



Wesentliche Änderungen im DMP Asthma bronchiale zum 1. April 2019



Der Vertrag zum Disease-Management-Programm (DMP) Asthma bronchiale wurde aufgrund der Richtlinienanpassung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von den nordrheinischen Vertragspartnern angepasst. Sie erhalten hiermit eine Übersicht über einige wesentliche Änderungen.

Neue Teilnahmemöglichkeit für Kleinkinder im Alter von 1 bis 5 Jahren

Für Klein- und Vorschulkinder, bei denen eine valide Lungenfunktion noch nicht durchführbar ist, müssen für eine Einschreibung folgende Kriterien der Diagnosestellung vorliegen:

<ol style="list-style-type: none"> 1. mindestens 3 asthmatypische Episoden im letzten Jahr <u>und</u> 2. Ansprechen der Symptome auf einen Therapieversuch mit antiasthmatischen Medikamenten 	<p>+ mindestens 1 der nebenstehenden Zusatzkriterien →</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p><u>oder</u> bei Vorliegen der Einschreibkriterien entsprechend denen für Kinder ab 5 Jahren.</p>		

Statt des altersunabhängigen Grenzwertes von $FEV1/VC \leq 70\%$ bzw. 75% können die neueren altersabhängigen Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von $FEV1/VC$ berücksichtigen:

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

Bei Kindern im Alter von 1 bis 5 Jahren soll insbesondere darauf hingewiesen werden, dass die Einschreibung des Kindes der Kontrolle der Beschwerden dient, aber noch keine endgültige Aussage über den weiteren Verlauf der Krankheitssymptome zulässt und die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung besteht.

Neue Schulung für Kleinkinder – ASEV-Elternschulung

Symbolnummer	Leistungsinhalt	Vergütung
90238	Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma- und Kleinkindschulung (ASEV) für Kinder im Alter von 1 bis 4 Jahren - max. 13 Einheiten á 45 Minuten	22,50 Euro
90238Q	einmaliger Qualitätszuschlag mit Abrechnung der 13. UE der SNR 90238 (wird automatisch von der KV Nordrhein zugesetzt)	32,50 Euro
90239	Nachschulung (ASEV) Zeitraum von 6-12 Monaten nach Erstschulung max. 2 Einheiten á 45 Minuten	22,50 Euro

Neben der neuen ASEV-Schulung (Kinder im Alter von 1 bis 4 Jahren –ASEV) kann unter Berücksichtigung des Schulungsalters je Patient im Laufe seines Lebens auch eine AGAS-Schulung (Kinder/Jugendliche im Alter von 5 bis 18 Jahren) vollständig durchgeführt werden.

Asthma bronchiale oder COPD

Bei einem Erwachsenen mit gleichzeitig bestehendem Asthma bronchiale und COPD entscheidet der Arzt über die Einschreibung in das jeweilige DMP in Abhängigkeit von den vorherrschenden Symptomen und dem Krankheitsverlauf, in welches DMP er den Patienten einschreibt. Am DMP COPD ist eine Teilnahme weiterhin erst ab 18 Jahren möglich.



Therapieziele

- 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

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.

Mit den in der folgenden Tabelle genannten Kriterien kann die die Güte der Asthmakontrolle eingeteilt werden:

Asthmakontrolle	Kontrolliert (<u>alle</u> Kriterien erfüllt)	Teilweise kontrolliert (1 bis 2 Kriterien)	Unkontrolliert
Symptome tagsüber	≤ 2 mal pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: ≤ 1 mal pro Woche)	> 2 mal pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: > 1 mal pro Woche)	≥ 3 Kriterien des teilweise kontrollierten Asthmas innerhalb einer Woche
Einschränkung der Alltagsaktivitäten	Keine	Vorhanden	
Nächtliche Symptome	Keine	Vorhanden	
Einsatz der Bedarfsmedikation	≤ 2 mal pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: ≤ 1 mal pro Woche)	> 2 mal pro Woche (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr: > 1 mal pro Woche)	

Kontrolluntersuchungen

Frequenz orientiert sich an der medizinischen Notwendigkeit und der Schwere des Krankheitsbildes. Folgende Untersuchungen und Maßnahmen sollten durchgeführt werden:

- Anamnese und Abschätzung des Kontrollgrades, ggf. 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
- 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) und Überprüfung einer möglichen Beendigung der Teilnahme.

Die Dokumentation erfolgt in Absprache mit dem Patienten – wie bisher – viertel- oder halbjährlich.

Selbstmanagement und Schulungsempfehlung

Es soll weiterhin 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

Risikofaktor Rauchen:

Neben der Bedeutung emotionaler Belastung sollen Patienten insbesondere auch 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 (Rhin sinusitis und Polyposis nasi; zusätzlich bei Kindern: Pseudokrupp, adenoide Vegetationen)
- Adipositas (Gewichtsreduktion anstreben)
- Gastroösophageale Refluxkrankheit (medizinische Behandlung, sofern indiziert)

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)

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 (LTRA)

Erweiterung der Basistherapie

- Steigerung der Dosis des inhalativen Glukokortikosteroids
- Kombination inhalativer Glukokortikosteroide mit LTRA
- 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

Maßnahmen bei dauerhafter Verordnung von ≥ 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.

