

## Aktualisierung der DMP-Anforderungen für Patienten mit Asthma bronchiale

Das Disease-Management-Programm (DMP) für Patienten mit Asthma bronchiale wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) überarbeitet. Ergänzt oder spezifiziert wurden u. a. die Berücksichtigung von therapierelevanten Begleiterkrankungen und das Therapiemanagement bei Multimorbidität. Die Aktualisierung des DMP ist am 1. April 2018 in Kraft getreten. Innerhalb eines Jahres müssen die Verträge angepasst werden, sodass das aktualisierte DMP zum 1. April 2019 in den Praxen umgesetzt wird.

### Das ist neu

#### Teilnahmevoraussetzungen und Dauer

Am DMP können künftig auch **Kinder unter fünf Jahren** teilnehmen, sofern ihre Lebensqualität durch die Erkrankung eingeschränkt ist. Auf die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung soll hingewiesen werden. Eine mögliche Beendigung der Teilnahme ist mindestens einmal jährlich zu überprüfen.

Bei **Kindern im Alter von einem bis fünf Jahren, bei denen eine valide Lungenfunktion nicht durchführbar ist**, müssen folgende Kriterien vorliegen:

- mindestens drei asthmatypische Episoden im letzten Jahr und
- Ansprechen auf einen Therapieversuch mit Medikamenten

sowie mindestens eines der folgenden Zusatzkriterien:

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

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

#### Alternative Grenzwerte für die Einschreibung

Statt des altersunabhängigen Grenzwertes von  $FEV_1/VC \leq 70\%$  bzw.  $75\%$  können die altersabhängigen Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) eingesetzt werden:

- unterer Grenzwert (LLN: lower limit of normal): 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64-Faches der Streuung)

Bei gleichzeitig bestehender COPD hängt die Einschreibung in das jeweilige DMP von den vorherrschenden Symptomen und dem Krankheitsverlauf ab.

Umsetzung ab  
1. April 2019

Kinder ab Vollen-  
dung des ersten  
Lebensjahres  
können teil-  
nehmen

Kriterien für die  
Teilnahme von  
Kindern

Asthma bronchiale  
und COPD

### Diagnostik

#### ➔ Anamnese und Symptomatik

Die anfallsartige Atemnot wurde hinsichtlich des Zeitpunkts und der Symptome modifiziert:

- wiederholtes Auftreten in der Nacht **oder am frühen Morgen**, Brustenge oder Selbstwahrnehmung von Atemgeräuschen wie Giemen und Pfeifen.
- Komorbiditäten (chronische Rhinosinusitis, gesteigerter gastroösophagealer Reflux, Adipositas, Angstzustände, Depression)
- berufsbedingte Auslöser

#### Berufskrankheit

Ein begründeter Verdacht muss dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle gemeldet werden. Bei anerkannter Berufskrankheit ist eine Teilnahme am DMP nicht möglich.

### Therapieziele

Im Zentrum stehen die Lebensqualität und die **Reduktion krankheitsbedingter Risiken**.

#### Neue Ziele sind:

- Reduktion der asthmabedingten Letalität
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten
- Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen

#### Speziell bei Kindern und Jugendlichen:

- Vermeidung/Reduktion von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung

### Differenzierte Therapieplanung

#### ➔ Asthmakontrolle

Statt der bisherigen Einteilung des Asthmas nach Schweregraden erfolgt die Einteilung nun in kontrolliertes, teilweise kontrolliertes und unkontrolliertes Asthma. Sie umfasst die **Symptomkontrolle** (Häufigkeit von Symptomen am Tag und in der Nacht, Einschränkung körperlicher Aktivitäten, Einsatz von Bedarfsmedikamenten) sowie die individuelle **Risikoabschätzung** (Exazerbation, unerwünschte Medikamentenwirkung) zukünftiger unerwünschter Auswirkungen der Erkrankung und der Therapie.

