Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale

ABSCHLUSSBERICHT

Projekt: V25-10 Version: 1.0 Stand: 15.10.2026 IQWiG-Berichte – Nr. 2370

DOI: 10.60584/V25-10

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags

15.10.2025

Interne Projektnummer

V25-10

DOI-URL

https://doi.org/10.60584/V25-10

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Siegburger Str. 237
50679 Köln

Tel.: +49 221 35685-0
Fax: +49 221 35685-1
E-Mail: info@iqwig.de
Internet: www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Zitiervorschlag

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale; Abschlussbericht [online]. 2026 [Zugriff: TT.MM.JJJJ]. URL: https://doi.org/10.60584/V25-10.

Schlagwörter

Asthma, Disease-Management-Programm, Leitliniensynopse

Keywords

Asthma, Disease-Management-Program, Guideline

Dieser Bericht wurde unter Beteiligung einer externen Sachverständigen erstellt. Externe Sachverständige, die wissenschaftliche Forschungsaufträge für das Institut bearbeiten, haben gemäß § 139b Abs. 3 Nr. 2 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung „alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen“ offenzulegen. Das Institut hat von der Sachverständigen ein ausgefülltes „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ erhalten. Die Angaben wurden durch das speziell für die Beurteilung der Interessenkonflikte eingerichtete Gremium des Instituts bewertet. Es wurden keine Interessenkonflikte festgestellt, die die fachliche Unabhängigkeit im Hinblick auf eine Bearbeitung des vorliegenden Auftrags gefährden.

Externe Sachverständige

- Maike Pincus, Kinderarztpraxis Karow, Berlin

Das IQWiG dankt der externen Sachverständigen für ihre Mitarbeit am Projekt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQWiG

- Susanne Ein Waldt
- Sabine Gruber-Hohaus
- Moritz Felsch
- Eva Höfer
- Ulrike Lampert
- Corinna Schaefer
- Anke Schulz

Inhaltsverzeichnis

Seite

Tabellenverzeichnis vii
Abbildungsverzeichnis xiii
Abkürzungsverzeichnis xiv
1 Hintergrund 1
2 Fragestellung 3
3 Kurzdarstellung des methodischen Vorgehens 4
4 Ergebnisse 5
4.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung 5
4.2 Versorgungsaspekte im Überblick 5
4.3 Definition des Asthma bronchiale (V1.1) 6
4.4 Synthese der Empfehlungen 7
4.4.1 Diagnostik (V1.2) 8
4.4.1.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung (V1.2.1) 11
4.4.1.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik (V1.2.2) 14
4.4.1.3 Allergologische Stufendiagnostik (V1.2.3) 30
4.4.1.4 Weitere Tests zur Diagnosesicherung (V1.2.X) 30
4.4.1.5 Labordiagnostik (V1.2.Y) 38
4.4.2 Therapieziele (V1.3) 38
4.4.3 Differenzierte Therapieplanung (V1.4) 38
4.4.3.1 Asthmakontrolle (V1.4.1) 38
4.4.3.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen (V1.4.2) 39
4.4.3.3 Selbstmanagement (V1.4.3) 44
4.4.3.4 Weitere Maßnahmen bei Jugendlichen (V1.4.4) 48
4.4.4 Therapeutische Maßnahmen (V1.5) 48
4.4.4.1 Nicht medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen (V1.5.1) 48
4.4.4.2 Strukturierte Schulung- und Behandlungsprogramme (V1.5.2) 53
4.4.4.3 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie) (V1.5.3) 57
4.4.4.4 Körperliche Aktivitäten (V1.5.4) 57
4.4.4.5 Rehabilitation (V1.5.5) 60
4.4.4.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung (V1.5.6) 60
4.4.4.7 Somatische Komorbiditäten (V1.5.7) 63
4.4.4.8 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation (V1.5.8) 63

4.4.4.9 Medikamentöse Maßnahmen (V1.5.9) ... 63
4.4.4.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene (V1.5.9.1) ... 72
4.4.4.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (V1.5.9.2) ... 93
4.4.4.9.3 Therapie der Exazerbation (V1.5.9.3) ... 126
4.4.4.9.4 Spezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung (V1.5.9.4) ... 131
4.4.4.9.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft (V1.5.9.5) ... 131
4.4.4.9.6 Schutzimpfungen (V1.5.9.6) ... 134
4.4.5 Kooperation der Versorgungssektoren (V1.6) ... 134
4.4.5.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt (V1.6.1) ... 136
4.4.5.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung (V1.6.2) ... 139
4.4.5.3 Einweisung in ein Krankenhaus (V1.6.3) ... 143
4.4.5.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung (V1.6.4) ... 143
4.4.6 Schulungen (V4) ... 147
4.4.6.1 Schulungen der Versicherten (V4.2) ... 147
5 Diskussion ... 148
5.1 Einordnung der Diskrepanzen ... 148
5.2 Diskussionspunkte ... 153
6 Fazit ... 154
Details des Berichts ... 156
A1 Projektverlauf ... 156
A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts ... 156
A1.2 Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf ... 156
A2 Methodik gemäß Berichtsplan 1.0 ... 158
A2.1 Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung ... 158
A2.1.1 Population ... 158
A2.1.2 Versorgungsaspekte ... 158
A2.1.3 Übertragbarkeit ... 158
A2.1.4 Publikationssprachen ... 159
A2.1.5 Empfehlungskennzeichnung ... 159
A2.1.6 Publikationszeitraum ... 159
A2.1.7 Gültigkeit ... 159
A2.1.8 Evidenzbasierung ... 160

A2.1.9 Nachvollziehbarkeit der Klassifizierungsschemata 160
A2.1.10 Publikationen ohne Zusatzinformationen 160
A2.1.11 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss 160
A2.2 Informationsbeschaffung 161
A2.2.1 Primäre Informationsquellen 161
A2.2.2 Weitere Informationsquellen 161
A2.2.3 Selektion relevanter Leitlinien 162
A2.3 Methodische Qualität der Leitlinien 162
A2.4 Kategorisierung der GoRs und LoEs 163
A2.5 Extraktion der Empfehlungen und Informationssynthese 164
A3 Details der Ergebnisse 167
A3.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung 167
A3.1.1 Recherche in Leitliniendatenbanken und bei Leitlinienanbietern 167
A3.1.2 Weitere Informationsquellen 168
A3.1.2.1 Anhörung 168
A3.1.2.2 Autorenanfragen 168
A3.1.3 Resultierender Leitlinienpool 168
A3.2 Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien 169
A3.3 Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien 170
A4 Kommentare 171
A4.1 Methodische Aspekte 171
A4.2 Würdigung der Anhörung 172
A4.2.1 Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan 172
A4.2.2 Würdigung der Anhörung zum Vorbericht 174
A5 Literatur 195
A6 Leitlinienlisten 199
A6.1 Liste der ausgeschlossenen Leitlinien mit Ausschlussgründen 199
A7 Leitlinienrecherche 205
A7.1 Suchbegriffe 205
A7.2 Liste aller durchsuchten Leitliniendatenbanken beziehungsweise -anbieter 205
A8 Empfehlungskategorien nach dem AWMF-Regelwerk Leitlinien und GRADE und Evidenzeinstufungen nach der Verfahrensordnung des GBA und GRADE 209
A9 Empfehlungs- und / oder Evidenzgrade der eingeschlossenen Leitlinien und ihre Kategorisierung 212
A10 Offenlegung von Beziehungen der externen Sachverständigen 218

Tabellenverzeichnis

Seite

Tabelle 1: Übersicht über die Versorgungsaspekte und Ergebnisse des Abgleichs der Leitlinienempfehlungen mit der DMP-A-RL 6
Tabelle 2: Definition des Asthma bronchiale 7
Tabelle 3: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2 Diagnostik „übergreifende Aspekte“ 9
Tabelle 4: Leitlinienempfehlungen zu V1.2 Diagnostik „übergreifende Aspekte“ 10
Tabelle 5: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.2.1 und Abgleich mit der DMP-A-RL 11
Tabelle 6: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung „Anamneseerhebung“ 12
Tabelle 7: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung „Anamneseerhebung“ 13
Tabelle 8: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.2.2 und Abgleich mit der DMP-A-RL 14
Tabelle 9: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Erwachsene „Spirometrie“ 15
Tabelle 10: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Erwachsene „Spirometrie“ 16
Tabelle 11: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Erwachsene „Reversibilitätstest“ 17
Tabelle 12: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Erwachsene „Reversibilitätstest“ 18
Tabelle 13: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Erwachsene „Peak-Flow-Messung (PEF)“ 19
Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Erwachsene „Peak-Flow-Messung (PEF)“ 20
Tabelle 15: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder / Jugendliche 5–17 Jahre „Spirometrie“ 21
Tabelle 16: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder/ Jugendliche 5–17 Jahre „Spirometrie“ 22
Tabelle 17: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder / Jugendliche 5–17 Jahre „Reversibilitätstest“ 23
Tabelle 18: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder / Jugendliche 5–17 Jahre „Reversibilitätstest“ 24
Tabelle 19: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder / Jugendliche 5–17 Jahre „Peak-Flow-Messung (PEF)“ 25

