

## Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale

Für die Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale im Rahmen des Disease-Management-Programmes (DMP) gelten ab dem 1. April 2019 neue Anforderungen.

### Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Ab dem 1. April 2019 gibt es neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) für das DMP Asthma. Die Formulare können ab sofort und **müssen ab dem 1. April 2019** verwendet werden. Die neuen Formulare haben den Formularschlüssel 050D und können ab sofort unter der Faxnummer 04551/883209 oder der E-Mail-Adresse [formular@kvsh.de](mailto:formular@kvsh.de) bestellt werden. Eine Neueinschreibung der bereits am DMP teilnehmenden Patienten ist nicht erforderlich.

### Neue Therapieziele

Die Therapie dient insbesondere der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken. Als neue Therapieziele sind die adäquate Behandlung der Komorbiditäten und das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen hinzugekommen. Für Kinder und Jugendliche ist das Ziel der Vermeidung bzw. Reduktion von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung aufgenommen. Bitte beachten Sie daher auch die Änderungen bei den Therapieinhalten.

### Teilnahmemöglichkeit für Kinder ab dem zweiten Lebensjahr

Ab dem 1. April 2019 ist die Teilnahme von Kleinkindern ab dem 1. Geburtstag des Kindes möglich. Für die Einschreibung der Kinder ist keine Lungenfunktionsmessung notwendig. Für Kinder im Alter von 1 bis 5 Jahren, bei denen eine valide Lungenfunktionsmessung noch nicht durchführbar ist, müssen für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung die folgenden Kriterien erfüllt werden:

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

und mindestens eines der folgenden Zusatzkriterien:

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

Die Diagnose gilt auch als gestellt, wenn die Einschreibekriterien entsprechend denen für Kinder ab 5 Jahren erfüllt werden. Bei Kleinkindern ist besonders darauf hinzuweisen, dass Asthma in dem Alter ausheilen kann und nicht lebenslang bleiben muss. Entsprechend ist mindestens einmal jährlich eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP aufgrund geänderter Symptome zu überprüfen. Des Weiteren wird die Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern (ASEV-Schulung) in den DMP-Vertrag aufgenommen.

### Neue Grenzwerte bei der Einschreibung

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

### Einstellung des Asthmas anhand der Asthmakontrolle

Das neue Konzept der Asthmakontrolle wird im DMP Asthma bronchiale verankert und löst damit die bisherige Einteilung des Asthmas nach Schweregrade ab. Dabei werden die Kriterien der Asthmakontrolle erfragt und in der Therapieplanung berücksichtigt. Die Beurteilung der Symptomkontrolle erfolgt anhand der Häufigkeit von Asthmasymptomen am Tage und in der Nacht, der Häufigkeit der Nutzung von Bedarfsmedikation sowie der Einschränkung der körperlichen Aktivitäten.

Mit der in der folgenden Tabelle genannten Kriterien kann die Güte der Asthmakontrolle, über die die medikamentöse Therapie gesteuert wird, in „kontrolliert“, „teilweise kontrolliert“ und „unkontrolliert“ einteilt werden. Bezugsraum sind jeweils die letzten vier Wochen.

Kriterien	Kontrolliert (alle Kriterien erfüllt)	Teilweise kontrolliert (1-2 Kriterien erfüllt)	Unkontrolliert ( $\geq 3$ Kriterien erfüllt)
<b>Symptome tagsüber</b>	$\leq 2$ mal die Woche (Kleinkinder*: $\leq 1$ )	$\leq 2$ mal die Woche (Kleinkinder*: $\leq 1$ )	$\geq 3$ Kriterien des teilweisen kontrollierten Asthmas innerhalb einer Woche erfüllt
<b>Einschränkungen der Aktivität</b>	Keine	Vorhanden	
<b>Nächtliche Symptome</b>	Keine	Vorhanden	
<b>Einsatz der Bedarfsmedikation</b>	$\leq 2$ mal die Woche (Kleinkinder*: $\leq 1$ )	$> 2$ mal die Woche (Kleinkinder*: $> 1$ )	

\* Kleinkinder sind Kinder im Alter von 1 bis 5 Jahren.

Anhand des Ergebnisses der Asthmakontrolle soll die Therapie angepasst werden. Bei kontrolliertem Asthma soll die Therapie fortgesetzt und ggf. die Medikation reduziert werden. Bei teilweise kontrolliertem Asthma soll die Therapie überprüft und ggf. intensiviert werden. Bei unkontrolliertem Asthma ist eine sofortige Therapieanpassung erforderlich. Darüber hinaus sollen für die Therapieplanung auch die aktuellen Ergebnisse der Lungenfunktionsprüfung und die Häufigkeit von Exazerbationen innerhalb der letzten 12 Monate berücksichtigt werden.

