

**Ausfüllanleitung**  
**zum indikationsspezifischen Datensatz**  
**für das strukturierte Behandlungsprogramm**  
**Asthma bronchiale**

Stand der letzten Bearbeitung: 29.10.2018  
Version 5.0  
Anzuwenden ab: 01.04.2019

## Anamnese- und Befunddaten

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

Mit den in der folgenden Tabelle genannten Kriterien kann die Güte der Asthmakontrolle, über die die medikamentöse Therapie gesteuert wird, in „kontrolliert“, „teilweise kontrolliert“ und „unkontrolliert“ eingeteilt werden. **Bezugszeitraum sind jeweils die letzten vier Wochen.** Bei „kontrolliertem“ Asthma ist die Therapie adäquat und kann eventuell sogar reduziert werden, bei „teilweiser Asthmakontrolle“ ist eine Intensivierung der Behandlung zu prüfen. Bei „unkontrolliertem“ Asthma sind sofortige Therapieanpassungen erforderlich.

Asthmakontrolle	Kontrolliert (alle 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)	

### In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie hier die Häufigkeit der tagsüber aufgetretenen Asthma-Symptome an. Die Angabe bezieht sich dabei auf die Einschätzung des Patienten<sup>1</sup> zum Dokumentationszeitpunkt rückblickend für die letzten 4 Wochen und dient u. a. der Beurteilung der Asthmakontrolle.

- **„Häufiger als 2 mal wöchentlich“** geben Sie bitte an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung jede Woche an mehr als zwei Tagen auftretende Symptome angibt, die eindeutig dem Asthma bronchiale zuzuordnen sind.
- **„2 mal wöchentlich“** geben Sie bitte an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung jede Woche an zwei Tagen auftretende Symptome angibt, die eindeutig dem Asthma bronchiale zuzuordnen sind.
- **„1 mal wöchentlich“** geben Sie bitte an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung jede Woche an einem Tag auftretende Symptome angibt, die eindeutig dem Asthma bronchiale zuzuordnen sind.
- **„< 1 mal wöchentlich“** ist anzugeben, wenn ihr Patienten gemäß seiner Einschätzung in 3 unterschiedlichen Wochen an maximal einem Tag pro Woche tagsüber auftretende Symptome angibt, die eindeutig dem Asthma bronchiale zuzuordnen sind
- **„Keine“** ist anzukreuzen, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung keine Asthma-typischen Symptome hatte

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird im Dokument die allgemeine Formulierung Patient verwendet. Damit sind sowohl weibliche als auch männliche Patienten umfasst.

## **In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation**

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie hier die Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation an. Die Angabe bezieht sich dabei auf die Einschätzung des Patienten zum Dokumentationszeitpunkt rückblickend für die letzten 4 Wochen und dient u. a. der Beurteilung der Asthmakontrolle.

- „**Häufiger als 2 mal wöchentlich**“ geben Sie bitte an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung jede Woche an mehr als zwei Tagen angibt, seine Asthma-spezifische Bedarfsmedikation verwendet zu haben.
- „**2 mal wöchentlich**“ geben Sie bitte an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung jede Woche an zwei Tagen angibt, seine Asthma-spezifische Bedarfsmedikation verwendet zu haben.
- „**1 mal wöchentlich**“ geben Sie bitte an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung jede Woche an einem Tag angibt, seine Asthma-spezifische Bedarfsmedikation verwendet zu haben.
- „**< 1 mal wöchentlich**“ ist anzugeben, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung in 3 unterschiedlichen Wochen an maximal einem Tag pro Woche angibt, seine Asthma-spezifische Bedarfsmedikation verwendet zu haben.
- „**Keine**“ ist anzukreuzen, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung keine Asthma-spezifische Bedarfsmedikation verwendet.

## **In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale**

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte hier an, ob es bei Ihrem Patienten zu Einschränkungen von Aktivitäten im Alltag gekommen ist, die durch sein Asthma bronchiale bedingt waren. Die Angabe bezieht sich dabei auf die Einschätzung des Patienten zum Dokumentationszeitpunkt rückblickend für die letzten 4 Wochen und dient u. a. der Beurteilung der Asthmakontrolle.

## **In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachschlafes**

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte hier an, ob es bei Ihrem Patienten zu asthmabedingten Störungen des Nachschlafes gekommen ist. Die Angabe bezieht sich dabei auf die Einschätzung des Patienten zum Dokumentationszeitpunkt rückblickend für die letzten 4 Wochen und dient u. a. der Einschätzung der Asthmakontrolle.