Tabelle 20: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder / Jugendliche 5–17 Jahre „Peak-Flow-Messung (PEF)“ 26
Tabelle 21: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder 1–5 Jahre „Verfahren“ 27
Tabelle 22: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder 1–5 Jahre „Verfahren“ 28
Tabelle 23: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.2.X und Abgleich mit der DMP-A-RL..... 30
Tabelle 24: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung „weitere objektive Tests bei Erwachsenen“..... 31
Tabelle 25: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung „weitere objektive Tests bei Erwachsenen“..... 32
Tabelle 26: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung: „FeNO-Messung bei Kindern und Jugendlichen“ 34
Tabelle 27: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung: „FeNO-Messung bei Kindern und Jugendlichen“ 35
Tabelle 28: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung „weitere diagnostische Tests bei Kindern und Jugendlichen“ 36
Tabelle 29: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung „weitere diagnostische Tests bei Kindern und Jugendlichen“ 37
Tabelle 30: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.4.2 und Abgleich mit der DMP-A-RL..... 39
Tabelle 31: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen „Asthmakontrolle“..... 40
Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zu V1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen „Asthmakontrolle“..... 41
Tabelle 33: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.4.3 und Abgleich mit der DMP-A-RL..... 44
Tabelle 34: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.4.3 Selbstmanagement „allgemeine Aspekte“ 45
Tabelle 35: Leitlinienempfehlungen zu V1.4.3 Selbstmanagement „allgemeine Aspekte“ 46
Tabelle 36: Leitlinienempfehlungen zu V1.4.3 Selbstmanagement „DiGAs / Telemedizin“ ... 47
Tabelle 37: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.5.1 und Abgleich mit der DMP-A-RL..... 48
Tabelle 38: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.1 Nicht medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen „Rauchen / Passivrauchen “ 49
Tabelle 39: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen „Rauchen / Passivrauchen“..... 50
Tabelle 40: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen „Komplementär- und Alternativmedizin““ 51

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen „Komplementär- und Alternativmedizin“ 52
Tabelle 42: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme „allgemeine Aspekte“ 54
Tabelle 43: Leitlinienempfehlungen zu V 1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme „allgemeine Aspekte“ 55
Tabelle 44: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme „Aktionsplan / Selbstmanagementplan“ 56
Tabelle 45: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme „Aktionsplan / Selbstmanagementplan“ 56
Tabelle 46: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.5.4 und Abgleich mit der DMP-A-RL 57
Tabelle 47: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.4. Körperliche Aktivitäten „Medikation“ 58
Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.4 Körperliche Aktivitäten „Medikation“ 59
Tabelle 49: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung „allgemeine Aspekte“ 61
Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu V 1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung „allgemeine Aspekte“ 62
Tabelle 51: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.5.9 und Abgleich mit der DMP-A-RL 63
Tabelle 52: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Inhalationssysteme“ 64
Tabelle 53: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Inhalationssysteme“ 65
Tabelle 54: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Therapiereduktion“ 68
Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Therapiereduktion“ 69
Tabelle 56: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Therapieintensivierung“ 70
Tabelle 57: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Therapieintensivierung“ 71
Tabelle 58: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.5.9.1 und Abgleich mit der DMP-A-RL 72
Tabelle 59: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.1 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „allgemeine Aspekte“ 73
Tabelle 60: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „allgemeine Aspekte“ 74

Tabelle 61: Darstellung der Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt V1.5.9.1 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 1“ 76
Tabelle 62: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 1“ 77
Tabelle 63: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.1 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 2“ 79
Tabelle 64: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 2“ 81
Tabelle 65: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.1 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 3“ 84
Tabelle 66: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 3“ 85
Tabelle 67: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 4“ 87
Tabelle 68: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 4“ 88
Tabelle 69: Darstellung der Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 5“ 90
Tabelle 70: Leitlinienempfehlungen zum Versorgungsaspekt V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 5“..... 91
Tabelle 71: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.5.9.2 und Abgleich mit der DMP-A-RL 93
Tabelle 72: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „allgemeine Aspekte“ 94
Tabelle 73: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „allgemeine Aspekte“ 95
Tabelle 74: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 1“ 97
Tabelle 75: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 1“ 99
Tabelle 76: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 2“ 102

Tabelle 77: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 2“ 104
Tabelle 78: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 3“ 108
Tabelle 79: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 3“ 109
Tabelle 80: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 4“ 112
Tabelle 81: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 4“ 113
Tabelle 82: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 5“ 118
Tabelle 83: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 5“ 119
Tabelle 84: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 6“ 122
Tabelle 85: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 6“ 123
Tabelle 86: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.3 „Initialbehandlung Asthmaanfall Erwachsene“ 127
Tabelle 87: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.3 Therapie der Exazerbationen „Initialbehandlung Asthmaanfall Erwachsene“ 128
Tabelle 88: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.3 „Initialbehandlung Asthmaanfall Kinder und Jugendliche“ 129
Tabelle 89: Leitlinienempfehlungen zuV1.5.9.3 Therapie der Exazerbationen „Initialbehandlung Asthmaanfall Kinder und Jugendliche“ 130
Tabelle 90: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.5.9.5 und Abgleich mit der DMP-A-RL 131
Tabelle 91: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft „allgemeine Aspekte“ 132
Tabelle 92: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft „allgemeine Aspekte“ 133

Tabelle 93: Darstellung der Diskrepanzen zu V1. 6 Kooperation der Versorgungssektoren „Kooperation in der Schwangerschaft“ 135
Tabelle 94: Leitlinienempfehlungen zu V1.6 Kooperation der Versorgungssektoren „Kooperation in der Schwangerschaft“ 135
Tabelle 95: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt „Betreuung Fachärztin / Facharzt“ 137
Tabelle 96: Leitlinienempfehlungen zu V 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt „Betreuung Fachärztin / Facharzt“ 138
Tabelle 97: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung „Indikationen“ 140
Tabelle 98: Leitlinienempfehlungen zu V1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung „Indikationen“ 141
Tabelle 99: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung „Indikationen / Kriterien“ 144
Tabelle 100: Leitlinienempfehlungen zu V1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung „Indikationen / Kriterien“ 145
Tabelle 101: Übersicht über die Kriterien für den Leitlinieneinschluss 161
Tabelle 102: Eingeschlossene Leitlinien 168
Tabelle 103: Überblick zu den Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien 169
Tabelle 104: Ergebnis der methodischen Bewertung 170
Tabelle 105: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Berichtsplan 173
Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht 175

Abbildungsverzeichnis

Seite

Abbildung 1: Ergebnis der Leitlinienrecherche und des Leitlinienscreenings 167

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	**Bedeutung**
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
DMP	Disease-Management-Programm
DMP-A-RL	DMP-Anforderungen-Richtlinie
FeNO	Fractional exhaled nitric Oxide (Fraktion des exhalierten Stickstoffmonoxids)
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GoR	Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad)
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
ICS	inhalative Glukokortikosteroide
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
LoE	Level of Evidence (Evidenzlevel)
MART	Maintenance and Reliever Therapy
NVL-Programm	Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien
PEF	Peak expiratory Flow (exspiratorischer Spitzenfluss)
SABA	kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika

1 Hintergrund

Disease-Management-Programme

Disease-Management-Programme (DMPs) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die auf den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin beruhen. Im Rahmen der Programme werden vorrangig Behandlungsmethoden eingesetzt, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen [1]. Die Patientinnen und Patienten erhalten damit eine Versorgung, die das Auftreten von Folgeschäden und akuten Verschlechterungen der Krankheit so weit wie möglich vermeiden und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessern soll. Ziel der DMPs ist es unter anderem, die Behandlung zu optimieren, die Zusammenarbeit der Leistungserbringer zu fördern und somit diagnostische und therapeutische Abläufe besser miteinander zu verzahnen [2]. Die inhaltlichen Anforderungen an ein DMP sind in der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) geregelt [3].

Betreffendes Krankheitsbild

Asthma bronchiale ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege, die anfallsartig auftritt und durch eine Überempfindlichkeit der Bronchien gegenüber unterschiedlichen Reizen (bronchiale Hyperreagibilität) [4] und einer variablen Atemwegsobstruktion gekennzeichnet ist [3]. Zu den typischen Symptomen gehören Giemen, Luftnot, ein Engegefühl in der Brust und Husten. Die Symptome treten unabhängig vom Schweregrad auf und können in Häufigkeit und Intensität variieren [5].

Asthma bronchiale wird in verschiedene Formen unterteilt. Die häufigsten Formen sind das allergische und nicht allergische Asthma wobei auch Mischformen aus beidem auftreten können [6]. Neben diesen Hauptformen werden auch andere Formen wie beispielsweise. das eosinophile oder das Cough-variant-Asthma unterschieden [7].

Die Entwicklung von Asthma bronchiale oder der Schweregrad der Erkrankung ist multifaktoriell bedingt und kann von endogenen Faktoren (wie beispielsweise genetische Prädisposition, Körpergewicht oder psychischen Faktoren) oder exogenen Faktoren (wie beispielsweise Allergenen, Tabakrauch oder Medikamenten) beeinflusst werden [7].

Asthma bronchiale kann sowohl im Kindes- oder Jugendalter (Early-onset Asthma) als auch im Erwachsenenalter (Adult-onset Asthma) erstmalig auftreten. Asthma, das im Kindes- oder Jugendalter auftritt hat häufig allergische Ursachen und kann bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben oder sich verstärken. Dem Adult-onset Asthma liegen seltener Allergien zugrunde. Der Verlauf ist häufig schwerer als beim Early-onset Asthma und es treten häufiger Exazerbationen auf [5]. Exazerbationen (akutes Asthma einschließlich Asthmaanfall) sind Phasen, in denen die asthmatypischen Symptome zunehmen und es zu einer Abnahme der

Lungenfunktion kommt. Im Rahmen von Exazerbationen können die Beschwerden nur gering ausgeprägt oder auch schwerwiegend sein und ohne adäquate Therapie zum Tod führen [7].