#### ➔ Kontrolluntersuchungen bei jedem Patientenkontakt

Dieser Abschnitt ist neu:

- Anamnese und Abschätzung des Kontrollgrades, ggf. mit Prüfung der Asthmatagebücher/PEF-Protokolle („Peak Expiratory Flow“)
- körperliche Untersuchung (Auskultation)
- Prüfung der Medikation und Begleitmedikation, Medikamenten- und Notfallplan
- Prüfung der Inhalationstechnik, ggf. Schulungsmaßnahmen
- Entscheidung über Weiterführung, Steigerung oder Absenkung der Dosis inhalativer Glukokortikosteroide

Erfassung von Komorbiditäten

Neue Ziele zur Reduktion krankheitsbedingter Risiken

Klinische Kriterien zur Einschätzung der Asthmakontrolle

Regelmäßige Überprüfung der individuellen Krankheitssituation

## DMP-Anforderungen bei Patienten mit Asthma bronchiale

- Entscheidung über eventuell notwendige weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen
- Entscheidung über das zukünftige Kontrollintervall
- unabhängig vom Kontrollintervall ab Vollendung des 5. Lebensjahres mindestens einmal pro Jahr dokumentierte Lungenfunktionsmessung (Fluss/Volumen-Kurve)

Die **Dokumentation** erfolgt in Absprache mit dem Patienten viertel- oder halbjährlich.

### ➔ Selbstmanagement

Bei jedem Arztkontakt soll geprüft werden, ob eine (erstmalige) **Schulung** empfehlenswert ist. Folgende **Inhalte** stehen im Vordergrund:

- Grundverständnis der Erkrankung und Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser (Allergien und/oder Triggerfaktoren)
- Kompetenz zur selbstständigen Erkennung der Krankheitsverschlechterung (z. B. mittels Peak-Flow-Protokollierung)
- ein zusammen mit dem Arzt erstellter individueller Selbstmanagementplan
- korrekte Inhalationstechnik

## Therapie

### ➔ Allgemeine Maßnahmen

Patienten sollen auf die Bedeutung emotionaler Belastung und insbesondere über den Risikofaktor Rauchen (aktiv/passiv) mit folgenden Strategien aufgeklärt werden:

- 5-A: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange
- 5-R: Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition

### ➔ Frühzeitige Diagnostik und Therapie bei Komorbiditäten

Insbesondere folgende Begleiterkrankungen sind relevant:

- Erkrankungen der oberen Atemwege (Rhinosinusitis und Polyposis nasi; zusätzlich bei Kindern: Pseudokrupp, adenoide Vegetationen)
- Adipositas (Gewichtsreduktion anstreben)
- Gastroösophageale Refluxkrankheit (medizinische Behandlung, sofern indiziert)

### ➔ Maßnahmen bei dauerhafter Verordnung von $\geq 5$ Arzneimitteln

Auch im Rahmen des DMP ist ein Medikamentenplan notwendig. Mindestens einmal jährlich sollten alle eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfasst werden und in verständlicher Form erklärt werden.

### ➔ Medikamentöse Therapie

#### Kleinkinder und Vorschulkinder:

- bevorzugt Treibgasdosieraerosole mit Spacer
- Gesichtsmaske nur so lange, bis das Kind durch das Mundstück eines Spacers atmen kann

#### Probleme bei Wechsel des Applikationssystems:

- Substitution im Bedarfsfall durch Aut-idem-Kreuz ausschließen (unter Dokumentation der besonderen Gründe)

Patienten im Umgang mit der Erkrankung stärken

Risikofaktor Rauchen

Begleiterkrankungen berücksichtigen

Bei Kindern Dosieraerosole mit Spacer verordnen

## DMP-Anforderungen bei Patienten mit Asthma bronchiale

### Im Falle einer fehlenden Symptomkontrolle:

Bei mangelnder Kontrolle der Symptome **vor einer Steigerung der medikamentösen Therapie** folgende Fragen abklären:

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

### Dauertherapie:

#### ... bei Erwachsenen:

Als Erweiterung der Basistherapie kommen bei unkontrolliertem Asthma bronchiale zusätzlich zur Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden neben inhalativ lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetika nun auch **langwirksame Anticholinergika** in Betracht.

