ausgedrückt, nicht nur für Kinder/Jugendliche sondern auch für Erwachsene); • Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität; (nicht bei Normalisierung, steht so im DMP-Text?) 	
10.8	DAAB, 14.04.2023	1.4.1	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Asthmakontrolle bei Kindern, Tabelle 3 Kontrolliert: Symptome am Tag <1x/Woche NVL Asthma (Gut kontrolliert): Keine Symptome tagsüber (1) und fachärztliche S2kLL (kontrolliertes Asthma): Symptome tagsüber: keine (2) Kontrolliert: Einsatz der Bedarfsmedikation < 1x/Woche Aber NVL (Gut kontrolliert): Kein Gebrauch der Bedarfsmedikation mit Ausnahme unter 1 (1) und fachärztliche S2kLL (kontrolliertes Asthma): keine (2) Außerdem zu diesen Angaben Unterschiede bei „teilweise kontrolliert“ und „unkontrolliert“</p> <p>Für die Patientenberatung und ja eigentlich auch für die ärztliche Behandlung benötigen wir nach unserer Ansicht einheitliche, gut verständliche und klare Vorgaben, sonst wird es in der Patientenberatung sehr schwierig und kompliziert.</p> <p>Was ist der Unterschied zwischen weniger als 1x pro Woche und keinen Symptomen?</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Stellungnahme enthält keinen konkreten Änderungsvorschlag.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
10.9	DAAB, 14.04.2023	<p>1.4.1 Asthmakontrolle Hinweis der PatV: 1Ohne den prophylaktischen Einsatz vor geplanter intensiver sportlicher Betätigung bei Kindern und Jugendlichen unter Dauertherapie mit ICS, sofern diese in Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt sind.</p> <p>Eine Dauertherapie mit ICS sollte am besten die Teilnahme an sportlicher Betätigung ermöglichen, ohne dass vor dem Sport das Bedarfsmedikament angewendet werden muss. Ist die prophylaktische Einnahme der Bedarfsmedikation vor dem Sport für die Beurteilung der Asthmakontrolle ohne Relevanz, können Kinder und Jugendliche mit häufiger sportlicher Betätigung auch sehr häufig Bedarfsmedikamente inhalieren, ohne dass diese Anwendungen des Bedarfsmedikaments bei der Einschätzung der Asthmakontrolle Berücksichtigung finden. Beispielsweise könnte es, bei einem häufigen sportlichen Training in der Woche, zu einer etwa 5-maligen Anwendung der Bedarfsmedikation kommen, ohne dass diese in die Beurteilung der Asthmakontrolle einfließt.</p>	<p>KBV, GKV-SV, DKG Der Änderungsvorschlag der DAAB lässt sich aus den vom IQWiG bewerteten Leitlinien nicht ableiten. Der G-BA bewertet nach Abwägung diese Leitlinien als maßgeblich.</p> <p>PatV siehe Auswertung zu Nr. 8.3.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Daher spricht sich der DAAB beim Thema Grade der Asthmakontrolle bei Kindern und Jugendlichen gegen diesen Vorschlag aus.</p> <p>Literatur: „Bei vielen Patienten sind anstrengungsinduzierte Symptome Ausdruck einer unzureichenden Asthmakontrolle. Durch Intensivierung der Langzeittherapie den Stufenschemata folgend können in der Regel die anstrengungsinduzierten Symptome beseitigt werden.“(Statement aus 1) „Bei Kindern und Jugendlichen soll die medikamentöse Langzeittherapie so begonnen und angepasst werden, dass alle Alltagsaktivitäten ohne Bedarfsmedikation möglich sind.“ (1) Doppelpfeil oben</p> <p>Für Kinder und Jugendliche gilt, dass regelmäßige (z. B. einmal pro Woche im Rahmen von Schulsport oder Vereinstraining) belastungsinduzierte Beschwerden als Ausdruck einer chronischen BHR gewertet werden sollen und die Indikation zu einer anti-inflammatorischen Therapie geprüft werden soll. (2)</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Tritt anstrengungsinduziertes Asthma bei Patienten auf, die bereits mit ICS behandelt werden, werden zusätzlich inhalative raschwirksame Beta-2-Sympathomimetika (FABA) unmittelbar vor körperlicher Belastung empfohlen [200]. In (2) Quelle:</p> <p>Parsons JP, Hallstrand TS, Mastronarde JG et al. An official American Thoracic Society clinical practice guideline: exercise-induced bronchoconstriction. Am J Respir Crit Care Med 2013; 187: 1016-1027. DOI: 10.1164/rccm.201303-0437ST</p> <p>Abhängig von der Frequenz der Beschwerden (Asthmakontrolle) kann eine Intensivierung der Langzeittherapie nach Stufenschema sinnvoll sein (Abb. 5) (2)</p>	
10.10	DAAB, 14.04.2023	<p>1.5.7</p> <p>Somatische Komorbiditäten</p> <p>Erkrankung der oberen Atemwege</p> <p>Häufige und bedeutsame Komorbiditäten sind Rhinosinusi-tis...</p> <p>Änderungen:</p>	Die Änderungsvorschläge der DAAB lassen sich aus den vom IQWiG bewerteten Leitlinien nicht ableiten. Der G-BA bewertet nach Abwägung diese Leitlinien als maßgeblich.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Der DAAB schlägt aufgrund der Häufigkeit von allergischem Asthma vor, auch die Allergische Rhinitis bzw. Allergische Rhinokonjunktivitis hier aufzuführen.</p> <p>Literatur:</p> <p>Asthma und chronisch-entzündliche Erkrankungen der oberen Atemwege (EOA) sind häufig miteinander vergesellschaftet [462]. Mehr als 80% der Patienten mit Asthma haben eine EOA und bis zu 40% der Patienten mit EOA ein koexistierendes Asthma [463]. Daher sollte bei Patienten mit Asthma immer auch eine Beteiligung der oberen Atemwege abgeklärt werden (sowie umgekehrt) [463]. Abzugrenzen ist die allergische Rhinitis (AR), welche mit Allergien gegen typische Aeroallergene einhergeht und oft mit einem Asthma mit Erkrankungsbeginn in der Kindheit oder Jugend (Early-onset Asthma) assoziiert ist [49], von der chronischen Rhinosinusitis (CRS), welche meist keine allergische Ursache hat und oft mit einem Adult-onset Asthma vergesellschaftet ist [70] (Literaturabschnitt aus 2)</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Early-onset Asthma (Beschwerdebeginn im Kindes- oder Jugendalter, fast immer assoziiert mit Allergien bzw. allergischen Komorbiditäten) und Adult-onset Asthma (Beschwerdebeginn ab dem 18.Lebensjahr, seltener mit Allergien assoziiert). (2)</p> <p>Auch die Atopische Dermatitis und Nahrungsmittelallergien sind aus unserer Sicht bei Komorbiditäten zu ergänzen.</p> <p>Literatur:</p> <p>Die atopische Dermatitis geht häufig der Manifestation des Asthma im Kindesalter voraus, dies ist aber keine Gesetzmäßigkeit [468]. Relevante Einflussfaktoren sind der frühe Beginn einer atopischen Dermatitis, ihr höherer Schweregrad, eine familiäre Atopieanamnese und ein männliches Geschlecht [483, 484]. Die atopische Dermatitis als Komorbidität geht mit einem höheren Schweregrad des Asthma einher [485]. (Literatur in 2)</p> <p>Sowohl jüngere als auch ältere Kinder mit einer Nahrungsmittelallergie haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>eines Asthma und eines schweren Asthma. Diese Assoziation ist stärker ausgeprägt bei Kindern mit mehreren oder mit schweren Nahrungsmittelallergien [477]. Des Weiteren tritt eine Asthmaentwicklung bei Kindern mit einer Nahrungsmittelallergie frühzeitiger auf als bei Kindern ohne Nahrungsmittelallergie [478]. Kinder mit Nahrungsmittelallergie und einer Sensibilisierung gegen mindestens ein Nahrungsmittel (wie Hühnerei, Soja, Milcheiweiß, Erdnuss oder Weizen) entwickeln eine schlechtere Lungenfunktion, und werden häufiger notfallmäßig vorgestellt oder stationär aufgenommen [479]. Ferner weisen sie einen höheren Bedarf an systemischen Steroiden [480] sowie eine höhere Rate invasiver Beatmungsepisoden auf [481]. Auch im Erwachsenenalter beeinflusst das Vorhandensein einer Nahrungsmittelallergie die Asthmamorbidity [482 (Literatur in 2)</p>	
10.11	DAAB, 14.04.2023	<p>1.5.9.5. Asthma bronchiale in der Schwangerschaft Die S2kLL zur fachärztlichen Diagnose und Behandlung von</p>	<p>Siehe 5.7. Anpassung erfolgt. Zur Einschätzung des G-BA zur genannten S2k-LL s. Nr. 10.2</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Asthma kündigt ausführliche und aktualisierte Empfehlungen zum Asthma-Management während der Schwangerschaft an. (2)</p> <p>Änderungsempfehlung: Das Kapitel soll im Hinblick auf mögliche Änderungen in den Empfehlungen geprüft werden.</p>	
10.12	DAAB, 14.04.2023	<p>1.6.2</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 qualifizierten Einrichtung erfolgen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei schwerem unkontrolliertem Asthma <p>Anmerkung:</p> <p>Der DAAB schätzt die Überweisung zur fachärztlichen Behandlung erst zum Zeitpunkt eines schweren unkontrollierten Asthma bronchiale als zu spät ein.</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme. Der Beschlussentwurf wurde unter Nummer 1.6.2 <i>Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung</i> auf Grundlage der NVL Asthma 2020 angepasst.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Es muss auch geklärt sein, ob ein Asthma wirklich ein schweres Asthma oder ein schwieriges Asthma ist. Dies sollte durch fachärztliche Einschätzung geprüft werden. Auch wenn ein Asthma länger teilkontrolliert ist oder die Diagnose nicht klar ist bzw. Differentialdiagnosen ausgeschlossen und/oder Komorbiditäten noch besser erkannt und behandelt werden müssen, ist eine fachärztliche Überprüfung hilfreich.</p> <p>Literatur aus NVL-Asthma (1)</p> <p>In folgenden Situationen soll die Indikation zur Überweisung zu einem Pneumologen bzw. pädiatrischen Pneumologen geprüft werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn Zweifel an der Diagnose bestehen; • bei unzureichender Asthmakontrolle trotz intensiverer Behandlung; • bei vorausgegangener Notfallbehandlung <p>(Doppelpfeil oben)</p> <p>Bei Kindern, bei denen ein kontrolliertes Asthma bronchiale durch eine erweiterte Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden nicht zu erreichen ist,</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Hierzu gibt es weitere Empfehlungen:</p> <p>Kinder und Jugendliche, deren Asthma eine Behandlung der Stufe 4 erfordert, sollten zu einem pädiatrischen Pneumologen überwiesen werden. (1)</p> <p>Kinder und Jugendliche, deren Asthma eine Behandlung in Stufe 5 erfordert, sollen zu einem pädiatrischen Pneumologen überwiesen werden. (1)</p> <p>Das diagnostische Einbeziehen der Bodyplethysmografie zusätzlich zur Spirometrie ermöglicht bei Kindern eine frühere Asthma-Diagnose (Quelle aus 2)</p> <p>Brzozowska A, Majak P, Grzelewski T et al. Measurement of specific airway resistance decreased the risk of delay in asthma diagnosis in children. Allergy Asthma Proc 2009; 30: 47-54. DOI: 10.2500/aap.2009.30.3194</p>	
10.13	DAAB, 14.04.2023	<p>1.6.4</p> <p>Veranlassung einer Rehabilitationsleistung</p> <p>Änderung: Ergänzung dieses Kapitels</p> <p>In der NVL gibt es starke Empfehlungen für:</p>	Siehe Auswertung zu lfd. Nr. 5.8