Epidemiologie

Laut dem Gesundheitsatlas Deutschland Asthma bronchiale waren im Jahr 2018 3,5 Millionen Menschen in Deutschland an Asthma bronchiale erkrankt, was einer Prävalenz von 4,2 % entspricht [6]. Asthma bronchiale ist zudem die häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter [8].

Im Krankheitsverlauf treten alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede auf. In der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen bis 14 Jahren erkranken Jungen häufiger als Mädchen an Asthma bronchiale. Dies ist auch die Altersgruppe der männlichen Betroffenen mit der höchsten Prävalenz (5,2 %). Bis zum 35. Lebensjahr gleichen sich die Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit der beiden Geschlechter an. Mit zunehmendem Alter sind dann anteilig mehr Frauen von der Erkrankung betroffen. Die höchste Prävalenz mit 6,8 % haben Frauen in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen [6].

Im Jahr 2024 waren in Deutschland laut Bundesversicherungsamt 1 126 284 GKV-Versicherte in das DMP Asthma bronchiale eingeschrieben. Damit hat das DMP Asthma bronchiale hinter den DMPs Diabetes mellitus Typ 2 und koronare Herzkrankheit (KHK) die dritthöchste Teilnehmerzahl [9].

Leitlinien

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringende sowie Patientinnen und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen. Sie haben zum Ziel, die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Bei evidenzbasierten Leitlinien liegen den Empfehlungen eine systematische Überprüfung der Evidenz und eine Bewertung des Nutzens und Schadens der alternativen Behandlungsoptionen zugrunde [10-12].

Von den Leitliniengruppen sollen Grades of Recommendation (GoRs) und Level of Evidence (LoEs) vergeben werden. Der GoR verleiht der Stärke einer Empfehlung Ausdruck und beruht unter anderem auf einer Abwägung des Nutzens und Schadens einer (medizinischen) Intervention in dem jeweils spezifischen Versorgungskontext sowie auf der Aussagesicherheit der zugrunde gelegten Evidenz beziehungsweise dem LoE. Der LoE stellt eine Bewertung der Ergebnissicherheit der den Empfehlungen zugrunde gelegten Studien dar. Leitlinienerstellende verwenden oft unterschiedliche Systeme zur Einstufung von GoRs und LoEs.

2 Fragestellung

Folgende Fragestellung soll beantwortet werden:

- Welche Diskrepanzen finden sich zwischen den Empfehlungen aktueller evidenzbasierter Leitlinien und der derzeit gültigen DMP-A-RL?

Zur Beantwortung der Fragestellung werden aktuelle evidenzbasierte Leitlinien identifiziert und bewertet. Anschließend werden die Empfehlungen mit der derzeit gültigen Anlage zum DMP Asthma bronchiale der DMP-A-RL abgeglichen und die Diskrepanzen erläutert.

Des Weiteren werden Empfehlungen zu digitalen medizinischen Anwendungen unabhängig von der Empfehlungsstärke und dem Evidenzlevel dargestellt.

3 Kurzdarstellung des methodischen Vorgehens

Die Zielpopulation der Leitliniensynopse bildeten Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale.

Es wurde eine systematische Recherche in Leitliniendatenbanken sowie bei fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern im Internet durchgeführt.

In die Untersuchung wurden spezifisch für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale entwickelte und ausschließlich evidenzbasierte Leitlinien eingeschlossen, die auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Die Leitlinien mussten von Oktober 2021 an publiziert sowie als gültig gekennzeichnet sein und / oder das genannte Überarbeitungsdatum nicht überschritten haben. Die Empfehlungen mussten formal eindeutig als solche gekennzeichnet sein.

Die eingeschlossenen Leitlinien wurden mithilfe des Appraisal-of-Guidelines-for-Research-&-Evaluation(AGREE)-II-Instruments methodisch bewertet.

Die für die Fragestellung relevanten Leitlinienempfehlungen wurden mit den dazugehörigen GoRs und / oder LoEs in standardisierte Tabellen extrahiert. Um eine Vergleichbarkeit der zumeist unterschiedlichen Systeme der Empfehlungs- und Evidenzgraduierung in den Leitlinien zu erreichen, wurden die in den Leitlinien verwendeten GoRs oder bei fehlendem GoR die LoEs den Kategorien hoch, nicht hoch und unklar zugeordnet.

Die Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien wurden den jeweiligen Inhalten der DMP-A-RL [3] (sogenannten Versorgungsaspekten, siehe Abschnitt A2.1.2) zugeordnet und mit diesen inhaltlich abgeglichen. Für die weitere Analyse wurden dann nur die Versorgungsaspekte berücksichtigt, die Empfehlungen mit Diskrepanzen aufwiesen. Anschließend erfolgte eine Bewertung der diskrepanten Empfehlungen auf Basis der kategorisierten GoRs oder bei unklarem GoR alternativ der kategorisierten LoEs.

Sofern in einem Versorgungsaspekt mindestens 1 diskrepante Empfehlung mit hohem GoR oder bei ausschließlich unklarem GoR mit hohem LoE vorlag, wurden die inhaltlichen Diskrepanzen mit hohem GoR oder alternativ hohem LoE erläutert. Die Leitlinien, auf denen die dargestellten Diskrepanzen basieren, wurden benannt und die Bewertung ihrer methodischen Qualität dargestellt. Zudem wurden alle, dem jeweiligen Versorgungsaspekt inhaltlich zugeordneten Empfehlungen, im Originalwortlaut aufgeführt.

Des Weiteren wurden, unabhängig vom GoR und LoE der Empfehlungen, die Versorgungsaspekte zu digitalen medizinischen Anwendungen in den Bericht aufgenommen und die Inhalte ihrer Empfehlungen zusammengefasst.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

Die Informationsbeschaffung ergab nach Titel- und Abstractscreening 65 potenziell relevante Dokumente, die im Volltext gesichtet wurden. Nach Prüfung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss wurden 6 relevante Leitlinien eingeschlossen. Die letzte Suche fand im Mai 2026 statt.

4.2 Versorgungsaspekte im Überblick

Aus den 6 eingeschlossenen Leitlinien wurden insgesamt 360 Empfehlungen in die Analyse einbezogen.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die übergeordneten Versorgungsaspekte entsprechend der DMP-A-RL, zu denen die jeweiligen Leitlinien Empfehlungen beziehungsweise diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR beziehungsweise bei unklarem GoR mit hohem LoE geben.

Tabelle 1: Übersicht über die Versorgungsaspekte und Ergebnisse des Abgleichs der Leitlinienempfehlungen mit der DMP-A-RL

Leitlinie	**Versorgungsaspekte (entsprechend der DMP-A-RL)**					
	Diagnostik	**Therapieziele**	**Differenzierte Therapieplanung**	**Therapeutische Maßnahmen**	**Kooperation der Versorgungssektoren**	**Schulungen**
ACCP 2026 [13]	–	–	–	○	–	–
ERS 2023[a] [14]	–	–	–	●	–	–
ERS 2022 [15]	○	–	–	–	–	–
NICE 2024 [16]	●	–	●	●	●	–
NVL 2024 [17]	●	–	●	●	●	–
VADoD 2025 [18]	○	–	○	●	–	–
Summe Leitlinien mit Empfehlungen	**4**	**0**	**3**	**5**	**2**	**0**
Summe Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR (LoE)	**2**	**0**	**2**	**4**	**2**	**0**

○: Die Leitlinie enthält zu dem jeweiligen Versorgungsaspekt Empfehlungen.
●: Mindestens eine der Empfehlungen der Leitlinie zu dem Versorgungsaspekt ist zur DMP-A-RL diskrepant und hat einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE.
–: Die Leitlinie enthält zu dem jeweiligen Versorgungsaspekt keine Empfehlungen.

a. Leitlinien, bei denen die Anzahl der Domänen mit Domänenscore ≥ 30 % kleiner als 3 ist, weisen eine geringe methodische Qualität auf (siehe Tabelle 104).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence

4.3 Definition des Asthma bronchiale (V1.1)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

4 Leitlinien geben Definitionen für die Erkrankung. Die in den Leitlinien gegebenen Definitionen sind in der folgenden Tabelle im Originalwortlaut dargestellt. Sie weichen nicht von der in der DMP-A-RL gegebenen Definition ab.

Tabelle 2: Definition des Asthma bronchiale

Originalwortlaut	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**
Asthma is primarily an inflammatory disorder of the airways […].	ERS 2023	2	nein
Asthma is defined by the cardinal symptoms of breathlessness, wheeze, chest tightness and cough, together with the presence of exaggerated expiratory airflow fluctuation that varies over time.	ERS 2022	2	nein
Asthma is characterised by variable respiratory symptoms such as wheeze, shortness of breath, chest tightness and cough and variable expiratory airflow limitation, and is usually associated with airway inflammation	ERS 2022	2	ja
Typical symptoms including breathlessness, wheezing, cough, chest tightness […].	ERS 2022	3	nein
Asthma ist eine heterogene Erkrankung, die durch eine chronische Entzündung der Atemwege charakterisiert ist. Sie ist gekennzeichnet durch das Auftreten zeitlich und in ihrer Intensität variierender Symptome, wie Atemnot, Giemen, Brustenge und Husten, sowie durch eine bronchiale Hyperreagibilität.	NVL 2024	13	ja
Asthma is characterized by airway obstruction that is usually at least partially reversible. Despite these unifying characteristics, asthma is a very heterogeneous condition.	VaDoD 2025	7	nein
LL: Leitlinie; n. z.: nicht zuordenbar			

4.4 Synthese der Empfehlungen

In den folgenden Abschnitten werden die Versorgungsaspekte und die Ergebnisse des inhaltlichen Abgleichs der jeweils zugeordneten Empfehlungen mit den Anforderungen der DMP-A-RL dargestellt.