Bei schwerem persistierendem Asthma bronchiale trotz erweiterter Basistherapie kann eine **Behandlung mit Antikörpern** (z. B. Anti-IgE-Antikörper oder Anti-IL-5-Antikörper) erwogen werden. Diese soll durch den qualifizierten Facharzt oder die qualifizierte Einrichtung erfolgen.

#### ... bis zum vollendeten 18. Lebensjahr:

#### Basistherapie

- niedrig dosierte inhalative Glukokortikosteroide
- in begründeten Fällen alternativ Leukotrien-Rezeptorantagonisten (Leukotrien-RA)

#### Erweiterung der Basistherapie

- Steigerung der Dosis des inhalativen Glukokortikosteroids
- Kombination inhalativer Glukokortikosteroide mit Leukotrien-RA
- **bei Kindern ab 4 Jahren** inhalative, lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (nur in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden)

#### Unzureichende Kontrolle trotz erweiterter Basistherapie

- bei der Verordnung von Antikörpern (Ausnahmefall) altersabhängige Zulassungseinschränkungen berücksichtigen

#### Bedarfstherapie/Therapie der Exazerbation:

bei unzureichendem Ansprechen der Basistherapie

- kurzfristiger Einsatz systemischer Glukokortikosteroide: in der Regel bei Kindern für drei bis fünf Tage und bei Erwachsenen für fünf bis sieben Tage ausreichend
- kurzwirksame Anticholinergika

#### Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung:

- bei allergischem Asthma bronchiale zeitnah zur Erstdiagnose Möglichkeiten einer Allergenkenz und die Indikation zur spezifischen Immuntherapie prüfen (auch im Therapieverlauf)

Medikamente  
bei Dauer-  
therapie

Medikamente  
bei Bedarf

### Kooperation der Versorgungssektoren

**Neue Indikationen für eine Überweisung** vom koordinierenden Arzt zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung sind:

- Einleitung einer Antikörper-Therapie (z. B. Anti-IgE-Antikörper, Anti-IL-5-Antikörper)
- bei Kindern unzureichende Asthmakontrolle trotz erweiterter Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden
- Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinosinusitis, rezidivierender Pseudokrapp)
- zur Prüfung der Indikation für eine spezifische Immuntherapie bei allergischem Asthma

Die Veranlassung einer **Rehabilitation** ist **individuell zu prüfen** (Schwere der Erkrankung, Begleit- und Folgeerkrankungen sowie psychosoziale Belastung).

### Qualitätsziele

**Folgende Qualitätsziele sind neu:**

- hoher Anteil an Teilnehmern mit kontrolliertem Asthma und niedriger Anteil an Teilnehmern mit unkontrolliertem Asthma bronchiale
- hoher Anteil geschulter Teilnehmer mit Asthma bronchiale bzw. deren Betreuungspersonen
- hoher Anteil der Teilnehmer mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan
- niedriger Anteil ungeplanter, auch notfallmäßiger (ambulant und stationär) ärztlicher Behandlungen
- hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation
- hoher Anteil an Teilnehmern, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird
- bei Teilnehmern mit Dauermedikation: niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika
- niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmern
- ab dem vollendeten 5. Lebensjahr: hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV1-Wert

### Dokumentation

Als neue Parameter werden die Anamnese- und Befunddaten der Asthmakontrolle und die Therapieanpassung erfasst.

Achten Sie darauf, regelmäßig Ihre Software aktuell zu halten. Detaillierte Informationen finden Sie ggf. auf der Webseite des Anbieters Ihrer Praxissoftware.

### Weitere Fragen?

Der G-BA-Beschluss und Begründung zu den Änderungen im Internet:

→ <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3149>

Das AOK-Gesundheitspartnerportal bietet weitere Infos zum DMP sowie Themen rund um Arzt und Praxis:

→ [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)

**Überweisung bei unkontrolliertem Asthma und Antikörpertherapie**

**Individuelle Prüfung einer Reha-Maßnahme**

**Neue Parameter**



**Software aktualisieren**



**Impressum:**

Herausgeber und verantwortlich für den Text: AOK-Bundesverband, Berlin  
Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin; Grafik: Ulrich Scholz Design, Düsseldorf  
Stand: Oktober 2018

