

Praxisinfo

DMP Asthma bronchiale

Aktualisierung

1. Wesentliche Änderungen im Überblick

Das Disease-Management-Programm (DMP) Asthma bronchiale wurde an den neuesten medizinischen Wissensstand angepasst. Dies sind die wichtigsten Änderungen:

- Die **lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik** wurde angepasst. Zur Charakterisierung der **Obstruktion** können die neueren **GLI-Sollwerte** (GLI: Global Lung Initiative) eingesetzt werden. Sie verringern das Risiko von altersbedingten **Über- und Unterdagnosen**.
- Die Empfehlungen zu den **medikamentösen Maßnahmen** wurden **grundlegend überarbeitet** und der Stufenplan angepasst. Dadurch wird die Behandlung noch bedarfsgerechter.
- Das **Selbstmanagement** soll noch stärker unterstützt werden, dazu kann unter anderem eine **App** zum Einsatz kommen.
- Neu ergänzt wurden spezielle **Themen für Jugendliche** – etwa eine Berufsberatung.
- Es gibt die Option, in geeigneten Fällen Physiotherapie mit Schwerpunkt Atemtherapie bei Jugendlichen zu verordnen.

Die Anforderungen für das durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aktualisierte DMP sind zum **1. Oktober 2023** in Kraft getreten. Sie sollen ab dem **1. Oktober 2024** in den Praxen umgesetzt werden. In der folgenden Übersicht finden Sie die Änderungen im Detail.

2. Teilnahmevoraussetzungen

Für Versicherte, die auf Basis der bis zum **31. März 2018** geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist eingeschrieben wurden, ist **keine erneute Einschreibediagnostik** erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

3. Definition

Ergänzt wurde der Hinweis, dass **verschiedene Asthmaformen (Phänotypen)** existieren, dies kann sich auf die **Therapie auswirken**.

**Phänotyp
berück-
sichtigen**

4. Diagnostik

Entscheidung über das geeignete DMP:

Für die erforderliche Abgrenzung von **Asthma bronchiale** und **COPD** dienen folgende Merkmale als Orientierung:

Unterscheidungsmerkmale	Asthma bronchiale	COPD
Anamnese/Symptome		
Erkrankungsbeginn	häufig in Kindheit und Jugend	im höheren Lebensalter
Tabakrauchen	nicht ursächlich, eventuell Verschlechterung durch Tabakrauch	häufigste Ursache
Hauptbeschwerden: Luftnot, Husten, Auswurf	variierend, gegebenenfalls anfallsartig	chronisch, insbesondere Belastungsdyspnoe, meist keine nächtlichen Symptome
Verlauf	variabel, oft episodisch auftretend (zum Beispiel saisonal/im Frühjahr)	in der Regel fortschreitend
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	in der Regel ein Ansprechen darauf	in der Dauertherapie meist kein Ansprechen darauf

Kriterien zur Abgrenzung von Asthma bronchiale und COPD

4.1 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

- Sofern möglich, können statt des für alle Altersgruppen fixierten Grenzwertes nach GOLD von $FEV_1/FVC < 70\%$ zur Charakterisierung der Obstruktion die neueren Sollwerte der **Global Lung Initiative (GLI)** eingesetzt werden.
- Vorteil: verringertes Risiko von altersbedingten **Über- und Unterdiagnosen**
- Dies gilt auch für den Nachweis einer **Atemwegswiderstandserhöhung, Lungenüberblähung** oder **Gasaustauschstörung**.

**Optional:
neuere alters-
adaptierte
Sollwerte**

Zusätzliche Nachweisgrenze Obstruktion:

- **Erwachsene: gemäß GLI:** FEV_1/FVC unterer Grenzwert (LLN), entspricht der 5. Perzentile des GLI-Sollwerts
- **Alter 5 bis 17 Jahre: gemäß GLI** für FEV_1/FVC , der Grenzwert liegt auf der 5. Perzentile.

Nachweis (Teil-)Reversibilität bei Erwachsenen:

- Zunahme der **$FEV_1 \geq 12\%$ gegenüber dem Ausgangswert** und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums (SABA)
- Zunahme der **$FEV_1 \geq 12\%$ gegenüber dem Ausgangswert** und mindestens 200 ml nach bis zu 28-tägiger Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden (ICS) oder bis zu 10-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden

Nachweis (Teil-)Reversibilität bei Kindern und Jugendlichen:

- Zunahme der FEV₁ ≥ 12 % gegenüber dem Ausgangswert nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums (SABA)

5. Behandlung

Hier ist eine differenzierte Therapieplanung nötig, bei der nun auch der **Phänotyp** berücksichtigt werden soll.