Pro Versorgungsaspekt werden in Tabellen nur die Diskrepanzen mit hohem GoR oder alternativ hohem LoE erläutert und die Leitlinien, auf denen die dargestellten Diskrepanzen basieren, benannt sowie die Bewertung ihrer methodischen Qualität dargestellt.

Zu den Versorgungsaspekten, für die zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR bzw. alternativ hohem LoE identifiziert wurden, werden in einer nachfolgenden Tabelle alle inhaltlich zugeordneten Empfehlungen, unabhängig von GoR und LoE, in Originalsprache aufgeführt. Dabei werden die diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR oder alternativ hohem LoE gekennzeichnet.

In den Überschriften der folgenden Abschnitte wird hinter der Bezeichnung des Versorgungsaspekts in Klammern die Nummerierung des entsprechenden Abschnitts der DMP-A-RL angegeben. Zusätzlich in den Leitlinien identifizierte Versorgungsaspekte, die sich inhaltlich nicht einem Versorgungsaspekt der DMP-A-RL zuordnen lassen, werden mit Variablen zum Beispiel X, Y (Beispiel: „Spezifische Patientengruppen [VX]“) nummeriert.

4.4.1 Diagnostik (V1.2)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NICE 2024 [16], NVL 2024 [17]):

- übergreifende Aspekte

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurden diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR identifiziert. In den folgenden Tabellen werden der Versorgungsaspekt sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 3: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2 Diagnostik „übergreifende Aspekte“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ bei Erst-Vorstellung mit schwerer Symptomatik Durchführung objektiver Tests wie Bestimmung der Eosinophilenanzahl, FeNO- oder PEF-Messung vor oder nach Bronchodilatatorgabe zur Unterstützung der Diagnosestellung (NICE 2024) ▪ Überprüfen der Diagnose insbesondere bei unzureichender Asthmakontrolle trotz leitliniengerechter Therapie oder nach mehrmonatigem Auslassversuch unter Berücksichtigung saisonaler Triggerfaktoren (NVL 2024♦)	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.

a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; FeNo: fraktioniertes exhaliertes Stickstoffmonoxid; GoR: Grade of Recommendation; PEF: Peak expiratory flow; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 4: Leitlinienempfehlungen zu V1.2 Diagnostik „übergreifende Aspekte“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	1.1 Initial clinical assessment 1.1.2 Do not confirm a diagnosis of asthma without a suggestive clinical history and a supporting objective test. Code as suspected asthma until the diagnosis is confirmed.	NICE 2024	9	n. z.	n. z.	strong for	ja
	1.1.3 If the diagnosis of asthma is confirmed, record the basis for this in the person's medical records, alongside the coded diagnostic entry.	NICE 2024	9	n. z.	n. z.	strong for	ja
diskrepant	**Initial treatment and objective tests for acute symptoms at presentation** 1.1.5 Treat people immediately if they are acutely unwell or highly symptomatic at presentation, and perform objective tests that may help support a diagnosis of asthma (for example, eosinophil count, fractional exhaled nitric oxide [FeNO], spirometry or peak expiratory flow [PEF] before and after bronchodilator) if the equipment is available.	NICE 2024	10	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
diskrepant	Im Zweifel soll die Diagnose Asthma überprüft bzw. in Frage gestellt werden, insbesondere: bei unzureichender Kontrolle trotz leitliniengerechter Therapie oder nach einem mehrmonatigen Auslassversuch unter Berücksichtigung saisonaler Triggerfaktoren.	NVL 2024	26	ja	e	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

4.4.1.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung (V1.2.1)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien und ihr Abgleich mit der DMP-A-RL

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 3 Leitlinien Empfehlungen zu den in Tabelle 5 gelisteten Versorgungsaspekten identifiziert (NICE 2024 [16], NVL 2024 [17], VaDoD 2025 [18]):

Tabelle 5: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.2.1 und Abgleich mit der DMP-A-RL

Versorgungsaspekt	**Abgleich mit der DMP-A-RL**		
	Diskrepanzen mit hohem GoR (ggf. hohem LoE)	**diskrepante Inhalte ohne hohen GoR (ggf. ohne hohen LoE)**	**keine diskrepanten Inhalte**
Anamneseerhebung (siehe Tabelle 6)	X	–	–
berufsbedingte Auslöser	–	–	X
X: Es liegen entsprechende Empfehlungen vor. DMP: Disease-Management-Programm; DMP-A-RL: DMP-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence			

In den folgenden Tabellen werden der Versorgungsaspekt mit mindestens 1 diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR aufweist, sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 6: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung „Anamneseerhebung“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
weitere, nicht in der DMP-A-RL genannte zu berücksichtigende Aspekte bei der Anamneseerhebung: ▪ Auslösende Faktoren: Medikamente (z. B. NSAR, ASS, Betarezeptorenblocker), emotionale Belastungsfaktoren[#] (NVL 2024♦) ▪ Risikofaktoren: Vorhandensein anderer Erkrankungen des atopischen Formenkreises (z. B. Ekzem, Rhinitis)[#] (NVL 2024♦) ▪ Komorbiditäten: dysfunktionale Atmung, COPD[#] (NVL 2024♦)	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.
#: Methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE.

a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

ASS: Acetylsalicylsäure; AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; COPD: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence; NSAR: nicht-steroidale Antirheumatika; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 7: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung „Anamneseerhebung“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
	Obtain a structured clinical history in people with suspected asthma. Specifically, check for: ▪ reported wheeze, noisy breathing, cough, breathlessness or chest tightness, and any variation (for example, worse during the night or early morning, or seasonal) in these symptoms ▪ any triggers that make symptoms worse ▪ a personal or family history of asthma or allergic rhinitis ▪ symptoms to suggest alternative diagnoses (see the tables on alternative diagnoses in wheezy children and alternative diagnoses in adults in the BTS / SIGN British guideline on the management of asthma SIGN 158).	NICE 2024	9	n. z.	n. z.	strong for	ja
diskrepant	Bei Verdacht auf ein Asthma soll eine ausführliche Anamnese unter Berücksichtigung der in Tabelle 2 *(in der Leitlinie)* genannten Symptome, auslösenden Faktoren, Komorbiditäten und Risikofaktoren erhoben werden.	NVL 2024	16	ja	k[b]	⇑⇑	ja[a]
	We suggest identifying known risk factors (e.g., deployment, smoking) for developing asthma and asthma-associated conditions (e.g., depression, anxiety disorders).	VADoD 2025	32	ja	low	weak for	nein
	In adults and children with asthma, we suggest identifying known risk factors of asthma-related outcomes including overweight / obesity, atopy, air quality, secondhand smoke exposure in children, and history of lower respiratory infection and screening for presence of anxiety or depression.	VADoD 2025	33	ja	n. z.	weak for	nein

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

BTS: British Thoracic Society; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; V: Versorgungsaspekt

4.4.1.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik (V1.2.2)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien und ihr Abgleich mit der DMP-A-RL

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 3 Leitlinien Empfehlungen zu den in Tabelle 8 gelisteten Versorgungsaspekten identifiziert (ERS 2022 [15], NICE 2024 [16], NVL 2024 [17]):

Tabelle 8: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.2.2 und Abgleich mit der DMP-A-RL

Versorgungsaspekt	**Abgleich mit der DMP-A-RL**		
	Diskrepanzen mit hohem GoR (ggf. hohem LoE)	**diskrepante Inhalte ohne hohen GoR (ggf. ohne hohen LoE)**	**keine diskrepanten Inhalte**
▪ allgemeine Aspekte	–	–	X
Erwachsene			
▫ Spirometrie (siehe Tabelle 9)	X	–	–
▫ Reversibilitätstest (siehe Tabelle 11)	X	–	–
▫ Provokationstest	–	–	X
▫ Peak-Flow Messung (siehe Tabelle 13)	X	–	–
Kinder 5–17 Jahre			
▫ Spirometrie (siehe Tabelle 15)	X	–	–
▫ Reversibilitätstest (siehe Tabelle 17)	X	–	–
▫ Provokationstest	–	–	X
▫ Peak-Flow Messung (siehe Tabelle 19)	X	–	–
Kinder 1–5 Jahre			
▪ Verfahren (siehe Tabelle 21)	X	–	–
X: Es liegen entsprechende Empfehlungen vor. DMP: Disease-Management-Programm; DMP-A-RL: DMP-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence			