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Patienten mit Asthma soll eine pneumologische Rehabilitation angeboten werden, wenn trotz adäquater ambulanter ärztlicher Betreuung beeinträchtigende körperliche, soziale oder psychische Krankheitsfolgen bestehen, die die Möglichkeiten von normalen Aktivitäten bzw. der Teilhabe am normalen beruflichen und privaten Leben behindern. Dies gilt insbesondere bei folgenden Konstellationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persistierende asthmatische Beschwerden bzw. fehlende Asthmakontrolle; • fixierte Obstruktion mit entsprechender Symptomatik; • Gefährdung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit, eines geeigneten und angemessenen Schulabschlusses bzw. einer Berufsausbildung; • drohende Pflege- und Hilfsbedürftigkeit; • Notwendigkeit von nicht-medikamentösen Therapieverfahren, wenn diese ambulant nicht im erforderlichen Ausmaß erfolgen können, z. B. Schulung, Atemphysiotherapie, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Tabakentwöhnung, psychotherapeutische Hilfen, Allergen- und Schadstoffkarenz; • Faktoren im Bereich des familiär-sozialen Umfeldes, die 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und im Rahmen eines multiprofessionellen Rehabilitationssettings bearbeitet werden können;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komorbiditäten, die einen multiprofessionellen Therapieansatz benötigen, der ambulant so nicht vorhanden oder umsetzbar ist. (1) <p>Bei erwachsenen Patienten soll während des Krankenhausaufenthaltes die Indikation für eine nachfolgende Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussrehabilitationsmaßnahme geprüft werden. (1)</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen soll während des Krankenhausaufenthaltes die Indikation für eine sich direkt anschließende Rehabilitationsmaßnahme geprüft werden. (1)</p> <p>Bei Erwachsenen soll vor der Behandlung in Stufe 5 die Indikation zu einer Rehabilitation geprüft werden. (1)</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen soll vor der Behandlung in</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Stufe 5 die Indikation zu einer stationären Rehabilitation geprüft werden (1)</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen soll vor der Behandlung in Stufe 6 die Indikation zu einer stationären Rehabilitation geprüft werden.(1)</p>	
10.14	DAAB, 14.04.2023	<p>Anlage 10 Dokumentation</p> <p>Asthmaschulung</p> <p>Anmerkungen</p> <p>Hier sollte die Dokumentation intensiver werden, damit das Qualitätsziel „Hoher Anteil geschulter TeilnehmerInnen“ besser erreicht wird.</p> <p>Asthmaschulung empfohlen ja / nein</p> <p>Gibt es hier einheitliches Infomaterial zur Patienteninformation zum Thema Asthmaschulung zur Verteilung in den Arztpraxen oder wäre eine Entwicklung im Rahmen des DMP dazu denkbar?</p> <p>Wer sind die regionalen AnsprechpartnerInnen für Asthmaschulungen, auch das sollte dokumentiert werden. Es nützen</p>	<p>Die Dokumentationsparameter 9,9a und 10 bilden die geforderte ärztliche Dokumentation bereits ab.</p> <p>Ein hoher Anteil von geschulten TN wird nicht durch intensivere Dokumentation, sondern durch Teilnahme der TN an der Schulung erreicht. Die Umsetzung dazu liegt außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des G-BA.</p> <p>Die Frage zu Patienteninformationen kann aus dem G-BA heraus nicht beantwortet werden, da diese kein Bestandteil der DMP-A-RL ist.</p> <p>Auch die Frage nach den regionalen Gegebenheiten kann auf Bundesebene nicht beantwortet werden.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>keine Adresslisten, die zwar DMP-Ärzte/Ärztinnen listen, Schulungen laut Papier oder Auskunft der Krankenkasse anbieten, aber dies gar nicht der Realität entspricht. Hier muss eine genaue Dokumentation erfolgen, die auch immer wieder aktualisiert werden muss.</p> <p>Empfohlene Asthmaschulung wahrgenommen Ja/ nein/ War aktuell nicht möglich Gründe sollten detaillierter angegeben werden. Bei letzter Dokumentation keine Schulung Sind es Gründe der Patienten? Wie kann zusätzlich durch die Patienten dokumentiert werden, dass Sie zum Thema Schulung informiert wurden?</p>	<p>Das Dokumentationsintervall legt der Arzt patientenindividuell auf jedes Quartal oder jedes zweite Quartal fest.</p>
10.15	DAAB, 14.04.2023	<p>Anlage 10 Behandlungsplanung Schriftlicher Selbstmanagementplan Anmerkungen</p>	<p>Dieses indikationsbezogene DMP regelt bereits das Erstellen eines individuellen Selbstmanagementplans (siehe 1.4.3. im Beschluss).</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p><u>Wenn möglich, sollte ein einheitlicher DMP-Selbstmanagementplan geschaffen werden, der generell an die Patienten weitergegeben wird und auch individuell angepasst werden kann.</u></p>	
10.16	DAAB, 14.04.2023	<p>Literaturverzeichnis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma Langfassung 4. Auflage, 2020 Version 1 AWMF-Register-Nr.: nvl-002 2. S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma 2023 herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V, AWMF-Register-Nr.: nvl-020-009 3. Weißbuch Allergie in Deutschland, 4. Auflage 2023 Für die AllergieLiga Herausgegeben: Vogelberg, Christian; Werfel, Thomas; Klimek, LudgerAWMF, D. C. (2018). S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. 	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
11	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) und Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), 14.04.2023		
11.1	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) und Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), 14.04.2023	<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem zuständigen Unterausschuss Disease-Management-Programme am 15. März 2023 den „Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen. Nachfolgend möchten der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) und der Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB) die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation), Stand: 16.03.2023 [1] nutzen.</p> <p>Der Bezug und Interventionsansatz der allergologischen Ernährungstherapie bei einem allergischen Asthma fehlt, obwohl es leitlinienkonform zu fordern ist (s.u.).</p>	Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme des Verbands der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD). Zur Auswertung s. Nr. 7.1