5.1 Asthmakontrolle als Grundlage der medikamentösen Therapie

Erwachsene:

Die Kriterien für unkontrolliertes Asthma wurden angepasst.

Für ein unkontrolliertes Asthma müssen mindestens drei der vier folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Symptome tagsüber: **> 2 x/Woche**
- Symptome **nachts**
- Einschränkung der **Alltagsaktivitäten**
- Bedarfsmedikation (ohne sportliche Betätigung): **> 2 x/Woche**

Neue Definition „unkontrolliertes Asthma“

Kinder und Jugendliche:

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 Tag	< 1 x/Woche	≥ 1 x/Woche	≥ 1 x/Woche
Nächtliche Symptome	keine	vorhanden	vorhanden
Einschränkung der Alltagsaktivitäten	keine	vorhanden	vorhanden
Einsatz der Bedarfsmedikation	< 1 x/Woche	≥ 1 x/Woche	≥ 1 x/Woche

Erstmals eigene Kriterien für Kinder und Jugendliche

5.2 Allgemeine Maßnahmen

5.2.1 Ärztliche Kontrolluntersuchungen

- Neu: Prüfung der **Therapieadhärenz**

5.2.2 Selbstmanagement stärken

- Erlernen von **Selbsthilfetechniken** zur **Linderung der Atemnot** (zum Beispiel atemerleichternde Körperstellung, dosierte Lippenbremse)
- In der **DMP-Richtlinie** (siehe Link am Ende dieser Praxisinfo) wird unter **Punkt 1.4.3. (Selbstmanagement)** eine konkrete App genannt, die genutzt werden kann.

Selbsthilfetechniken & App zur Unterstützung

5.2.3 Weitere Maßnahmen bei Jugendlichen

- Übergang in die Erwachsenenmedizin rechtzeitig einleiten
- **Berufswahl** thematisieren: auf krankheitsbedingt weniger geeignete Berufe hinweisen

Berufswahl ansprechen

5.3 Nicht-medikamentöse Maßnahmen

5.3.1 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)

- kann in geeigneten Fällen verordnet werden (etwa bei Koinzidenz von Asthma bronchiale und dysfunktionaler Atmung)

**Atemtherapie
möglich**

5.3.2 Körperliche Aktivitäten unterstützen

- Betroffene gegebenenfalls zur Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen motivieren

5.3.3 Rehabilitation

- Notwendigkeit einer Reha **frühzeitig beurteilen**, auch bei Kindern und Jugendlichen
- Bei Erwachsenen: vor der Behandlung in Therapiestufe 5,
bei Kindern und Jugendlichen: vor der Behandlung in Therapiestufe 5 sowie 6

5.3.4 Maßnahmen bei Multimedikation

Strukturierte Erfassung aller Arzneimittel:

- **anlassbezogen**, mindestens aber jährlich
- Betroffene über den **Anspruch auf einen Medikationsplan** bei dauerhafter Verordnung von fünf oder mehr Medikamenten informieren

**Strukturierte
Erfassung
anlassbezogen**

5.4 Medikamentöse Therapie gemäß Stufenplan

5.4.1 Grundsätze:

- für Erwachsene Stufen 1 bis 5; für Kinder und Jugendliche Stufen 1 bis 6
- Einordnung in konkrete Stufe gemäß Kriterien zur Asthmakontrolle:
 - bei **unbehandelten Patientinnen oder Patienten mit** „teilweise kontrolliertem“ Asthma, Beginn auf Stufe 2; bei „unkontrolliertem“ Asthma mindestens auf Stufe 3
 - bei **behandelten Patientinnen und Patienten mit Reduktion** („Herabstufung“) oder **Intensivierung** („Hochstufung“) der Therapie anhand des Stufenplans prüfen
- **Voraussetzung für Therapiereduktion:** mindestens drei Monate kontrolliertes Asthma, insbesondere bei Therapie mit ICS
- nach Abklärung möglicher Ursachen:
 - weiterhin „teilweise kontrolliertes“ Asthma: Intensivierung der Behandlung erwägen
 - weiterhin „unkontrolliertes“ Asthma: Intensivierung empfohlen

**Therapie &
Anpassung
gemäß
Stufenplan**

5.4.2 Bedarfs- und Dauertherapie für Erwachsene

- **Bedarfsmedikation:** in jeder Therapiestufe bei akuten Beschwerden
- **Dauertherapie:** ICS als Basistherapie ab **Stufe 2**

