



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale – Dokumentation)

Berlin, 14.04.2023

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 17.03.2023 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) aufgefordert.

Der G-BA hat die Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen. Die Anforderungen sollen dabei nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors bestimmt werden.

Mit dem vorgelegten Beschlussentwurf sollen die Anlagen 9 und 10 der DMP-A-RL zu Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale aktualisiert werden. Wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung ist laut den tragenden Gründen des Beschlussentwurfs insbesondere die „Leitliniensynopse für das DMP Asthma bronchiale“ des IQWiG vom 24. Juni 2021.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt die regelmäßige Anpassung der DMPs an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien. Zu dem vorliegenden Aktualisierungsentwurf haben wir folgende Anmerkungen:

1) Zu Abschnitt 1.2 „Diagnostik“, Zeile 33:

Der von DKG, KBV und PatV favorisierte Passus zur Unterscheidung therapierelevanter Asthmaformen wird unterstützt. In der aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma (4. Auflage 2020, AWMF-Register-Nr: nvl-002) lautet die Empfehlung, dass

- eine spezifische Immuntherapie nur nach entsprechender Allergiediagnostik indiziert ist (Empfehlung 4-52) sowie
- die Auswahl von Biologika in Stufe 5 (Erwachsene) bzw. 6 (Kinder) an bestimmte Parameter wie z. B. Vorliegen eines IgE-vermittelten Asthmas bzw. Allergienachweises (Omalizumab; vgl. Empfehlungen 4-34 u. 4-49) oder erhöhter Eosinophilenzahl (Mepolizumab, Reslizumab, Benralizumab, Dupilumab, vgl. Empfehlungen 4-35 u. 4-36) gekoppelt ist.

2) Zu Abschnitt 1.4.1 „Asthmakontrolle“, Zeile 185:

Bei der Definition der Asthmakontrolle wäre der Deutlichkeit wegen kenntlich zu machen, dass die Angaben zum Einsatz der Bedarfsmedikation (max. 2x/Woche Erwachsene, weniger als 1x/Woche Kinder) ausschließlich für den Einsatz von kurzwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (SABA) gilt. Setzen Patientinnen und Patienten eine Fixkombination (ICS/Formoterol) als Bedarfsmedikation in Stufe 1/2 ein, sieht die NVL Asthma eine maximale Nutzung von 4x/Woche für kontrolliertes Asthma vor. Die Fixkombination ist im Studienschema der NVL abgebildet, derzeit aber für Europa nicht zugelassen. Auch wenn der Einsatz der Fixkombination im DMP keine Rolle spielt, wäre es wichtig, die Zahl „maximal 2x/Woche“ entsprechend zu relativieren, um Missverständnisse zu vermeiden.

3) Zu Abschnitt 1.4.3 „Selbstmanagement“, Zeile 220 ff:

Die Bundesärztekammer regt an, die Selbsthilfetechniken bei Atemnot gesondert aufzuführen (derzeit unter „individueller Selbstmanagementplan“ subsumiert), da diesen eine hohe Bedeutung zukommt.

4) Zu Abschnitt 1.5.4 „Körperliche Aktivitäten“, Zeile 292 ff:

Die Bundesärztekammer regt an, eine Aussage aufzunehmen, wonach Patientinnen und Patienten zu Sport ermutigt und darüber aufgeklärt werden sollten, dass mit gut eingestelltem Asthma Sport möglich und wichtig ist, vgl. etwa die NVL-Empfehlung 5-2 *„Die Behandlung des Asthmas soll sicherstellen, dass Patienten mit Asthma auf körperliche und sportliche Aktivität langfristig nicht verzichten müssen“*. Es ist bekannt, dass viele Patientinnen und Patienten vor körperlicher Anstrengung Angst haben. In der NVL Asthma wird die Relevanz von körperlicher Aktivität u. a. wie folgt betont:

„Neben der Evidenz, die bei niedriger bis sehr niedriger Datenqualität auf eine Verbesserung asthmaspezifischer Endpunkte durch körperliche Aktivität hinweist, spielen weitere Überlegungen bei der Empfehlung eine Rolle. Indem körperliche Aktivität auch für Menschen mit Asthma möglich ist, wird beispielsweise eine Stigmatisierung vermieden. Bewegung trägt zu-dem zur Prävention von weiteren Erkrankungen bei, die ein Asthma ggf. begleiten können.“ (NVL Asthma, Hintergrundtext zu Empfehlung 6-7)

5) Zu Abschnitt 1.5.9.1 „Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene“, Stufe 2 und Stufe 4, (Zeile 437 und 454):

Prinzipiell spricht die NVL Asthma eine Negativempfehlung für Montelukast bei Patientinnen und Patienten über 15 Jahren aus und definiert die Ausnahmen wie folgt: *„... es sei denn, die Patienten sind nicht in der Lage, ICS zu inhalieren oder es treten inakzeptable Nebenwirkungen auf“* (siehe Empfehlung 4-24). Die Bundesärztekammer regt an, diese Spezifizierung in die DMP-Formulierung aufzunehmen und die dort erwähnten „begründeten Fälle“ genau zu charakterisieren. Nicht selten begründet auch eine diffuse und allgemeine Sorge vor „Kortison“-Nebenwirkungen den Wunsch nach ICS-Alternativen.

6) Zu Abschnitt 1.5.9.5 „Asthma bronchiale in der Schwangerschaft“, Zeilen 540-541:

Aus Sicht der Bundesärztekammer wird der Aspekt einer Asthmatherapie während einer Schwangerschaft nur sehr knapp abgehandelt. Es sollte überlegt werden, ob nicht auch ein Hinweis auf ein Aufklärungsgespräch aufgenommen werden könnte, vergleiche die Empfehlung 9-2 der NVL Asthma *„Frauen mit Asthma sollen zu Beginn einer Schwangerschaft über die Bedeutung und Sicherheit der während der Schwangerschaft fortzuführenden medikamentösen Therapie mit dem Ziel einer guten Asthmakontrolle beraten werden“*. Hintergrund ist, dass viele Schwangere eine Verunsicherung bezüglich der Fortführung der Medikation empfinden. Eine aktive Aufforderung zur Kommunikation und ein ärztliches Gesprächsangebot können hier zu mehr Therapiesicherheit beitragen.

7) Zu Abschnitt 1.6.4 „Veranlassen einer Rehabilitationsleistung“, Zeile 622 ff:

In der NVL Asthma wird empfohlen, die Indikation für Rehabilitationsleistungen zu prüfen, wenn der Übergang in eine intensive Therapiestufe droht (Stufe 5 bei Erwachsenen und bei Kindern). Hier hat die Überweisung zum Ziel, Inhalationstechniken langfristig zu überprüfen und zu üben, um so möglicherweise eine Therapieeskalation mit einem teuren Dauermedikament zu vermeiden. Die Empfehlungen der NVL Asthma lauten *„Bei Erwachsenen soll vor der Behandlung in Stufe 5 die Indikation zu einer Rehabilitation geprüft werden“* (Empfehlung 4-32) und *„Bei Kindern und Jugendlichen sollte vor der Behandlung in Stufe 5 die Indikation zu einer stationären Rehabilitation geprüft werden“* (Empfehlung 4-44). Die Bundesärztekammer regt an, diese Aussagen in sinngemäßer Form auch in das DMP aufzunehmen.