In den folgenden Tabellen werden die Versorgungsaspekte mit mindestens 1 diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR aufweist, sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 9: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Erwachsene „Spirometrie“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ mögliche ergänzende Verfahren zur Spirometrie (als basisdiagnostisches Verfahren), die weniger von der Mitarbeit der Patientin / des Patienten abhängig sind wie z. B. die Bodyplethysmographie[#] (NVL 2024[♦]) ▪ die bei der Spirometrie heranzuziehende Werte: Verwendung der besten Werte aus mindestens 3 Fluss-Volumen-Kurven[#] (NVL 2024[♦])	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. ♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 10: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Erwachsene „Spirometrie“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	PICO 1: Can airway obstruction measured by spirometry help diagnose asthma in adults with episodic / chronic suggestive symptoms? **Recommendation** ▪ The taskforce recommends performing spirometry to detect airway obstruction as part of the diagnostic work-up of adults aged > 18 years with suspected asthma	ERS 2022	5	ja	low	strong	ja
	Remarks ▪ A forced expiratory volume in 1s (FEV_1) / forced vital capacity (FVC) ratio below the lower limit of normal (LLN) or < 0.75, higher than the commonly utilised 0.70 threshold, should be considered supportive of an asthma diagnosis and should prompt further testing (see algorithm *[in der Leitlinie]*). ▪ Normal spirometry does not exclude asthma.	ERS 2022	5	ergänzende Aussagen ohne methodische Erläuterung			
diskrepant	Die Spirometrie mit Darstellung der vollständigen Fluss-Volumen-(FV)-Kurve soll die Basis der Funktionsdiagnostik sein. Da das Verfahren mitarbeits-abhängig ist, sollen ggf. zusätzlich weniger mitarbeitsabhängige Methoden herangezogen werden (z. B. Bodyplethysmographie).	NVL 2024	19	n. z.	k[b]	⇑⇑	ja
diskrepant	Bei der Spirometrie sollen die besten Werte aus mindestens drei reproduzierbaren Fluss-Volumen-Kurven verwendet werden.	NVL 2024	19	n. z.	k[b]	⇑⇑	ja

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Reversibilitätstest“ bei Erwachsenen dargestellt.

Tabelle 11: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Erwachsene „Reversibilitätstest“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
von der DMP-A-RL abweichend: ▪ wenn keine Diagnosebestätigung durch Bestimmung der Eosinophilenanzahl im Blut oder des FeNO-Wertes dann Reversibilitätstest mittels Spirometrie (NICE 2024) ▪ Diagnosestellung Asthma auch bei FEV_1-Anstieg ≥ 10 % des erwarteten jeweiligen normalen FEV_1-Wertes (NICE 2024) Hinweis: siehe Diskussion Abschnitt 5.1	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %)
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; FEV_1: forciertes exspiratorisches Volumen in einer Sekunde; GoR: Grade of Recommendation; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 12: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Erwachsene „Reversibilitätstest“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.2 Objective tests for diagnosing asthma in adults […] with a history suggestive of asthma** **Adults** 1.2.2 If asthma is not confirmed by eosinophil count or FeNO level, measure bronchodilator reversibility (BDR) with spirometry. Diagnose asthma if the FEV_1 increase is 12 % or more and 200 ml or more from the pre-bronchodilator measurement (or if the FEV_1 increase is 10 % or more of the predicted normal FEV_1).	NICE 2024	11	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	Bei Patient*innen mit nachgewiesener Atemwegsobstruktion soll zur Bestätigung der Diagnose zunächst ein Reversibilitätstest mit kurzwirkenden Beta2-Sympathomimetika (SABA) durchgeführt werden.	NVL 2024	20	ja	k	⇑⇑	ja
	Zusätzlich kann ein Reversibilitätstest mit einem rasch wirksamen Anticholinergikum durchgeführt werden.	NVL 2024	20	ja	k	⇔	nein
	Bei Patient*innen mit begründetem Verdacht auf ein Asthma kann zur Sicherung der Diagnose zeitlich begrenzt ein Therapieansprechen auf inhalative Corticosteroide (ICS) oder orale Corticosteroide (OCS) geprüft werden.	NVL 2024	22	ja	e	⇔	nein

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; FeNo: Fraktion des exhalierten Stickstoffmonoxids; FEV_1: forced expiratory volume in 1 second; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Peak-Flow-Messung (PEF)“ bei Erwachsenen dargestellt.

Tabelle 13: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Erwachsene „Peak-Flow-Messung (PEF)“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL im Rahmen die Diagnostik genannt: ▪ wenn Spirometrie nicht möglich oder Verzögerung der Durchführbarkeit dann PEF-Messung 2x tgl. über 2 Wochen; Diagnosestellung Asthma, wenn die PEF-Variabilität (ausgedrückt als prozentualer Mittelwert der Amplitude) ≥ 20 % (NICE 2024) ▪ keine ausschließliche Diagnosestellung mittels PEF-Messung[#] (NVL 2024[♦])	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE.

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.

a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence; PEF: Peak expiratory flow; tgl.: täglich; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 14: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Erwachsene „Peak-Flow-Messung (PEF)“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	PICO 2: Can PEF variability testing help diagnose asthma in adults with episodic / chronic suggestive symptoms? **Recommendation** The taskforce suggests not recording PEF variability as the primary test to make a diagnosis of asthma diagnosis.	ERS 2022	8	n. z.	low	conditio-nal	nein
	Remarks ▪ PEF may be considered if no other lung function test is available, including spirometry at rest and bronchial challenge testing. ▪ PEF should be monitored over a 2-week period and a variation of > 20 % considered as supportive of asthma diagnosis. ▪ PEF variability < 20 % does not rule out asthma. ▪ PEF may be especially useful to support a diagnosis of occupational asthma.	ERS 2022	8	ergänzende Aussagen ohne methodische Erläuterung			
diskrepant	**1.2 Objective tests for diagnosing asthma in adults […] with a history suggestive of asthma** **Adults** 1.2.3 If spirometry is not available or it is delayed, measure peak expiratory flow (PEF) twice daily for 2 weeks. Diagnose asthma if PEF variability (expressed as amplitude percentage mean) is 20 % or more.	NICE 2024	11	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
diskrepant	Die Diagnose des Asthmas soll nicht ausschließlich durch Anwendung der Peak-Flow-Messung (PEF) gestellt werden.	NVL 2024	22	ja	k[b]	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; PEF: Peak expiratory flow; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Spirometrie“ bei Kindern und Jugendlichen 5 bis 17 Jahre dargestellt.

Tabelle 15: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder / Jugendliche 5–17 Jahre „Spirometrie“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ mögliche ergänzende Verfahren zur Spirometrie (als basisdiagnostisches Verfahren), die weniger von der Mitarbeit der Patientin / des Patienten abhängig sind wie z. B. die Bodyplethysmographie[#] (NVL 2024[♦]) ▪ die bei der Spirometrie heranzuziehende Werte: Verwendung der besten Werte aus mindesten 3 Fluss-Volumen-Kurven[#] (NVL 2024[♦])	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. ♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 16: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder / Jugendliche 5–17 Jahre „Spirometrie“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
diskrepant	Die Spirometrie mit Darstellung der vollständigen Fluss-Volumen-(FV)-Kurve soll die Basis der Funktionsdiagnostik sein. Da das Verfahren mitarbeits-abhängig ist, sollen ggf. zusätzlich weniger mitarbeitsabhängige Methoden herangezogen werden (z. B. Bodyplethysmographie).	NVL 2024	19	n. z.	k[b]	⇑⇑	ja[a]
diskrepant	Bei der Spirometrie sollen die besten Werte aus mindestens drei reproduzier-baren Fluss-Volumen-Kurven verwendet werden.	NVL 2024	19	n. z.	k[b]	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle wird die Diskrepanz zum Versorgungsaspekt „„Reversibilitätstest“ bei Kindern und Jugendlichen 5 bis 17 Jahre dargestellt.

Tabelle 17: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder / Jugendliche 5–17 Jahre „Reversibilitätstest“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
▪ von der DMP-A-RL abweichend: ▫ bei anamnestischem Hinweis auf Asthma und nicht erhöhten FeNO-Werten oder keiner Verfügbarkeit der FeNO-Messung dann Durchführung eines Reversibilitätstests (NICE 2024) ▪ nicht in der DMP-A-RL genannter FEV_1-Wert zur Diagnosestellung: ▫ Diagnosestellung Asthma auch bei FEV_1-Anstieg ≥ 10 % des erwarteten jeweiligen normalen FEV_1-Wertes (NICE 2024) Hinweis: zur nachrangigen Durchführung des Reversibilitätstests nach der FeNO-Messung siehe Diskussion Abschnitt 5.1	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %)
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; FeNO: Fraktion des exhalierten Stickstoffmonoxids; GoR: Grade of Recommendation; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 18: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder / Jugendliche 5–17 Jahre „Reversibilitätstest“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.2 Objective tests for diagnosing asthma in […] young people and children aged 5 to 16 with a history suggestive of asthma** **Children aged 5 to 16** 1.2.6 If the FeNO level is not raised, or if FeNO testing is not available, measure BDR with spirometry. Diagnose asthma if the FEV_1 increase is 12 % or more from baseline (or if the FEV_1 increase is 10 % or more of the predicted normal FEV_1).	NICE 2024	11	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	Bei Patient*innen mit begründetem Verdacht auf ein Asthma kann zur Sicherung der Diagnose zeitlich begrenzt ein Therapieansprechen auf inhalative Corticosteroide (ICS) oder orale Corticosteroide (OCS) geprüft werden.	NVL 2024	20	ja	k	⇔	nein
	Zusätzlich kann ein Reversibilitätstest mit einem rasch wirksamen Anticholinergikum durchgeführt werden.	NVL 2024	20	ja	k	⇔	nein
	Bei Patient*innen mit nachgewiesener Atemwegsobstruktion soll zur Bestätigung der Diagnose zunächst ein Reversibilitätstest mit kurzwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (SABA) durchgeführt werden.	NVL 2024	20	ja	k	⇑⇑	ja

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

BDR: bronchodilator reversibility; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; FeNO: fractional exhaled nitric oxide; FEV_1: forced expiratory volume in one second; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Peak-Flow-Messung (PEF)“ bei Kindern und Jugendlichen 5 bis 17 Jahre dargestellt.