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Der Bezug und Interventionsansatz der qualifizierten Ernährungstherapie bei einem Asthma und gleichzeitig vorliegenden Komorbiditäten fehlt, obwohl es leitlinienkonform zu fordern ist (s.u.).</p> <p>Daher empfehlen wir eindringlich, einen Hinweis auf die mögliche Therapieoption „Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkraft“ wie in den entsprechenden Leitlinien aufzunehmen. Bei Ernährungsfachkräften handelt es sich um Diätassistentinnen und Diätassistenten, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler sowie Ökotrophologinnen und Ökotrophologen, die über ernährungstherapeutischen Grundkompetenzen Absatz 4, Anlage 5, Verträge nach §125 SGB V [2] und allergologische Fortbildung (VDD Allergologie oder DAAB Allergologie) verfügen.</p> <p>Diese Aufforderung erfolgt im Gegensatz zu anderen nicht medikamentösen Maßnahmen und Empfehlungen bisher nur indirekt (siehe 1.4 – Differenzierte Therapieplanung).</p> <p>Auch im Servicedokument Aktualisierung DMP</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Asthma_2023-03-06 (Anlage 3) haben wir Änderungsvorschläge eingearbeitet, die geänderte Anlage 3 haben wir angefügt.</p> <p>Nachweislich liegen für einige Erkrankungen eindeutige evidente Belege für den Effekt der Ernährungstherapie vor. Ein expliziter Verweis auf eine Ernährungstherapie (auch unter Bezug auf die Erkrankung/ Symptom Asthma/ Atemnot) erfolgt zitierfähig für das Asthma DMP bei den unten aufgeführten Erkrankungen/ Komorbiditäten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adipositas [3-5] - COPD [6-7] - Allergische Rhinitis und chronische Rhinosinusitis [8-9] - Nahrungsmittelallergie [10-15] - Atopische Dermatitis [16-17] <p>Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen/Textänderungen als blauer Text hervorgehoben.</p> <p>Die Volltexte der erwähnten Literatur haben wir verlinkt,</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		zwei Quellen der Literaturliste [10-11] haben wir als PDF angehängt. Diese PDFs enthalten markierte Textstellen.	
11.2	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) und Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), 14.04.2023	<p>1.2.1 Vierter Spiegelstrich Stellungnahme mit Begründung: Grundlage des Zusatzes beim Änderungsvorschlag ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit eine ernährungstherapeutische Begleitung bei Verdacht auf Nahrungsmittelallergischen Reaktionen (auch bei Asthma) fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12], insbesondere Punkt 4.1 zu Ernährungs- und Symptomprotokoll, der bei vorliegender Formulierung nicht berücksichtigt würde - die international Guideline „A Consensus Approach to the Primary Prevention of Food Allergy Through Nutrition: Guidance from the American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology (AAAAI); American College of Allergy, Asthma, and Immunology; and the Canadian Society for Allergy and Clinical Immunology“ 2021 [13] 	s. Auswertung zu Nr. 7.2

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>- die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11] - die S2k-Leitlinie Rhinitis 2017 [8]</p> <p>1.2.1 Zeile 62 Änderungsvorschlag: Ergänzung mit einem neuen Spiegelstrich nach dem (veränderten) vierten Spiegelstrich: - Tätigkeits- sowie umgebungsbezogener Auslöser von Atemnot bzw. Husten, - Bei chronischen Symptomen kann ein Ernährungs- und Symptomprotokoll geführt werden.</p>	
11.3	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) und Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD),	<p>1.2.3. Einleitender Satz Stellungnahme mit Begründung: Grundlage des Änderungsvorschlages ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit eine Nahrungsmittelprovokation zur Diagnostik durch geschultes Personal fordert:</p>	s. Auswertung zu Nr. 7.3

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
	14.04.2023	<p>- die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12], Pkt 4. inbs. 4.4. Diagnostische Eliminationsdiät und Provokationstestungen</p> <p>- die AAAAI-Guideline 2021 [13]</p> <p>- die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie-Update 2021 [14]</p> <p>- die ARIA-Leitlinie 2019: Behandlung der allergischen Rhinitis im deutschen Gesundheitssystem [9]</p> <p>1.2.3</p> <p>Zeile 129-130</p> <p>Änderungsvorschlag: Ergänzung des Anfangssatzes:</p> <p>Nach Sicherung der Diagnose des Asthma bronchiale ist bei Verdacht auf eine allergische Genese zu prüfen, ob eine allergologische Stufendiagnostik (einschl. einer Nahrungsmittelprovokation) durchzuführen ist</p>	
11.4	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) und Verband	<p>1.3</p> <p>Therapieziele</p>	s. Auswertung zu Nr. 7.4

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
	der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), 14.04.2023	Ergänzung beim vierten Spiegelstrich Stellungnahme mit Begründung: Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit insbesondere bei Asthma und Anaphylaxien als Selbstmanagement eine Umstellung der Ernährung durch geschultes Personal fordert: - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12], Pkt 4. inbs. 4.4. Diagnostische Eliminationsdiät und Provokationstestungen - die AAAAI-Guideline 2021 [13] - die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie-Update 2021 [14] - die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11] - die DGAKI-Leitlinie Nahrungsmittelallergie infolge immunologischer Kreuzreaktivitäten mit Inhalationsallergenen 2014 [15] 1.3 Zeile 155 Änderungsvorschlag:	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		Ergänzung des vierten Spiegelstrichs: - das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen, einschl. einer möglichen Ernährungsumstellung insb. bei nachgewiesener Anaphylaxie oder Allergie als Ursache des Asthmas.	
11.5	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) und Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), 14.04.2023	1.4.2. Ärztliche Kontrolluntersuchungen, siebten Spiegelstrich Zeile 212-213 Stellungnahme mit Begründung: Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit auf die Risiken von notwendigen Eliminationsdiäten (insbesondere bei asthmatischen Kindern) hinweist und deren regelmäßige Re-Evaluation durch ärztliche Kontrollmaßnahmen fordert: - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12] - die AAAAI-Guideline 2021 [13] - die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie-Update 2021 [14] - die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11]	s. Auswertung zu Nr. 7.5

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>- die Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem; atopische Dermatitis] 2016 [16]</p> <p>1.4.2 Zeile 212-213 Änderungsvorschlag: Ergänzung des siebten Spiegelstrichs:</p> <p>Entscheidung über eventuell notwendige weitere diagnostische oder therapeutische 212 Maßnahmen nach Nummer 1.6.2. Eine Eliminationsdiät sollte hinsichtlich Umfang und Indikation regelmäßig reevaluiert werden,</p>	
11.6	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) und Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD),	<p>1.4.3 Selbstmanagement</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die insbesondere für Asthmatiker explizit auf das not-</p>	s. Auswertung zu Nr. 7.6

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
	14.04.2023	<p>wendige Wissen bzgl. der Krankheitsauslöser durch Nahrungsmittel hinweisen, welches in der derzeitigen Fassung nicht zum Tragen kommt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12], Pkt 4. inbs. 4.4. Diagnostische Eliminationsdiät und Provokationstestungen - die AAAAI-Guideline 2021 [13] - die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie-Update 2021 [14] - die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11] - die Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem; atopische Dermatitis] 2016 [16] - die DGAKI-Leitlinie Nahrungsmittelallergie infolge immunologischer Kreuzreaktivitäten mit Inhalationsallergenen 2014 [15] <p>1.4.3 Zeile 224-225 Änderungsvorschlag: Ergänzung des ersten Spiegelstrichs:</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>- ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser (Allergien (einschließlich Nahrungsmittel) und/oder Triggerfaktoren),</p>	
11.7	<p>Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) und Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), 14.04.2023</p>	<p>1.5.1 Nicht medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die auf die zunehmenden Risiken einer möglichen Fehlernährung durch übertriebene oder nicht mehr notwendigen Eliminationsdiäten bei Asthmatikern hinweisen und deren fachliche Betreuung durch eine ernährungstherapeutische Fachkraft fordern. (Evidenzlevel höher als der neu formulierten Punkt 1.5.3 Atemtherapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien 2021 [12] - die AAAAI-Guideline 2021 [13] - die S2k-Leitlinie zu Akuttherapie und Management der 	<p>s. Auswertung zu Nr. 7.7</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Anaphylaxie-Update 2021 [14]</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Kapitel 2.2 und 4.9 aus dem Weißbuch Allergie in Deutschland 2021/2018 [10-11] - die DGAKI-Leitlinie Nahrungsmittelallergie infolge immunologischer Kreuzreaktivitäten mit Inhalationsallergenen 2014 [15] <p>1.5.1 Zeile 244</p> <p>Änderungsvorschlag: Ergänzung neuer Spiegelstrich nach Zeile 244:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante Allergene und deren Vermeidung, - Personen mit Nahrungsmittelallergie, die langfristig eine Eliminationsdiät durchführen, sollten durch eine allergologisch fortgebildete Ernährungsfachkraft beraten werden, 	
11.8	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) und Verband	1.5.7 Somatische Komorbiditäten Stellungnahme mit Begründung:	s. Auswertung zu Nr. 7.8