## **Aktueller FEV<sub>1</sub>-Wert (mindestens alle 12 Monate)**

Die Durchführung einer Lungenfunktionsmessung wird ab dem vollendeten 5. Lebensjahr mindestens alle 12 Monate zur objektiven Bewertung und Einstufung des Asthma bronchiale empfohlen.

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie hier bitte den aktuell gemessenen FEV<sub>1</sub>-Wert Ihres Patienten als „Prozent-Wert des Sollwertes“ mit einer Stelle hinter dem Komma oder „nicht durchgeführt“ an.

Die Angabe „Nicht durchgeführt“ kann auch dann verwendet werden, wenn eine FEV<sub>1</sub>-Messung z. B. aufgrund des Alters bei Kindern nicht valide durchgeführt werden kann.

# Relevante Ereignisse

## Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche Behandlungen wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und ist hier verpflichtend.

Geben Sie bitte die Anzahl aller Ihnen bekannten ungeplanten Behandlungen (ambulant und stationär) an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund des Asthma bronchiale notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

## Medikamente

Bitte machen Sie zu jeder Wirkstoffgruppe eine Angabe. Bitte machen Sie bei der Angabe „Keine“ – wo zutreffend - zusätzlich eine Angabe, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe des jeweiligen Medikamentes zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Die Angaben können - je nach Praxissoftware - direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

Die Angaben „Bei Bedarf“ und „Dauermedikation“ sind gemeinsam möglich.

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit im Hinblick auf die Therapieziele des DMP in prospektiven, randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen wurden. Dabei sollen diejenigen Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen oder Kombinationen bevorzugt werden, die diesbezüglich den größten Nutzen erbringen.

Zu den vorrangig zu verordnenden Wirkstoffgruppen zählen

### Als Dauertherapie beim Erwachsenen:

#### 1. Basistherapie

- inhalative Glukokortikosteroide,

#### 2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen zusätzlich zur Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden in Betracht:

- inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika
- Wenn trotz dieser erweiterten Basistherapie ein unkontrolliertes Asthma bronchiale besteht, stehen zur Modifikation bzw. Eskalation zur Verfügung:
  - langwirksame Anticholinergika
  - systemische Glukokortikosteroide
  - Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
  - Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
  - Antikörper

Bei Patienten mit trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem schwerem persistierendem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit

Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper oder Anti-IL-5-Antikörper) erwogen werden. Hierfür soll eine Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen.

Bei Undurchführbarkeit einer Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (z. B. Ablehnung oder Unverträglichkeit) als Basismedikation ist vor Verordnung einer unterlegenen alternativen antientzündlichen Therapie ein Aufklärungsgespräch über Risiken dieser Therapieoptionen zu führen.

### **Als Dauertherapie bis zum vollendeten 18. Lebensjahr**

#### 1. Basistherapie

- niedrig dosierte inhalative Glukokortikosteroide
- in begründeten Fällen alternativ Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten

#### 2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen in Betracht:

- Steigerung der Dosis des inhalativen Glukokortikosteroids
- Kombination von inhalativen Glukokortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
- bei Kindern ab 4 Jahren inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (nur in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden)

#### 3. Im Ausnahmefall, bei einem trotz der erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrolliertem Asthma bronchiale können zusätzlich erwogen werden:

- systemische Glukokortikosteroide
- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper) bei schwerem persistierendem Asthma bronchiale

Die Verordnung von Medikamenten nach 3. sollte durch die jeweils qualifizierte Fachärztin oder den jeweils qualifizierten Facharzt oder durch die qualifizierte Einrichtung erfolgen.

Bei der Verordnung sind die altersabhängigen Zulassungseinschränkungen zu berücksichtigen.

### **Für die Bedarfstherapie:**

Eine Bedarfsmedikation soll bei akuten asthmatypischen Beschwerden eingesetzt werden. Vorrangig sollten bei der Bedarfstherapie/Therapie der Exazerbation folgende Wirkstoffgruppen Anwendung finden:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)

Bei unzureichendem Ansprechen kommen in Betracht:

- der kurzfristige Einsatz systemischer Glukokortikosteroide (maximal bis zu 2 Wochen). In der Regel ist bei Kindern ein Einsatz für 3 bis 5 Tage, bei Erwachsenen für 5 bis 7 Tage ausreichend.