Tabelle 19: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder / Jugendliche 5–17 Jahre „Peak-Flow-Messung (PEF)“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt im Rahmen die Diagnostik: ▪ wenn Spirometrie nicht möglich oder Verzögerung der Durchführbarkeit dann PEF-Messung 2x tgl. über 2 Wochen; Diagnosestellung Asthma, wenn die PEF-Variabilität (ausgedrückt als prozentualer Mittelwert der Amplitude) ≥ 20 % (NICE 2024) ▪ keine ausschließliche Diagnosestellung mittels PEF-Messung[#] (NVL 2024♦)	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. ♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; Level of Evidence; PEF: Peak expiratory flow; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 20: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder / Jugendliche 5–17 Jahre „Peak-Flow-Messung (PEF)“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.2 Objective tests for diagnosing asthma in […] young people and children aged 5 to 16 with a history suggestive of asthma** **Children aged 5 to 16** 1.2.7 If spirometry is not available or it is delayed, measure PEF twice daily for 2 weeks. Diagnose asthma if PEF variability (expressed as amplitude percentage mean) is 20 % or more.	NICE 2024	11	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
diskrepant	Die Diagnose des Asthmas soll nicht ausschließlich durch Anwendung der Peak-Flow-Messung (PEF) gestellt werden.	NVL 2024	22	ja	k[b]	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; PEF: Peak expiratory flow; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Verfahren“ bei Kindern 1 bis 5 Jahre dargestellt.

Tabelle 21: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder 1–5 Jahre „Verfahren“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannte weitere Maßnahmen bei unter 5-Jährigen: ▪ wenn objektive Tests nicht durchführbar: ▫ Versuch der Wiederholung objektiver Tests alle 6 bis 12 Monate bis zum Erreichen zufriedenstellender Ergebnisse (NICE 2024) ▫ Überweisung zur fachärztlichen Untersuchung, wenn kein Therapieansprechen (NICE 2024) ▪ Überweisung jedes Vorschulkindes zur pädiatrischen Pneumologin / zum pädiatrischen Pneumologen im Rahmen der Diagnostik sofern in den letzten 12 Monaten eine stationäre Aufnahme ins Krankenhaus wegen pfeifender Atemgeräusche oder ≥ 2-malig eine Vorstellung aufgrund solcher Symptome in einer Notfallaufnahme erfolgt ist (NICE 2024) ▪ mögliche ergänzende Verfahren zur Spirometrie, die weniger von der Mitarbeit der Patientin / des Patienten abhängig sind wie z. B. die Bodyplethysmographie[#] (NVL 2024[♦]) ▪ die bei der Spirometrie heranzuziehenden Werte: Verwendung der besten Werte aus mindesten 3 Fluss-Volumen-Kurven[#] (NVL 2024[♦]) ▪ keine ausschließliche Diagnosestellung mittels PEF-Messung[#] (NVL 2024[♦]) Hinweis: In der Leitlinie NVL 2024 [17] gibt es einen Hinweis zu Besonderheiten für Kinder ≤ 5 Jahren bezüglich der ermittelten Werte, die sich aufgrund des Größenverhältnisses von Atemwegen und Lungenvolumen im Vergleich zu älteren Kindern unterscheiden und deshalb nicht zur Beurteilung der Atemwegsobstruktion herangezogen werden können. Die Dokumentation zusätzlicher Lungenfunktionsparameter ist notwendig.	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE.

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.

a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence; PEF: Peak expiratory flow; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 22: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder 1–5 Jahre „Verfahren“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.3 Diagnosing asthma in children under 5** 1.3.2 If a child is unable to perform objective tests when they are aged 5: ▪ try doing the tests again every 6 to 12 months until satisfactory results are obtained ▪ refer for specialist assessment if the child's asthma is not responding to treatment.	NICE 2024	14	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
diskrepant	1.3.3 Refer to a specialist respiratory paediatrician any preschool child with an admission to hospital, or 2 or more admissions to an emergency department, with wheeze in a 12-month period	NICE 2024	14	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
diskrepant	Die Spirometrie mit Darstellung der vollständigen Fluss-Volumen-(FV)-Kurve soll die Basis der Funktionsdiagnostik sein. Da das Verfahren mitarbeitsabhängig ist, sollen ggf. zusätzlich weniger mitarbeitsabhängige Methoden herangezogen werden (z. B. Bodyplethysmographie).	NVL 2024	19	n. z.	k[b]	⇑⇑	ja[a]
diskrepant	Bei der Spirometrie sollen die besten Werte aus mindestens drei reproduzierbaren Fluss-Volumen-Kurven verwendet werden.	NVL 2024	19	n. z.	k[b]	⇑⇑	ja[a]
	Bei Patient*innen mit nachgewiesener Atemwegsobstruktion soll zur Bestätigung der Diagnose zunächst ein Reversibilitätstest mit kurzwirkenden Beta2-Sympathomimetika (SABA) durchgeführt werden.	NVL 2024	20	ja	k	⇑⇑	ja
	Zusätzlich kann ein Reversibilitätstest mit einem rasch wirksamen Anticholinergikum durchgeführt werden.	NVL 2024	20	ja	k	⇔	nein
	Bei Patient*innen mit begründetem Verdacht auf ein Asthma kann zur Sicherung der Diagnose zeitlich begrenzt ein Therapieansprechen auf inhalative Corticosteroide (ICS) oder orale Corticosteroide (OCS) geprüft werden.	NVL 2024	20	ja	k	⇔	nein

Tabelle 22: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Kinder 1–5 Jahre „Verfahren“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
	Sofern die Lungenfunktion nicht eingeschränkt ist, aber die Anamnese für ein Asthma spricht, sollte die Diagnose durch den Nachweis einer unspezifischen bronchialen Hyperreagibilität erhärtet werden.	NVL 2024	21	ja	k	⇑	nein
diskrepant	Die Diagnose des Asthmas soll nicht ausschließlich durch Anwendung der Peak-Flow-Messung (PEF) gestellt werden.	NVL 2024	22	ja	k[b]	⇑⇑	ja[a]
	Der diagnostische Zusatznutzen von FeNO in der Primärdiagnostik ist Gegenstand aktueller Forschung. Konfirmatorische Studien liegen noch nicht vor. Das Vorliegen von hohen FeNO-Werten (> 50 ppb) spricht bei entsprechender Anamnese mit hoher Wahrscheinlichkeit für die Diagnose Asthma und für das Ansprechen auf ICS. Ein niedriger FeNO-Wert schließt die Diagnose Asthma nicht aus.	NVL 2024	22	ja	e	Statement	nein

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; ppb: parts per billion; V: Versorgungsaspekt

4.4.1.3 Allergologische Stufendiagnostik (V1.2.3)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (ERS 2022 [15], NVL 2024 [17]):

- allgemeine Aspekte

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurden keine diskrepanten Empfehlungen identifiziert.

4.4.1.4 Weitere Tests zur Diagnosesicherung (V1.2.X)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien und ihr Abgleich mit der DMP-A-RL

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 3 Leitlinien Empfehlungen zu den in Tabelle 23 gelisteten Versorgungsaspekten identifiziert (ERS 2022 [15], NICE 2024 [16], NVL 2024 [17]):

Tabelle 23: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.2.X und Abgleich mit der DMP-A-RL

Versorgungsaspekt	**Abgleich mit der DMP-A-RL**		
	Diskrepanzen mit hohem GoR (ggf. hohem LoE)	**diskrepante Inhalte ohne hohen GoR (ggf. ohne hohen LoE)**	**Keine diskrepanten Inhalte**
weitere objektive Tests bei Erwachsenen (siehe Tabelle 24)	X	–	–
FeNO-Messung bei Kindern und Jugendlichen (siehe Tabelle 26)	X	–	–
weitere diagnostische Tests bei Kindern und Jugendlichen (siehe Tabelle 28)	X	–	–
X: Es liegen entsprechende Empfehlungen vor. DMP: Disease-Management-Programm; DMP-A-RL: DMP-Anforderungen-Richtlinie; FeNO: fraktioniertes exhaliertes Stickstoffmonoxid; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence			

In den folgenden Tabellen werden die Versorgungsaspekte mit mindestens 1 diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR aufweist, sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 24: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung „weitere objektive Tests bei Erwachsenen“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ bei Erwachsenen mit anamnestischem Hinweis auf Asthma: FeNO-Messung oder Bestimmung der Eosinophilenanzahl und Diagnosestellung Asthma, wenn Eosinophilenanzahl Laborreferenzbereich überschreitet oder FeNO-Wert ≥ 50ppb (NICE 2024) Hinweis: siehe Diskussion Abschnitt 5.1	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %)
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; FeNo: fraktioniertes exhaliertes Stickstoffmonoxid; GoR: Grade of Recommendation; ppb: parts per billion; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 25: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung „weitere objektive Tests bei Erwachsenen“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	PICO 3: Can measuring exhaled nitric oxide fraction help diagnose asthma in adults with episodic / chronic suggestive symptoms? **Recommendation** In patients suspected of asthma, in whom the diagnosis is not established based on the initial spirometry combined with bronchodilator reversibility testing, the taskforce suggests measuring exhaled nitric oxide fraction (FeNO) as part of the diagnostic work-up of adults aged ≥ 18 years with suspected asthma.	ERS 2022	9f	ja	moderate	conditio-nal	nein
	Remarks ▪ A cut-off value of 40 ppb offers the best compromise between sensitivity and specificity, while a cut-off of 50 ppb has a high specificity close to 90 % and is supportive of a diagnosis of asthma. ▪ A FeNO value < 40 ppb does not rule out asthma; similarly, high FeNO levels themselves do not define asthma. ▪ FeNO values are markedly reduced by smoking, impaired airway calibre, treatment with ICS or anti-interleukin (IL)4 / IL13-receptor-α antibody.	ERS 2022	9	ja	ergänzende Aussagen ohne methodische Erläuterung		
	PICO 6: Can combining FeNO, blood eosinophils and IgE help diagnose asthma in adults with episodic / chronic suggestive symptoms? **Recommendation** The taskforce suggests not combining FeNO, blood eosinophils and serum IgE to make a diagnosis of asthma	ERS 2022	12	ja	moderate	conditio-nal	nein