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
	der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), 14.04.2023	Grundlage dieses Zusatzes ist die nicht berücksichtigte Literatur, die explizit geforderten Begleitung durch geschultes Personal: - Die IQWiG V21-05 – Leitliniensynopse Adipositas Erwachsenen – Abschlussbericht 2022 [3] - die S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen 2018 [4] - die Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ [5] 1.5.7 Zeile 331-332 Änderungsvorschlag: Ergänzung 1.5.7 Adipositas: Daher sollte bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten eine Gewichtsreduktion im Rahmen einer Ernährungstherapie angestrebt werden.	
11.9	Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) und Verband der Diätassistenten -	Literaturverzeichnis Zu zitierende Literatur (nur Guidelines/ Leitlinien und Positionspapier/ hohe Evidenz):	s. Auswertung zu Nr. 7.9

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
	<p>Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), 14.04.2023</p>	<p>1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation), Stand: 16.03.2023. Berlin: G-BA; 2023. 1-22.</p> <p>2. Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R), Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE), Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater - QUETHEB e.V., Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V., Verband für Ernährung und Diätetik (VFED) e.V. Anlage 5 Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung. Lesefassung nach der Änderungsvereinbarung vom 20.12.2021. Berlin/Bonn/Gerstetten- Gussenstadt/Essen/Aachen: GKV-Spitzenverband, VDOE, QUETHEB, VDD, VFED; 2021. 1-16. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmit_tel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20220421_Lesefassung_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf (abgerufen am: 11.04.2023).</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene. Abschlussbericht. Auftrag: V21-05. Version: 1.0. Stand: 18.08.2022. IQWiG-Berichte – Nr. 1408. Köln: IQWiG; 2022. 1-382. https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf (abgerufen am: 14.04.2023).</p> <p>4. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren e. V. (DGE-BV), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM), et al. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. Version 2.3; AWMF-Register Nr. 088-001. DGAV CAADIP; 2018. p. 1-151. https://register.awmf.org/assets/guidelines/088-001l_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf (abgerufen am: 12.03.2023).</p> <p>5. Hauner H, Moss A, Berg A, Bischoff SC, Colombo-Benkmann M, Ellrott T, et al. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas der DAG, DDG, DGE und DGEM. Version 2.0 (April 2014); AWMF-Register Nr.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>050/001. Adipositas 2014; 8(4): 179-221. https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-001l_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 12.03.2023).</p> <p>6. Agusti A, Celli BR, Criner GJ, Halpin D, Anzueto A, Barnes P, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Arch Bronconeumol 2023; 59(4): 232-48. DOI: 10.1016/j.arbres.2023.02.009.</p> <p>7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2023 Report. https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/ (abgerufen am: 12.04.2023).</p> <p>8. Stuck BA, Beule A, Jobst D, Klimek K, Laudien M, Popert U, et al. S2k-Leitlinie Rhinosinusitis - Langfassung. AWMF-Register-Nr. 017/049 und 053-012. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Hals- Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); 2017. p. 1-95. https://register.awmf.org/assets/guidelines/017-049_und_053-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>012l_S2k_Rhinosinusitis_2022-12-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 13.04.2023).</p> <p>9. Klimek L, Bachert C, Pfaar O, Becker S, Bieber T, Brehler R, Buhl R, Casper I, Chaker A, Czech W, Fischer J, Fuchs T, Gerstlauer M, Hörmann K, Jakob T, Jung K, Kopp MV, Mahler V, Merk H, Mülleneisen N, Nemat K, Rabe U, Ring J, Saloga J, Schlenter W, Schmidt-Weber C, Seyfarth H, Sperl A, Spindler T, Staubach P, Strieth S, Treudler R, Vogelberg C, Wallrafen A, Wehrmann W, Wrede H, Zuberbier T, Bedbrook A, Canonica GW, Cardona V, Casale TB, Czarlewski W, Fokkens WJ, Hamelmann E, Hellings PW, Jutel M, Larenas-Linnemann D, Mullol J, Papadopoulos NG, Toppila-Salmi S, Werfel T, Bousquet J. ARIA guideline 2019: treatment of allergic rhinitis in the German health system. Allergo J Int 2019; 28: 255-76. DOI: 10.1007/s40629-019-00110-9. https://www.wehrmann-derma.de/uploads/n2LnZiz/ARIA-Leitlinie2019BehandlungderAllergischenRhinitis.pdf (abgerufen am: 13.04.2023).</p> <p>10. Klein-Tebbe J, Brans R, Jappe U. Weisheiten aus dem Weißbuch – Kapitel 2.2. Allergene – Auslöser der verschiedenen Allergievarianten. Aktualisierte Übernahme aus „Klimek L, Vogelberg C, Werfel T (Hrsg.). Weißbuch Allergie in Deutschland; 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Springer Medizin Verlag; 2018: Kapitel 2.2,</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>S. 73–97. Allergo J 2022; 31(2): 16-9, 20-31. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15007-022-4980-4.pdf (abgerufen am 13.04.2023). <i>[Artikel wurde eingereicht.]</i></p> <p>11. Reese I, Dölle-Bierke S, Kugler C, Schäfer C, Schnadt S, Ziegert M. Weisheiten aus dem Weißbuch – Kapitel 4.9. Ernährungstherapie bei Nahrungsmittelallergien. Übernahme aus „Klimek L, Vogelberg C, Werfel T (Hrsg.). Weißbuch Allergie in Deutschland; 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Springer Medizin Verlag; 2018: Kapitel 4.9, S. 296-304. Allergo J 2022;31(7):14-20. <i>[Artikel wurde eingereicht.]</i></p> <p>12. Worm M, Reese I, Ballmer-Weber B, Beyer K, Bischoff SC, Bohle B, et al. Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien. S2k-Leitlinie der DGAKI. Allergologie 2021; 44(7): 488-541. DOI: 10.5414/ALX02257. AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061-031. https://dgaki.de/wp-content/uploads/2021/07/al2021_07_Themenheft.pdf (abgerufen am: 12.03.2023).</p> <p>13. Fleischer DM, Chan ES, Venter C, Spergel JM, Abrams EM, Stukus D, et al. A Consensus Approach to the Primary Prevention of Food Allergy Through Nutrition: Guidance from the American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology; American College of Allergy, Asthma, and Immunology; and the</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Canadian Society for Allergy and Clinical Immunology. J Allergy Clin Immunol Pract 2021; 9(1): 22-43 e4. DOI: 10.1016/j.jaip.2020.11.002. https://www.aaaai.org/Aaaai/media/Media-Library-PDFs/Allergist%20Resources/Statements%20and%20Practice%20Parameters/A-Consensus-Approach-to-the-Primary-Prevention-of-Food-Allergy-Through-Nutrition-Jan-21-(1).pdf (abgerufen am 13.04.2023).</p> <p>14. Ring J, Beyer K, Biedermann T, Bircher A, Fischer M, Fuchs T, Heller A, Hoffmann F, Hutegger I, Jakob T, Klimek L, Kopp MV, Kugler C, Lange L, Pfaar O, Rietschel E, Rueff F, Schnadt S, Sifert R, Stöcker B, Treudler R, Vogelberg C, Werfel T, Worm M, Sitter H, Brockow K. Guideline (S2k) on acute therapy and management of anaphylaxis: 2021 update. S2k-Guideline of the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), the Medical Association of German Allergologists (AeDA), the Society of Pediatric Allergy and Environmental Medicine (GPA), the German Academy of Allergology and Environmental Medicine (DAAU), the German Professional Association of Pediatricians (BVKJ), the Society for Neonatology and Paediatric Intensive Care (GNPI), the German Society of Dermatology (DDG), the Austrian Society for Allergology and Immunology (ÖGAI), the Swiss Society for Allergy and Immunology</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>(SGAI), the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI), the German Society of Pharmacology (DGP), the German Respiratory Society (DGP), the patient organization German Allergy and Asthma Association (DAAB), the German Working Group of Anaphylaxis Training and Education (AGATE). Allergo J Int 2021; 30: 1-25. DOI: 10.1007/s40629-020-00158-y. AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061-025. https://register.awmf.org/assets/guidelines/061-025I_S2k_Akuttherapie-Management-Anaphylaxie_2021-10.pdf (abgerufen am 13.04.2023).</p> <p>15. Worm M, Jappe U, Kleine-Tebbe J, Schäfer C, Reese I, Saloga J, Treudler R, Zuberbier T, Wassmann A, Fuchs T, Dölle S, Raithel M, Ballmer-Weber B, Niggemann B, Werfel T. Food allergies resulting from immunological cross-reactivity with inhalant allergens. Allergo J Int 2014; 23: 1–16. DOI 10.1007/s40629-014-0004-6. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI), der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), des Ärzteverbands Deutscher Allergologen (AeDA) und der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA). AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061/019. https://dgaki.de/wp-content/uploads/2010/05/Leitlinie_Kreuzreaktionen_MWorm_DGAKI-2-2014.pdf (abgerufen am 13.04.2023).</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>16. Werfel T, Aberer W, Ahrens F, Augustin M, Biedermann T, Diepgen T, et al. Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem; atopische Dermatitis]. Journal of the German Society of Dermatology 2016;14(1):e1-e75. DOI: 10.1111/ddg.12884. AWMF-Registernummer: 013-027. (https://www.dgaki.de/wp-content/uploads/2010/05/WerfelT_2kLL_Neurodermitis-JDDG2016-.pdf (abgerufen am 13.04.2023)).</p> <p>17. Werfel T, Heratizadeh A, Aberer W, Ahrens F, Augustin M, Biedermann T, et al. S2k-Leitlinie Neurodermitis (atopisches Ekzem, atopische Dermatitis) – Kurzversion. Allergo J 2016;25(3):36-49. DOI: 10.1007/s15007-016-1060-7. AWMF-Registernummer: 013-027. https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-027k_S2k_Neurodermitis_2020-06-abgelaufen.pdf (abgerufen am 13.04.2023)).</p>	
12	Deutsche Rentenversicherung Bund, 14.04.2023		
12.1	Deutsche Rentenversicherung Bund, 14.04.2023	1.5.5 Stellungnahme mit Begründung:	Der Beschlussentwurf wurde in Nummer 1.5.5 mit Hervorhebung der Kinder- und Jugendlichen angepasst. Die weiteren vorgeschlagenen Ergänzungen überschreiten den