- kurz wirksame Anticholinergika
- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)

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

### **Inhalative Glukokortikosteroide**

Eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines inhalativen Glukokortikosteroids besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

### **Inhalative langwirksame Beta-2-Sympathomimetika**

Eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit inhalativen langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines inhalativen lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

### **Kurzwirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika**

Eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit kurzwirksamen inhalativen Beta-2-Sympathomimetika durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines kurzwirksamen inhalativen Beta-2-Sympathomimetikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

### **Systemische Glukokortikosteroide**

Eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines systemischen Glukokortikosteroids besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

### **Sonstige asthmaspezifische Medikation**

Eine Angabe ist erforderlich.

Sollte Ihr Patient Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten oder andere bzw. weitere Medikamente zur Behandlung des Asthma bronchiale erhalten, geben Sie dies bitte hier an.

Die Ausprägung „Andere“ umfasst z.B. Theophyllin, Anticholinergika oder auch Anti-IgE Antikörper.

### **Inhalationstechnik überprüft**

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Sie sollten die Inhalationstechnik Ihres Patienten mindestens einmal im Dokumentationszeitraum überprüfen.

Geben Sie hier bitte an, ob Sie dies bei der heutigen Konsultation getan haben.

# Schulung

## Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist erforderlich.

Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an.

Wurde keine Schulung empfohlen, geben Sie dies bitte entsprechend mit „Nein“ an.

## Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen

Bitte geben Sie an, ob Ihr Patient (bzw. bei (Klein)Kindern ggf. die Eltern bzw. die Bezugspersonen) bereits vor seiner Teilnahme am DMP Asthma an einer Asthma-Schulung teilgenommen hat. Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Erstdokumentation** möglich und ist hier verpflichtend.

Gemeint sind hierbei folgende Schulungsmaßnahmen:

- a) akkreditierte und für das DMP zugelassene Schulungen, sowie
- b) andere Schulungsmaßnahmen, die den Patienten (oder bei (Klein)Kindern die Eltern bzw. Bezugspersonen) durch den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten über die Erkrankung und deren Behandlung in die Lage versetzt haben, auf der Basis eigener Entscheidungen das Asthma bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren, akute oder langfristige negative Konsequenzen des Asthmas zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhalten.

Sofern eine Teilnahme stattgefunden hat, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an. Eine erneute Teilnahme an einer Schulung ist dadurch NICHT ausgeschlossen!

Wurde vor der Einschreibung in das DMP keine Schulung wahrgenommen, dokumentieren Sie dies bitte mit der Angabe „Nein“.

## Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen

Eine Angabe ist erforderlich.

Die Angaben zur Schulung beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf eine Schulung, die Sie Ihrem Patienten bei dem letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich.

Hat der Patient die empfohlene Schulung wahrgenommen, geben Sie dies bitte mit „Ja“ an.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, geben Sie bitte „Nein“ an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Die Ausprägung „War aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können z.B. sein: Fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und dem Patienten.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte an: „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“.

Eine Angabe in den beiden zuletzt genannten Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

# Behandlungsplanung

## Schriftlicher Selbstmanagementplan

Eine Angabe ist erforderlich.

Für die weitere Behandlung sollen Sie gemeinsam mit Ihrem Patienten einen Behandlungsplan erstellen und Therapieziele vereinbaren.

Hierzu zählt insbesondere das Monitoring der Asthmaerkrankung durch die Patienten (z.B. durch Peak-Flow-Kontrolle) und die Erstellung eines darauf abgestimmten Medikationsplans zum Selbstmanagement insbesondere für Notfälle.

Geben Sie bitte an, ob Sie für Ihren Patienten einen solchen Plan erstellt haben oder nicht.

## Therapieanpassung

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie hier, ob Sie eine Anpassung der asthmaspezifischen Therapie vorgenommen haben.

Es soll regelmäßig, insbesondere vor einer Steigerung der medikamentösen Therapie, die richtige Anwendung überprüft werden. Geben Sie bitte „Verbesserung der Anwendung der Medikation“ an, wenn der Patient in einer verbesserten Anwendung unterwiesen wurde. Diese Angabe kann gemeinsam mit „Steigerung der Medikation“ sowie mit „Reduktion der Medikation“ erfolgen.

Geben Sie bitte „Steigerung der Medikation“ an, wenn Sie die Dosis oder die Anzahl der verordneten Medikamente erhöht haben.

Geben Sie bitte „Reduktion der Medikation“ an, wenn Sie die Dosis oder die Anzahl der verordneten Medikamente reduziert haben. Geben Sie bitte „Keine“ an, wenn keine Therapieanpassung erfolgt ist.