Tabelle 25: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung „weitere objektive Tests bei Erwachsenen“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.2 Objective tests for diagnosing asthma in adults […] with a history suggestive of asthma** **Adults** 1.2.1 Measure the blood eosinophil count or fractional exhaled nitric oxide (FeNO) level in adults with a history suggestive of asthma. Diagnose asthma if the eosinophil count is above the laboratory reference range or the FeNO level is 50 ppb or more.	NICE 2024	11	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	Der diagnostische Zusatznutzen von FeNO in der Primärdiagnostik ist Gegenstand aktueller Forschung. Konfirmatorische Studien liegen noch nicht vor. Das Vorliegen von hohen FeNO-Werten (> 50 ppb) spricht bei entsprechender Anamnese mit hoher Wahrscheinlichkeit für die Diagnose Asthma und für das Ansprechen auf ICS. Ein niedriger FeNO-Wert schließt die Diagnose Asthma nicht aus.	NVL 2024	22	ja	e	Statement	nein

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; FeNO: fractional exhaled nitric oxide; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; ppb: parts per billion; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle wird die Diskrepanz zum Versorgungsaspekt „FeNO-Messung bei Kindern und Jugendlichen“ dargestellt.

Tabelle 26: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung: „FeNO-Messung bei Kindern und Jugendlichen“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannter objektiver Test bei Kindern ab 5 Jahren und Jugendlichen: ▪ FeNO-Messung bei anamnestischem Hinweis auf Asthma und Diagnosestellung Asthma bei FeNO Wert ≥ 35 ppb (NICE 2024) Hinweis: siehe Diskussion Abschnitt 5.1	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %)
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; FeNo: fraktioniertes exhaliertes Stickstoffmonoxid; GoR: Grade of Recommendation; PEF: ppb: parts per billion; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 27: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung: „FeNO-Messung bei Kindern und Jugendlichen“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.2 Objective tests for diagnosing asthma in […] children aged 5 to 16 with a history suggestive of asthma** **Children aged 5 to 16** 1.2.5 Measure the FeNO level in children with a history suggestive of asthma. Diagnose asthma if the FeNO level is 35 ppb or more.	NICE 2024	11	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	Der diagnostische Zusatznutzen von FeNO in der Primärdiagnostik ist Gegenstand aktueller Forschung. Konfirmatorische Studien liegen noch nicht vor. Das Vorliegen von hohen FeNO-Werten (> 50 ppb) spricht bei entsprechender Anamnese mit hoher Wahrscheinlichkeit für die Diagnose Asthma und für das Ansprechen auf ICS. Ein niedriger FeNO-Wert schließt die Diagnose Asthma nicht aus.	NVL 2024	22	ja	e	Statement	nein

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; FeNO: fractional exhaled nitric oxide; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; ppb: parts per billion; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „weitere diagnostische Tests bei Kindern und Jugendlichen“ dargestellt.

Tabelle 28: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung „weitere diagnostische Tests bei Kindern und Jugendlichen“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
bisher nicht in der DMP-A-RL genannter Test bei Kindern ab 5 Jahren und Jugendlichen: ▪ bei nach FeNO-Messung, Reversibilitätstest oder PEF-Messung nicht bestätigter Diagnose aber weiterhin vermutetem Asthma anhand klinischer Befunde weitere Diagnostik mittels: ▫ Hautpricktest auf Hausstaubmilben oder ▫ Bestimmung des Gesamt-IgE-Spiegels und der Eosinophilenanzahl (NICE 2024) ▪ Diagnosestellung Asthma bei Nachweis der Sensibilisierung auf Hausstaubmilben oder erhöhtem Gesamt-IgE-Spiegel und einer Eosinophilenanzahl > 0,5 × 10^9 / l (NICE 2024) Hinweis: siehe Diskussion Abschnitt 5.1	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %)
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; FeNO: Fraktion des exhalierten Stickstoffmonoxids; PEF: Peak expiratory flow; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle wird die Empfehlung zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 29: Leitlinienempfehlungen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung „weitere diagnostische Tests bei Kindern und Jugendlichen“

Diskrepante Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.2 Objective tests for diagnosing asthma in […] children aged 5 to 16 with a history suggestive of asthma** **Children aged 5 to 16** 1.2.8 If asthma is not confirmed by FeNO, BDR or PEF variability but still suspected on clinical grounds, either perform skin prick testing to house dust mite or measure total IgE level and blood eosinophil count. ▪ Exclude asthma if there is no evidence of sensitisation to house dust mite on skin prick testing or if the total serum IgE is not raised. ▪ Diagnose asthma if there is evidence of sensitisation or a raised total IgE level and the eosinophil count is more than 0.5 x 10^9 per litre.	NICE 2024	12	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung BDR: bronchodilator reversibility; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; FeNO: fractional exhaled nitric oxid; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; PEF: peak expiratory flow; V: Versorgungsaspekt							

4.4.1.5 Labordiagnostik (V1.2.Y)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (ERS 2022 [15], NVL 2024 [17]):

- allgemeine Aspekte

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurden diskrepante Empfehlungen identifiziert. Diese wiesen jedoch einen nicht hohen GoR auf.

4.4.2 Therapieziele (V1.3)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Diesem Versorgungsaspekt wurden keine Empfehlungen zugeordnet.

4.4.3 Differenzierte Therapieplanung (V1.4)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurde in 1 Leitlinie 1 Empfehlung zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NICE 2024 [16]):

- risikostratifizierte Therapie

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurde keine diskrepante Empfehlung identifiziert.

4.4.3.1 Asthmakontrolle (V1.4.1)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurde in 1 Leitlinie 1 Empfehlung zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NVL 2024 [17]):

- Grad der Asthmakontrolle

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurde 1 diskrepante Empfehlung identifiziert. Diese wies jedoch einen nicht hohen GoR auf.

4.4.3.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen (V1.4.2)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien und ihr Abgleich mit der DMP-A-RL

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu den in Tabelle 30 gelisteten Versorgungsaspekten identifiziert (NICE 2024 [16], NVL 2024 [17]):

Tabelle 30: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.4.2 und Abgleich mit der DMP-A-RL

Versorgungsaspekt	**Abgleich mit der DMP-A-RL**		
	Diskrepanzen mit hohem GoR (ggf. hohem LoE)	**diskrepante Inhalte ohne hohen GoR (ggf. ohne hohen LoE)**	**Keine diskrepanten Inhalte**
allgemeine Aspekte	–	–	X
Untersuchungsintervalle	–	–	X
Asthmakontrolle (siehe Tabelle 31)	X	–	–
Inhalationstechnik	–	–	X
jährliche Lungenfunktionsmessung	–	X	–
X: Es liegen entsprechende Empfehlungen vor. DMP: Disease-Management-Programm; DMP-A-RL: DMP-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence			