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Zur weiteren Spezifizierung der Therapieoption pulmologische Rehabilitation.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die ambulante, ganztägig-ambulante oder stationäre Rehabilitation ist eine komplexe, multidisziplinäre sowie multimodale Maßnahme, bei der Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale darin unterstützt werden, ihre individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen oder aufrechtzuerhalten, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder zu vermindern oder die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, um somit ihre selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation verfolgt das Ziel, die durch ein Asthma bronchiale resultierenden Funktionsstörungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe oder Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden, zu vermindern oder ihnen entgegenzuwirken.</p> <p>Die pulmologische Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung</p>	<p>vom G-BA intendierten Detaillierungsgrad für diesen Bereich im Rahmen des Richtlinien textes.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>von Patientinnen und Patienten, auch des Kindes- und Jugendalters, mit Asthma bronchiale sein.</p> <p>Die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation ist gemäß Nummer 1.6.4 individuell und frühzeitig zu beurteilen.</p>	
12.2	Deutsche Rentenversicherung Bund, 14.04.2023	<p>1.6.4 Stellungnahme mit Begründung: Zur weiteren Spezifizierung zur Veranlassung einer medizinischen Rehabilitation. Änderungsvorschlag: Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen. Dabei sind die Funktions- und Teilhabestörungen, die aus der Schwere des Asthma bronchiale selbst, aus den Begleit- und Folgeerkrankungen sowie den psychosozialen Belastungen resultieren, zu berücksichtigen. Bei Kindern und Jugendlichen ist die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfes zur Vermeidung oder Reduktion von Funktions- und Teilhabestörungen für die bestmögliche</p>	<p>Der Beschlussentwurf wurde in Nummer 1.5.5 mit Hervorhebung der Kinder- und Jugendlichen und in Nummer 1.6.4 mit Aufnahme einer Empfehlung auf Grundlage der NVL anpasst (s. Auswertung zu Nr. 5.8 und zu Nr. 12.1). Die weiteren vorgeschlagenen Ergänzungen überschreiten den vom G-BA intendierten Detailierungsgrad für diesen Bereich im Rahmen des Richtlinien textes.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 12. Juli 2023)
		<p>Unterstützung der psycho-physischen Entwicklung und Sicherung der Teilhabe essenziell.</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Kinder- und Jugendärzte finden in diesem Kapitel keine Berücksichtigung. Sie übernehmen die Koordination und Betreuung von Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Jugendlichen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>In Zeile 633 hinter Hausarzt:</p> <p>bzw. die Kinder- und Jugendärztin oder dem Kinder- und Jugendarzt</p> <p>und in Zeile 675 hinter Hausarzt:</p> <p>bzw. die Kinder- und Jugendärztin oder dem Kinder- und Jugendarzt</p>	

II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden nicht fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	20. April 2023	Stellungnahme

Zusammenfassung der nicht fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Arbeitsgruppe hat die nicht fristgerecht eingegangene Stellungnahme in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 20. Juni 2023 zur Kenntnis genommen. Eine Auswertung nach Fristablauf erfolgt grundsätzlich nicht. Die stellungnehmende Organisation wurde auf diese Rechtsfolge im Anschreiben vom 17. März 2023 hingewiesen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Anmerkungen (Stand: 12. Juli 2023)
1.	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)/ Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), 20. April 2023		
1.1	DKPM/DGPM, 20. April 2023	Allgemeine Anmerkungen Die Pathogenese des Asthma ist multifaktoriell und pathophysiologische Prozesse sind heterogen. Inadäquate Behandlung erhöht das Risiko von Exazerbationen, die Symptomver-	Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

		<p>schlimmerungen über die übliche Variabilität hinaus darstellen und eine Therapieanpassung über mehrere Tage hinweg erfordern.</p> <p>Zu weiteren endogenen Risikofaktoren, die zunehmend besser belegt sind, gehören Adipositas und psychosoziale Faktoren. Die genannten Faktoren sind über ihre mögliche ätiologische Rolle hinaus gut belegt als Auslöser von Symptomen des bestehenden Asthmas bekannt (Triggerfaktoren).</p> <p>Deshalb sind verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Auslöservermeidung (1-6) und aktive verhaltensbezogene Interventionen wie Atemtherapie (besonders bei Anzeichen von Hyperventilation) (7) sinnvoll und indiziert. Dies sollte in der Richtlinie ergänzt werden.</p>	
<p>1.2</p>	<p>DKPM/DGPM, 20. April 2023</p>	<p>Ab Zeile 52, Anhang 3, Servicedokument, Abschnitt 1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung, Ergänzung empfohlen in Zeile 61</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Nicht-allergene Asthma-Auslöser, darunter Infektionen, körperliche Bewegung und psychologische Faktoren präzisieren eine niedrigere Lebensqualität (1-3). Psychologische Faktoren präzisieren eine geringere selbstberichtete Kontrolle von Asthmaanfällen (4). Psychologische Trigger waren mit einer höheren Rate von Exazerbationen und Notfallbehandlungen</p>	<p>Der Änderungsvorschlag lässt sich nicht den vom IQWiG bewerteten Leitlinien entnehmen. Der G-BA bewertet nach Abwägung diese Leitlinien als maßgeblich.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