**Neue Bedarfs-
medikation bei
Erwachsenen**

Stufe	Bedarfstherapie	Dauertherapie	
Stufe 1	SABA	keine andere Therapieoptionen können individuell geprüft werden	Ab Stufe 2 ICS als Basis der Langzeittherapie
Stufe 2		zusätzlich ICS niedrigdosiert	
Stufe 3	SABA oder ICS + Formoterol (wenn Teil der Dauertherapie)	1. Wahl: ICS niedrigdosiert + LABA oder ICS mitteldosiert In begründeten Fällen: · LAMA anstelle des LABA · falls ICS + LABA nicht möglich, bei bis zu einem mittelgradig persistierenden Asthma bronchiale ICS + LTRA (Montelukast)	Fixkombination bevorzugt
Stufe 4		1. Wahl: ICS mittel- bis hochdosiert + LABA oder ICS mittel- bis hochdosiert + LABA + LAMA In begründeten Fällen: · falls ICS + LABA nicht möglich, bei bis zu einem mittelgradig persistierenden Asthma bronchiale ICS + LTRA (Montelukast)	
Stufe 5		ICS Höchstdosis + LABA + LAMA Bei unzureichender Kontrolle: · Überweisung zur qualifizierten fachärztlichen Ebene zur Indikationsstellung und ggf. Therapie mit geeigneten monoklonalen Antikörpern Nachrangig: OCS	Monoklonale Antikörper nach fachärztlicher Abklärung

ICS: Inhalative Glukokortikosteroide
LABA: Lang wirkende Beta-2-Sympathomimetika
LAMA: Lang wirkende Anticholinergika
LTRA: Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
SABA: Kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika
OCS: Orale Glukokortikosteroide

5.4.3 Bedarfs- und Dauertherapie bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

- **Bedarfsmedikation:** ist in jeder Therapiestufe bei akuten Beschwerden einzusetzen
- **Dauertherapie:**
 - ICS sind als Basistherapie **ab Stufe 2** einzusetzen
 - So anpassen, dass alle **Alltagsaktivitäten ohne Bedarfsmedikation** möglich sind (altersabhängige Zulassungseinschränkungen berücksichtigen)

Neue Bedarfsmedikation bei Kindern und Jugendlichen

Stufe	Bedarfstherapie	Dauertherapie
Stufe 1	SABA**	keine andere Therapieoptionen können individuell geprüft werden
Stufe 2		ICS niedrigdosiert In begründeten Fällen: • LTRA*
Stufe 3	SABA** oder ICS + Formoterol ab dem vollendeten 12. Lebensjahr (wenn auch Teil der Langzeittherapie)	• ICS mitteldosiert
Stufe 4		ICS mitteldosiert + LABA oder ICS mitteldosiert + LTRA oder ICS mitteldosiert + LABA + LTRA Bei unzureichender Kontrolle: • ICS mitteldosiert + LABA + LTRA + LAMA*** (Tiotropium)
Stufe 5		Bei unzureichender Kontrolle: • Überweisung zu einer pädiatrischen Pneumologin/zu einem pädiatrischen Pneumologen oder in ein kinderpneumologisches Zentrum, um weitere therapeutische Optionen zu erwägen (etwa hohe ICS-Dosis)
Stufe 6		Zusätzlich zu Stufe 5 geeignete monoklonale Antikörper (wenn Indikation es erlaubt) Nachrangig: OCS

Ab Stufe 2 ICS als Basis der Langzeittherapie

Monoklonale Antikörper erst in Stufe 6

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

5.4.4 Therapie der Exazerbation gemäß Stufenschema

Vorrangig:

- Einsatz individueller Bedarfsmedikamente
- **Theophyllin** soll grundsätzlich **nicht mehr** gegeben werden.

**Kein Theo-
phyllin mehr**

5.4.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft

- Zu **Beginn der Schwangerschaft**: Beratung über die Bedeutung und Sicherheit der Fortführung der medikamentösen Therapie

**Beratung über
Bedeutung
der Asthma-
kontrolle**

5.4.6 Schutzimpfungen

Generische Empfehlung:

- Empfehlungen richten sich nach der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

[g-ba.de](https://www.g-ba.de) → Richtlinien → Schutzimpfungs-Richtlinie

6. Weitere Fragen?

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

→ [g-ba.de/beschluesse/6101](https://www.g-ba.de/beschluesse/6101)

Das Gesundheitspartner-Portal der AOK bietet weitere DMP-Informationen für Arztpraxen:

→ [aok.de/gp](https://www.aok.de/gp)

Impressum

Herausgeber und verantwortlich für den Text: AOK-Bundesverband eGbR –
Arbeitsgemeinschaft von Körperschaften öffentlichen Rechts;

Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin; 24.0295_07;

Grafik: Ulrich Scholz; Stand: Oktober 2024