## **Kontrolluntersuchungen**

Folgende Kontrolluntersuchungen sollen bei jedem Patientenkontakt durchgeführt werden

- Anamnese und Abschätzung des Kontrollgrades, gegebenenfalls mit Prüfung der Asthmatagebücher / PEF-Protokolle („Peak Expiratory Flow“),
- Körperliche Untersuchung (Auskultation),
- Prüfung der Medikation und Begleitmedikation, Medikamenten- und Notfallplan,
- Prüfung der Inhalationstechnik, gegebenenfalls Einleitung von Schulungsmaßnahmen,
- Entscheidung über Weiterführung, Steigerung oder Absenkung der Dosis inhalativer Glukokortikosteroide,
- Entscheidung über eventuell notwendige weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen nach Nummer 1.6.2. der Anlage 9 in der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL),
- Entscheidung über das zukünftige Kontrollintervall,
- Unabhängig vom Kontrollintervall soll ab der Vollendung des 5. Lebensjahres mindestens einmal pro Jahr eine Lungenfunktionsmessung durchgeführt und dokumentiert werden (Fluss/Volumen Kurve).

## **Selbstmanagement**

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

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

## **Raucherverzicht und Raucherentwöhnungsprogramme**

Im Rahmen der Therapie sollen die Patientinnen und Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens und des Passivrauchens bei Asthma bronchiale aufgeklärt werden. Dabei soll bei jeder Konsultation der Raucherstatus erhoben werden. Rauchende Patienten sollen in persönlicher Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören. Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse, insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung und geeignete, vom Patienten selbst zu tragende Medikamente. Darüber hinaus soll jeder rauchende Patient mit Asthma bronchiale Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten. Die Betreuungspersonen für asthmakranke Kinder sollen über die Risiken des Passivrauchens und der Notwendigkeit einer rauchfreien Umgebung informiert werden.

## **Komorbiditäten**

Im DMP Asthma bronchiale sind besonders auf folgende Begleiterkrankungen zu achten:

- Erkrankungen der oberen Atemwege
- Adipositas
- Gastroösophageale Refluxkrankheit

## **Besondere Maßnahmen bei Multimedikation**

Einmal jährlich sollen mindestens sämtliche vom Patienten eingenommene Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfasst und deren mögliche Nebenwirkung und Interaktionen berücksichtigt werden. Darüber hinaus soll ein aktueller Medikationsplan in der Patientenakte vorhanden sein. Dieser ist in einer verständlichen Form dem Patienten zur Verfügung zu stellen.

## **Medikamentöse Maßnahmen**

Bei Kleinkindern und Vorschulkindern sollten Treibgasdosieraerosole mit Spacer bevorzugt werden. Eine Gesichtsmaske soll nur solange angewendet werden, bis das Kind durch das Mundstück des Spacers atmen kann.

Bei Patienten, die bei einem Wechsel des Applikationssystems Probleme haben, kann eine Substitution im Einzelfall durch das Setzen des Aut-Idem-Kreuzes ausgeschlossen werden.

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

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

Bei den Verordnungen sind die altersabhängigen Zulassungsbeschränkungen zu berücksichtigen.

## **Kooperationen der Versorgungssektoren**

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

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

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

- bei Kindern, bei denen ein kontrolliertes Asthma bronchiale durch eine erweiterte Basistherapie mit mittelhoch dosierten inhalativen Glukokortikosteroiden nicht zu erreichen ist,
- bei Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinosinusitis Rhinitis/Sinusitis, rezidivierender Pseudo-krupp),
- zur Prüfung der Indikation zur Einleitung einer spezifischen Immuntherapie bei allergischem Asthma bronchiale.

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

### **Neue Qualitätsziele und Dokumentationsfelder**

Folgende Qualitätsziele im DMP Asthma bronchiale wurden festgelegt:

- Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit kontrolliertem Asthma
- Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit unkontrolliertem Asthma
- Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer
- Bei Teilnehmern ab dem vollendeten 5. Lebensjahr: Hoher Anteil mit mindestens einmal jährlich dokumentierten FEV-Wert (in Prozent des Sollwertes)
- Bei Teilnehmern mit Dauermedikation: Niedriger Anteil einer Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika

Das Hauptaugenmerk bei den neuen Dokumentationsfeldern liegt auf den Kriterien der Asthmakontrolle und der Therapieanpassung. Die Dokumentation erfolgt weiterhin in Absprache mit dem Patienten vierteljährlich oder halbjährlich.

Achten Sie bitte darauf, regelmäßig Ihre Praxis-Software aktuell zu halten. Führen Sie das Update der Praxissoftware erst durch, nachdem Sie die Abrechnung für das aktuelle Quartal abgeschlossen haben.

Die aktuelle DMP-A-RL mit den Neuerungen im DMP Asthma bronchiale finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3149/>

Den aktuellen Versorgungsvertrag zum DMP Asthma bronchiale finden Sie ab dem 1. April 2019 im Downloadbereich der KVSH-Homepage unter [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de).