		<p>assoziiert (ORs = 1.96–2.04), und zwar in einem höheren Ausmaß als andere Auslösefaktoren und affektive Erkrankungen (5). Deshalb sollten psychologische Stressfaktoren in Zeile 61 – „Tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten“ explizit zusätzlich erwähnt werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zeile 61 „Tätigkeits- sowie umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten, [ERGÄNZEN:] “psychologischer Stress“</p>	
<p>1.3</p>	<p>DKPM/DGPM, 20. April 2023</p>	<p>Ab Zeile 145, Anhang 3, Servicedokument, Abschnitt 1.3 Therapieziele, Ergänzung empfohlen in Zeile 163 - das Erlernen von Selbstmanagement-maßnahmen</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wichtig ist, dass verhaltenstherapeutische Interventionen nicht nur in der Angst- und Depressionsbehandlung (Angst und Depression sind als komorbide Faktoren bei Asthma relevant) indiziert sind. Verhaltenstherapeutische Interventionen spielen im nicht-medikamentösen Asthma-Management eine wichtige Rolle, besonders in Schulungs- und Selbstmanagementtrainings, in die Elemente wie spezifisches Atemtraining, Trigger-Awareness Training etc eingebaut werden sollten (6,7).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>	<p>Die hier vorgeschlagenen Änderungsvorschläge sind bereits unter 1.4.3 Selbstmanagement sowie 1.5.2. Schulungsprogramm inhaltlich verortet.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

		Zeile 163 – „das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen, [ERGÄNZEN] „die die Erkennung und Vermeidung von individuellen Auslösefaktoren beinhalten sollten“.	
1.4	DKPM/DGPM, 20. April 2023	<p>Ab Zeile 234, Abschnitt 1.4.3 Selbstmanagement, Ergänzung empfohlen in Zeile 244</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Ritz et al (Chest 2014) zeigen, dass ein Atemtraining zur Senkung der Atemfrequenz und/oder Anhebung des pCO₂-Wertes sowohl die Anfalls-Kontrolle wie auch Lungenfunktionsparameter und die Lebensqualität im 6-Monats-Verlauf verbessern kann (7). Deshalb sollten Instruktionen zu Atemtechniken in das Selbstmanagement aufgenommen werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Zeile 244:</p> <p>„eine korrekte Inhalationstechnik.“ [ERGÄNZEN]</p> <p>„sowie ein spezifisches Atemtraining zur Senkung der Atemfrequenz und Anhebung des pCO₂-Wertes“</p>	Die hier vorgeschlagenen Änderungsvorschläge sind bereits unter 1.4.3 Selbstmanagement sowie 1.5.2. Schulungsprogramm inhaltlich verortet.
1.5	DKPM/DGPM, 20. April 2023	<p>Literaturverzeichnis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ritz T, Steptoe A, Bobb C, Harris AHS, Edwards M. The asthma trigger inventory: validation of a questionnaire for perceived triggers of asthma. Psychosom 	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

		<p>Med 2006;68:956–965.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ritz T, Kullowatz A, Kannies F, Dahme B, Magnussen H. Perceived triggers of asthma: evaluation of a German version of the Asthma Trigger Inventory. <i>Respir Med</i> 2008;102:390–398. 3. Wood BL, Cheah PA, Lim J, Ritz T, Miller BD, Stern T, Ballow M. Reliability and validity of the Asthma Trigger Inventory applied to a pediatric population. <i>J Pediatr Psychol</i> 2007;32:552–560. 4. Ritz T, Bobb C, Griffiths C. Predicting asthma control: the role of psychological triggers. <i>Allergy Asthma Proc</i> 2014;35:390–397. 5. Ritz T, Wittchen HU, Klotsche J, Mühlig S, Riedel O, for the sap-NEEDs study group. Asthma Trigger Reports Are Associated with Low Quality of Life, Exacerbations, and Emergency Treatments. <i>Ann Am Thorac Soc</i> Vol 2016;13(2):204–211. 6. Janssens T, Ritz T. Perceived triggers of asthma: key to symptom perception and management. <i>Clin Exp Allergy</i> 2013;43:1000–1008. 7. Ritz T, Rosenfield D, Steele AM, Millard MW, Meuret AE. Controlling Asthma by Training of Capnometry Assisted Hypoventilation (CATCH) vs Slow Breathing A Randomized Controlled Trial. <i>CHEST</i> 2014; 	
--	--	---	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

		146(5):1237 – 1247.	
--	--	---------------------	--

III. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 17. März 2023 eingeladen bzw. im Unterausschuss DMP angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	28. April 2023	ja
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM)	20. April 2023	ja
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.	21. April 2023	ja
Deutsche Rentenversicherung Bund	25. April 2023	ja
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	24. April 2023	ja

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundesverband für Ergotherapeut*innen in Deutschland (BED e.V.)	nein	ja
Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI)	nein	nein
Bundesamt für Soziale Sicherung	nein	nein
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V.	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.	nein	nein

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 10. Mai 2023 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 10. Mai 2023)
1.	Spitzenverband der Heilmittelverbände	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren As-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 10. Mai 2023)
	e.V. (SHV)		pekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
3.	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Deutsche Rentenversicherung Bund	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM),	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 10. Mai 2023)
	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)		
6.	Bundesverband für Ergotherapeut*innen in Deutschland (BED e.V.)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



Wortprotokoll

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen- Richtlinie: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation

Vom 10. Mai 2023

Vorsitzende:	Frau Maag
Beginn:	13:00 Uhr
Ende:	13:23 Uhr
Ort:	Gemeinsamer Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin (Hybridsitzung)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Anhörung

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV):
Herr ...

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM):
Frau Prof. Dr. ...

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP):
Herr Prof. Dr. ...
Frau Dr. ...

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund):
Frau Dr. ...

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V.,
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DGPM, DKPM):
Frau Dr. ...

Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED):
Frau ...

Beginn der Anhörung: 13:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind der mündlichen Anhörung beigetreten.)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich darf die Sachverständigen zur Anhörung zum Thema Asthma ganz herzlich begrüßen. Wir haben heute die mündliche Anhörung. Ihre schriftlichen Stellungnahmen sind uns ja bereits zugegangen. Die wurden natürlich auch schon in der entsprechenden Arbeitsgruppe thematisiert. Meine Damen und Herren, das heißt, Sie können davon ausgehen, dass Ihre schriftlichen Stellungnahmen jetzt bereits gelesen und intensiv beraten wurden.

Die mündliche Anhörung soll heute dazu dienen, neue Gesichtspunkte, die Sie womöglich noch nicht in Ihrer schriftlichen Stellungnahme verarbeitet haben, noch einmal aufzuzeigen, gegebenenfalls etwas zu ergänzen. Wir haben womöglich Fragen an Sie, die Sie beantworten könnten.

Wenn Sie sich zu Wort melden, haben Sie drei Minuten Zeit. Das wissen die meisten, die hier schon zu Anhörungen waren. Meine herzliche Bitte ist, sich an diese drei Minuten zu halten.

Insgesamt haben sechs Institutionen von ihrem Recht zur mündlichen Stellungnahme Gebrauch gemacht. Ich werde Sie jetzt in der Reihenfolge des Eingangs Ihrer Rückmeldungen aufrufen. Es beginnt der Spitzenverband der Heilmittelverbände, Herr ... (SHV).

Damit Sie es für unsere Stenographin leichter machen, nennen Sie bitte immer zu Beginn Ihren Namen und den Verband oder die Einrichtung, die Sie vertreten. – Nach der Vorrede, sind Sie, Herr (SHV), dran.

Herr ... (SHV): Einen schönen guten Tag. – Wir haben eine Stellungnahme abgegeben, wo es doch mehr darum ging, noch einmal einen Abgleich zur Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma herzustellen, weil uns einfach ein paar Punkte aufgefallen waren, die sich hier auch als Übertrag ins DMP gut eignen würden. Darauf sind wir eingegangen. Im Detail wurde es ja gelesen, von daher hätte ich hier erst einmal keine Ergänzungen dazu.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr ... (SHV). – Gibt es Fragen? Der GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Sie schlagen in Ihrer Stellungnahme vor, einen Hinweis auf die Existenz von Lungensportgruppen in das DMP Asthma aufzunehmen. Könnten Sie hierzu bitte noch einmal ausführen, warum Sie den Hinweis für wichtig halten und wie versorgungsrelevant denn die Lungensportgruppen für Menschen mit Asthma aus Ihrer Sicht sind? – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr ... (SHV).

Herr ... (SHV): Aus unserer Sicht ist es natürlich unerlässlich, dass die Patienten auch in Lungensportgruppen reinkommen, da das einfach in dem jetzigen Entwurf nicht so klar aufgefasst war. Es ist für uns auch ganz normal, dass dies aufgenommen werden sollte, um da die Versorgung gewährleisten zu können und die Patienten auch mit den Lungensportgruppen versorgen zu können.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen an Herrn ... (SHV)? Das sehe ich nicht. Vielen Dank Herr ... (SHV), dass Sie uns zur Verfügung gestanden haben. Bleiben Sie gerne für den Verlauf der Anhörung bei uns. – Entschuldigung, die Patientenvertretung hat sich noch gemeldet.

PatV: Ab welcher Stufe sollte denn die Indikation für den Lungensport gestellt werden?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr ... (SHV).

Herr ... (SHV): Das ist natürlich eine Sache, die normalerweise der Arzt entscheidet und nicht in physiotherapeutischer Hand liegt. Deshalb kann ich darauf jetzt gerade nicht so genau eingehen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Jetzt gibt es keine weiteren Fragen aus dem Raum, auch nicht von außerhalb. – Herzlichen Dank, Herr ... (SHV).

Als Nächstes kommt die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin dran, vertreten durch Frau Professor – Sie haben das Wort.

Frau Prof. Dr. ... (DEGAM): Uns ist noch einmal wichtig, darauf hinzuweisen, dass wir differenzieren müssen. Zum einen erfolgt beim belastungsinduzierten Asthma der Einsatz der Reliever geplant. Das ist nicht gleichzusetzen mit einem unkontrollierten Asthma. Das ist noch einmal wichtig, dass das auch im DMP entsprechend auftaucht.

Auf der anderen Seite gibt es ja für die Kombination von Formoterol mit Glukokortikoid-Spray inzwischen eine sehr gute Evidenz, dass das von Vorteil ist. In der Praxis ist es tatsächlich so, dass es einige Leute gibt, wo wir sehr froh sind, dass wir das also auch nur für die bedarfsweise Anwendung einsetzen können. Denn so manche von diesen Patienten vergessen schlichtweg ihren Controller. Damit kann man sie dann letztlich bei der Stange halten. Deshalb ist es wichtig, dass auch dieser Aspekt im Rahmen des DMP dann möglich ist. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Frau Professor ... (DEGAM). Es gibt Fragen von der KBV. – Bitte.

KBV: Frau ... (DEGAM), ich habe noch einmal eine Nachfrage zu dem ersten Punkt, den Sie eben genannt haben. Denn Sie haben in Ihrer Stellungnahme auch geschrieben, dass Sie es für sinnvoll halten, die prophylaktische Anwendung von Bedarfsmedikation bei Fällen von belastungsinduziertem Asthma für die Einstufung der Asthmakontrolle herauszunehmen. Sie beziehen sich da explizit auf die Kinder. Nun steht aber in der NVL Asthma:

Bei Kindern und Jugendlichen wird jegliches Vorhandensein von Symptomen tagsüber bzw. jeglicher Einsatz einer Bedarfsmedikation in einer beliebigen Woche von der Leitliniengruppe der NVL Asthma bereits als Hinweis für eine Verminderung der Symptomkontrolle angesehen.

Heißt das, dass Ihre Aussage eben nur für Erwachsene zutrifft oder sehen Sie das auch bei den Kindern? – Danke.

Frau Prof. Dr. ... (DEGAM): Das sehen wir durchaus auch bei den Kindern. Denn, wie gesagt, das ist eine geplante Anwendung. Das ist nicht gleichzusetzen mit dem Ungeplanten, was wir im Rahmen einer Exazerbation sonst haben. An einer späteren Stelle in dem DMP, in dem Kapitel zum belastungsinduzierten Asthma, finden sich dazu auch letztlich Hinweise. Dort steht dann auch die Relativierung. Von daher sollte das dann doch letztlich klar sein.

Vielleicht noch einmal zu der Frage von vorhin, die eigentlich an Herrn ... (SHV) ging: Aus hausärztlicher Sicht schauen wir natürlich bei Verordnungen von Lungensportgruppen auch auf Komorbiditäten. Also das hängt nicht alleine von dem Stadium der Asthmaerkrankung ab, sondern eben auch sehr stark von den Komorbiditäten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke auch noch einmal für den Hinweis, Frau ... (DEGAM). Gibt es weitere Fragen? – Patientenvertretung, bitte.

PatV: Ich habe es nicht ganz verstanden: Sind Sie, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, für die prophylaktische Gabe vor Belastungen, die im Sport in der Schule auftreten, damit sie daran teilnehmen können? Oder möchten Sie dies nicht?

Frau Prof. Dr. ... (DEGAM): Nein. Genau das. Das muss letztlich auch in dem DMP abgedeckt sein, dass das eben dann nicht als unkontrolliert gilt. Sondern, dass diese Kinder tatsächlich das vor dem Sportunterricht einsetzen können, um dann völlig normal am Sportunterricht teilnehmen zu können. Das ist ganz, ganz wichtig.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Ich sehe keine weiteren Fragen. Dann danke ich Ihnen sehr herzlich, Frau Professor ... (DEGAM).

Wir geben weiter an die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, an Herrn Professor

Herr Prof. Dr. ... (DGP): Frau Privatdozentin ... (DGP) ist auch hier dabei. – Wir haben uns jetzt gerade beide abgesprochen, dass ich jetzt erst einmal starten würde und zusammenfassen würde, was die DGP hier an Kritikpunkten hat.

Aus meiner Sicht, aus unserer Sicht, aus Sicht der DGP muss dringend eine doch umfangreiche Überarbeitung des DMP stattfinden. Wir haben mehrere Punkte, die dringend überarbeitet werden müssen.

Erstens fehlt im DMP komplett der Einsatz von Biomarkern. Biomarker sind heutzutage essenziell in der Diagnostik von Asthma. Das ist nicht nur in der neuen fachärztlichen Leitlinie für Asthma hinterlegt, die ja dieses Jahr herausgekommen ist, sondern auch in den internationalen Leitlinien klar so festgelegt, dass die Biomarker, insbesondere die Bluteosinophilen und auch das FeNO, ins DMP hinein müssen.

Zweiter Punkt ist die Unterscheidung von Asthma und COPD: Die Tabellen, die sozusagen das DMP anbietet, sind überarbeitungsbedürftig. Sie sind nicht mehr auf dem aktuellen Stand. Gerade die Abgrenzung zwischen Asthma und COPD, weil es ja auch ein DMP COPD gibt, ist entscheidend. Deshalb muss die Tabelle überarbeitet werden. Es kann beispielsweise die Tabelle aus der neuen fachärztlichen Leitlinie übernommen werden.

Drittens Biologika: Wir haben sechs verschiedene Biologika, die für schweres Asthma zugelassen sind. Die werden im DMP nicht mal erwähnt, obwohl sie zentrales Element zur Behandlung von schwerem Asthma sind. Das heißt, die Biologika müssen ins DMP hinein. Sie müssen als Therapie ankreuzbar sein.

Viertens die inhalative Therapie: Es gibt eine klare Äußerung der NVL, aber auch der fachärztlichen Leitlinie, also auch der internationalen Leitlinie, dass ICS und LABA immer als Fixkombination gegeben werden müssen. Das muss in der DMP auch hinterlegt werden, dass die Fixkombination gefordert wird. Es kann natürlich Ausnahmen geben. Aber die Fixkombinationen der ICS-LABA-Therapie sollte auch hier gefordert werden, wenn man den Anspruch hat, dass das DMP die Versorgung der Patienten in Deutschland verbessern soll.

Nächster Punkt: ICS/FABA wurde gerade schon von den allgemeinärztlichen Kollegen angesprochen. Die reine Bedarfstherapie mit ICS/FABA muss hinterlegt werden.

Nächster Punkt: Das Online-Formular muss dringend überarbeitet werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr ... (DGP), Entschuldigung, dass ich unterbreche. Sie denken daran, dass für beide Stellungnahmen insgesamt drei Minuten vorgesehen waren. Sie sind jetzt schon am Ende Ihrer drei Minuten. Die wichtigsten Punkte nur!

Herr Prof. Dr. ... (DGP): Ich habe noch zwei Zusatzkommentare, die kann ich aber nachher auch abgeben, wenn Sie wollen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Es gibt kein Nachher! Wir brauchen jetzt, das, was Sie ergänzen wollen, was nicht in Ihrer Stellungnahme steht.

Herr Prof. Dr. ... (DGP): Gut. Zwei kurze Ergänzungen: Es gibt beim DMP immer nur eine Initialschulung. Es müssen auch Nachschulungen erlaubt sein und gewünscht sein, insbesondere zu den Inhalationstechniken.

Zweitens: Wenn ein Patient ein schweres Asthma hat, dann muss vermerkt werden, dass der Patient zum Pneumologen geschickt werden muss, überwiesen werden muss. Das ist bisher nicht notwendig; man kann im hausärztlichen Bereich bleiben. Aus unserer Sicht muss, wenn der Patient ein schweres Asthma hat, ein Vermerk rein, dass der Patient auch von einem Facharzt gesehen werden muss. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Gibt es jetzt Fragen an die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie? – GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Mehrere von Ihnen als Stellungnehmende haben sich ja dafür ausgesprochen, einen Hinweis auf die sogenannten Phänotypen oder auch Asthmaformen aufzunehmen. In der Nationalen VersorgungsLeitlinie wird allerdings vorrangig zwischen allergischem und nicht-allergischem Asthma unterschieden. Können Sie bitte noch einmal erläutern, welche Asthmaformen darüber hinaus aus Ihrer Sicht therapierelevant sind und deshalb im DMP erwähnt werden sollten? Es wäre schön, wenn Sie herbei auch noch einmal darauf eingehen können, inwieweit denn gesicherte Erkenntnisse zu den Asthmaformen vorliegen. Gern können auch weitere Stellungnehmende die Frage noch einmal aufgreifen. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke. – Herr ... (DGP).

Herr Prof. Dr. ... (DGP): Kann ich dazu antworten?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Bitte, ja.

Herr Prof. Dr. ... (DGP): Der Punkt ist, dass wir natürlich zwischen allergischem und nicht-allergischem Asthma unterscheiden. Das ist weiterhin der Fall. Aber: Wir haben natürlich mehrere weitere Aspekte, die nicht mehr in dieses einfache Schwarz-Weiß-Schema allergisches, nicht-allergisches Asthma zu drücken sind.

Es gibt weitere klinische wichtige Zusatzinformationen wie beispielsweise: Ist das Asthma in der Kindheit entstanden, oder ist es im Erwachsenenalter entstanden? Sind die Biomarker FeNO und Eosinophile sehr hoch oder sind sie niedrig? Das heißt, neben den Einteilungen in allergisch und nicht-allergisch haben wir zusätzlich noch weitere Informationen, die für die Behandlung des Patienten wichtig sind. Das heißt, es geht um verschiedene Marker, die auf Phänotypen hinweisen. Und wir haben auch natürlich bestimmte Schattierungen, die sozusagen zu beachten sind. Deshalb hilft einem das reine Schwarz-Weiß in allergisch und nicht-allergisch nicht für den klinischen Alltag weiter. Das ist ein wichtiger Informationspunkt, aber nicht alles. Wir sagen: Wir brauchen für den Patienten mehr Informationen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Gibt es weitere Fragen? – Die KBV, bitte.

KBV: Herr ... (DGP), ich habe eine kurze Frage zu Ihrem Streichungsvorschlag. Ich würde dazu gerne einmal kurz einführen. Und zwar haben wir unter 1.6.1 „Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt“ geschrieben:

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

Entsprechend haben wir natürlich für die Hausärzte auch übergeordnete generische Kapitel. Eines davon ist 1.5.8 „Besondere Maßnahmen bei Multimedikation“. Sie haben jetzt angeregt folgenden Satz zu streichen:

Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der glomerulären Filtrationsrate auf Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (eGFR) überwacht werden.

Können Sie noch einmal kurz ausführen, warum Sie jetzt der Meinung sind, dass Patienten über 65 Jahren mit Asthma hier anders behandelt werden sollten als Patienten ohne Asthma? – Danke.

Herr Prof. Dr. ... (DGP): Ja. – Für die Asthmatherapie, und zwar egal welche, ist die Nierenfunktion völlig egal. Sie spielt keinerlei Rolle. Es spielt auch übrigens der Blutdruck, der abgefragt wird, keine Rolle. Deshalb sind wir der Meinung, dass Dinge, die nicht notwendig sind – wie Nierenfunktion und Blutdruck –, gestrichen werden können. Stattdessen sollen Dinge, die essenziell sind – wie Biomarker – rein. Wir wollen einfach Unnötiges streichen und Zentrales reinnehmen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Ich sehe jetzt keine weiteren Fragen. Doch, von der Patientenvertretung.

PatV: Herr ... (DGP), ist es nicht von Relevanz, dass ein Patient, der langfristig gegen Asthma behandelt wird, oftmals auch einen Hochdruck entwickelt? Kann man das einfach außer Acht lassen?

Herr Prof. Dr. ... (DGP): Nein. Das Problem ist, dass natürlich die Komorbidität des Hypertonus interessant ist. Aber sie hat keine therapeutische Konsequenz. Das heißt: Wenn ich weiß, er hat einen Bluthochdruck, ist das natürlich für mich interessant. Genauso wie es auch interessant ist, dass er beispielsweise ein Diabetes hat. Es hat aber für mich keine therapeutische Implikation. Deshalb sind wir der Meinung, dass Dinge, die für die Therapie keine Implikation haben, nicht zwingend erfasst werden müssen. Sie können gerne erfasst werden. Aber wir haben ja gesagt: Andere Dinge, die entscheidend sind, werden gar nicht erfasst. Stattdessen werden Dinge erfasst, die interessant sind, aber für die Therapie keine Konsequenz haben. Deshalb sehen wir das in einem Gesamtkontext. Man kann gerne zusätzliche Sachen erfassen, aber bitte nicht auf Kosten dessen, dass essenzielle Dinge, die wichtig sind, nicht erfasst werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Jetzt sehe ich keine weiteren Fragen mehr. Doch! Die Patientenvertretung, bitte.

PatV: Habe ich es überlesen, dass es bei der Diagnostik keine körperliche Untersuchung gibt? Oder ist das nicht essenziell?

Herr Prof. Dr. ... (DGP): Die körperliche Untersuchung ist essenziell. Wir würden sie auch nicht streichen wollen. Sondern sie gehört natürlich dazu. Die körperliche Untersuchung ist zentraler Bestandteil der Diagnostik.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: So, jetzt sehe ich allerdings wirklich keine weiteren Fragen mehr. – Dann danke ich Ihnen, dass Sie bei uns waren.

Es kommt als Nächstes die Rentenversicherung, vertreten durch Frau Dr. ..., zu Wort.

Frau Dr. ... (DRV Bund): Genau, das ist korrekt. – Vonseiten der Rentenversicherung gibt es keine neuen Gesichtspunkte, die ich hier bei der Anhörung einbringen möchte. Wenn Sie Fragen zu meiner Stellungnahme haben, können Sie mich natürlich gerne befragen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Dr. ... (DRV Bund). – Gibt es Fragen? Das ist nicht der Fall. Dann danke ich Ihnen, dass Sie bei uns sind.

Es folgt Frau Dr. ... vom Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin und von der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie. – Frau Dr. ... (DGPM, DKPM), bitte.

Frau Dr. ... (DGPM, DKPM): Vielen Dank, dass ich angehört werden darf. – Meine Stellungnahme liegt Ihnen vor. Ich bin sowohl für die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin als auch für das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin stellvertretend hier.

Ich habe drei kleine Änderungsvorschläge gemacht, die für uns aber doch sehr relevant wären. In denen geht es darum, neben den tätigkeits- und umgebungsbezogenen Auslösern, den psychologischen Stress in den Auslösefaktoren zu nennen.

Außerdem sollten die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen unter Einschluss von Selbstmanagementmaßnahmen, die die Erkennung und Vermeidung von individuellen Auslösefaktoren beinhalten, wo natürlich auch der psychische Stress von uns mit impliziert wird, noch ergänzt werden.

Und schließlich: Zu der Inhalationstechnik gibt es Studien von meinem Kollegen von der Universität Dallas in den USA, Herrn Professor Ritz, die zeigen, dass bei der korrekten Inhalationstechnik ein spezifisches Atemtraining genannt werden sollte, was nicht nur die Senkung der Atemfrequenz zum Ziel hat, sondern auch die Anhebung des pCO₂-Wertes. – Das sind meine Änderungsvorschläge. Ich stehe gerne für Fragen zur Verfügung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Frau Dr. ... (DGPM, DKPM). – Gibt es Fragen? Das ist nicht der Fall. Frau Dr. ... (DGPM, DKPM), herzlichen Dank, dass Sie bei uns sind.

Jetzt gibt es noch eine Änderung bei der Anlage 6. Es hat sich ergänzend der Bundesverband der Ergotherapeut:innen zurückgemeldet – das taucht jetzt nicht auf Ihrer Liste auf –, und zwar Frau ... (BED) von heute Morgen. – Frau ... (BED), Sie haben das Wort.

Frau ... (BED): Zu unserer Stellungnahme habe ich keine Ergänzungen. Für Fragen stehe ich Ihnen natürlich zur Verfügung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Frau ... (BED). – Gibt es Fragen? Frau ... (BED), das ist nicht der Fall.

Dann sind wir mit der Anhörung am Ende. Ich darf Ihnen allen für Ihre schriftlichen Stellungnahmen danken und dafür, dass Sie uns zur Verfügung standen. Somit ist die Anhörung jetzt beendet.

Schluss der Anhörung: 13:23 Uhr