In den folgenden Tabellen werden der Versorgungsaspekt mit mindestens 1 diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR aufweist, sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 31: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen „Asthmakontrolle“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ bei unkontrolliertem Asthma, wenn möglich, zusätzliche Überprüfung des FeNO -Wertes, da erhöhter Wert möglicher Hinweis auf: ▫ mangelnde Therapietreue oder (NICE 2024) ▫ notwendige Erhöhung der ICS Dosis (NICE 2024) ▪ bei weiterhin unkontrolliertem Asthma unter mittel dosierter MART-Therapie: ▫ Kontrolle des FeNO-Wertes, wenn möglich, sowie Kontrolle der Eosinophilenanzahl und Überweisung zur fachärztlichen Behandlung bei Erhöhung eines Wertes (NICE 2024) ▪ Erfragen von Fehlzeiten in Schule oder Beruf aufgrund der Asthma Erkrankung (NICE 2024) Hinweis: zur FeNO-Messung im Rahmen des Monitorings siehe Diskussion Abschnitt 5.1	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %)
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; FeNO: Fraktion des exhalierten Stickstoffmonoxids; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; MART: maintance and reliever therapy; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zu V1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen „Asthmakontrolle“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
diskrepant	Monitor asthma control at every review. In addition to asking about symptoms, check: ▪ time off work or school due to asthma ▪ amount of reliever inhaler used, including a check of the prescription record ▪ number of courses of oral corticosteroids ▪ any admissions to hospital or attendance at an emergency department due to asthma. If control is suboptimal, see recommendation 1.6.1 in the section on principles of pharmacological treatment *(in der Leitlinie).*	NICE 2024	15	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	Consider using a validated symptom questionnaire (for example, the Asthma Control Questionnaire, the Asthma Control Test or the Childhood Asthma Control Test) at any asthma review.	NICE 2024	15	n. z.	n. z.	weak for	nein
	Do not use regular peak expiratory flow (PEF) monitoring to assess asthma control unless there are person-specific reasons for doing so (for example, when PEF measurement is part of the personalised asthma action plan).	NICE 2024	15	n. z.	n. z.	strong against	ja
	Consider fractional exhaled nitric oxide (FeNO) monitoring for adults with asthma: ▪ at their regular review, and ▪ before and after changing their asthma therapy.	NICE 2024	15	n. z.	n. z.	weak for	nein
diskrepant	If possible, check the fractional exhaled nitric oxide (FeNO) level when asthma is uncontrolled. If it is raised this may indicate poor adherence to treatment or the need for an increased dose of inhaled corticosteroid (ICS).	NICE 2024	17	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zu V1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen „Asthmakontrolle“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**Medicine combination and sequencing in people aged 12 and over** 1.7.5 For people aged 12 and over with asthma that is not controlled on moderate-dose MART despite good adherence: ▪ Check the fractional exhaled nitric oxide (FeNO) level if available, and the blood eosinophil count. If either of these is raised, refer to a specialist in asthma care.	NICE 2024	20	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	▪ If neither FeNO or eosinophil count is raised, consider a trial of either a leukotriene receptor antagonist (LTRA) or a long-acting muscarinic receptor antagonist (LAMA) used in addition to moderate-dose MART. Give the medicine for a trial period of 8 to 12 weeks unless there are side effects. At the end of the trial: ▫ if asthma is controlled, continue the treatment ▫ if control has improved but is still inadequate, continue the treatment and start a trial of the other medicine (LTRA or LAMA) ▫ if control has not improved, stop the LTRA or LAMA and start a trial of the alternative medicine (LTRA or LAMA).	NICE 2024	20	n. z.	n. z.	weak for	nein
	Der Grad der Asthmakontrolle soll in regelmäßigen Abständen überprüft werden, um festzustellen, ob die Therapieziele erreicht werden und eine Anpassung der Therapie (Intensivierung / Reduktion) indiziert ist.	NVL 2024	29	n. z.	e	⇑⇑	ja
	Bei Patient*innen mit Asthma, die eine Unterweisung in ein geeignetes Gerät erhalten haben, kann die PEF-Messung für das Monitoring und zur Verbesserung der Selbsteinschätzung empfohlen werden.	NVL 2024	34	nein	k	⇔	nein
	Das Monitoring mittels repetitiver FeNO-Messung kann bei Patient*innen mit häufigen Exazerbationen eingesetzt werden, um durch Therapieanpassung weitere Exazerbationen zu reduzieren.	NVL 2024	35	ja	e	⇔	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung							

Tabelle 32: Leitlinienempfehlungen zu V1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen „Asthmakontrolle“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; FeNo: fraktioniertes exhaliertes Stickstoffmonoxid; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LAMA: lang wirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten; LTAR: Leukotrienrezeptoranatagonisten; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; PEF: Peak expiratory flow; V: Versorgungsaspekt							

4.4.3.3 Selbstmanagement (V1.4.3)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien und ihr Abgleich mit der DMP-A-RL

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 3 Leitlinien Empfehlungen zu den in Tabelle 33 gelisteten Versorgungsaspekten identifiziert (NICE 204 [16], NVL 2024 [17], VADoD 2025 [18]):

Tabelle 33: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.4.3 und Abgleich mit der DMP-A-RL

Versorgungsaspekt	**Abgleich mit der DMP-A-RL**		
	Diskrepanzen mit hohem GoR (ggf. hohem LoE)	**diskrepante Inhalte ohne hohen GoR (ggf. ohne hohen LoE)**	**Keine diskrepanten Inhalte**
allgemeine Aspekte (siehe Tabelle 34)	X	–	–
DiGAs / Telemedizin (siehe Tabelle 36)	–	–	X
X: Es liegen entsprechende Empfehlungen vor. DMP: Disease-Management-Programm; DMP-A-RL: DMP-Anforderungen-Richtlinie; DiGAs: digitale medizinische Anwendungen; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence			

In den folgenden Tabellen werden der Versorgungsaspekt mit mindestens 1 diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR aufweist, sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Zum Versorgungsaspekt DiGAs / Telemedizin wurden keine diskrepanten Empfehlungen identifiziert. Die Leitliniengruppe der VADoD 2025 spricht sich aufgrund unzureichender Evidenz weder für noch gegen die Anwendung patientenorientierter Technologien und Telemedizin aus. Gemäß Auftrag werden die Aussagen unabhängig von GoR und LoE nachfolgend ebenfalls dargestellt.

Tabelle 34: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.4.3 Selbstmanagement „allgemeine Aspekte“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ physiotherapeutische Maßnahmen und Lungensport zur Vermittlung von Selbsthilfetechniken bei Atemnot[#] (NVL 2024[♦])	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. ♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 35: Leitlinienempfehlungen zu V1.4.3 Selbstmanagement „allgemeine Aspekte“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	1.14 Self-management 1.14.1 For adults, young people and children aged 5 and over with a diagnosis of asthma (and their families or carers, if appropriate): ▪ Offer an asthma self-management programme, comprising a documented personalised action plan and education. In adults, they may be based on symptoms or peak expiratory flow (or both); symptom-based plans are usually preferred for children. ▪ Explain that there are things that can trigger asthma symptoms and exacerbations, including indoor and outdoor pollution. Include in the personalised action plan approaches for minimising exposure to air pollution and any other personal triggers.	NICE 2024	29	n. z.	n. z.	strong for	ja
	1.14.2 Review the content of the personalised action plan, and check that the person understands it, at the following: ▪ hospital admission, including in virtual wards ▪ acute consultations in primary care or emergency department ▪ annual reviews.	NICE 2024	30	n. z.	n. z.	strong for	ja
	1.14.3 Consider an asthma self-management programme, comprising a written personalised action plan (including approaches to minimising exposure to indoor and outdoor air pollution) and education, for the families or carers of children under 5 with suspected or confirmed asthma.	NICE 2024	30	n. z.	n. z.	weak for	nein
	1.14.5 Include advice in self-management programmes on contacting a healthcare professional for a review if asthma control deteriorates (see the recommendations on monitoring asthma control *[in der Leitlinie]*).	NICE 2024	30	n. z.	n. z.	strong for	ja
diskrepant	Selbsthilfetechniken bei Atemnot sollen allen Patient*innen mit Asthma im Rahmen von Schulungen, Lungensport, physiotherapeutischen oder rehabilitativen Interventionen vermittelt werden.	NVL 2024	100	n. z.	k[b]	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

Tabelle 35: Leitlinienempfehlungen zu V1.4.3 Selbstmanagement „allgemeine Aspekte“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt							

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zum Versorgungsaspekt „DiGAs / Telemedizin“ im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 36: Leitlinienempfehlungen zu V1.4.3 Selbstmanagement „DiGAs / Telemedizin“

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
There is insufficient evidence to recommend for or against offering any particular patient-oriented technology to augment usual care for asthma.	VADoD 2025	37	ja	very low	unklar	unklar
For patients with asthma, there is insufficient evidence to recommend for or against offering telemedicine as an alternative to in-person treatment.	VADoD 2025	59	ja	very low	unklar	unklar
DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt						

4.4.3.4 Weitere Maßnahmen bei Jugendlichen (V1.4.4)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurde in 1 Leitlinie 1 Empfehlung zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NVL 2024 [17]):

- Berufswahl

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurde keine diskrepante Empfehlung identifiziert.

4.4.4 Therapeutische Maßnahmen (V1.5)

4.4.4.1 Nicht medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen (V1.5.1)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien und ihr Abgleich mit der DMP-A-RL

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 3 Leitlinien Empfehlungen zu den in Tabelle 37 gelisteten Versorgungsaspekten identifiziert (NICE 204 [16], NVL 2024 [17], VADoD 2025 [18]):

Tabelle 37: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.5.1 und Abgleich mit der DMP-A-RL

Versorgungsaspekt	**Abgleich mit der DMP-A-RL**		
	Diskrepanzen mit hohem GoR (ggf. hohem LoE)	**diskrepante Inhalte ohne hohen GoR (ggf. ohne hohen LoE)**	**keine diskrepanten Inhalte**
allgemeine Aspekte	–	–	X
Allergenkarenz	–	–	X
Rauchen / Passivrauchen (siehe Tabelle 38)	X	–	–
emotionale Belastung	–	–	X
Arzneimittel	–	–	X
Komplementär- und Alternativmedizin (siehe Tabelle 40)	X	–	–
X: Es liegen entsprechende Empfehlungen vor. DMP: Disease-Management-Programm; DMP-A-RL: DMP-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence			

In den folgenden Tabellen werden die Versorgungsaspekte mit mindestens 1 diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR aufweist, sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 38: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.1 Nicht medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen „Rauchen / Passivrauchen “

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
Vapen nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ bei Jugendlichen Erfragen des Konsums von E-Zigaretten (NICE 2024)	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %)
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 39: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen „Rauchen / Passivrauchen“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.13 Asthma in adolescents** 1.13.2 Ask adolescents with asthma if they vape or smoke and encourage them to stop. If they smoke, give them advice and signpost them to local NHS stop smoking services.	NICE 2024	29	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	Allen rauchenden Patient*innen mit Asthma soll zur Tabakabstinenz geraten werden.	NVL 2024	105	n. z.	k	⇑⇑	ja
	Ausstiegsbereite rauchende Patient*innen sollen ärztlicherseits bezüglich der Tabakentwöhnung beraten werden und es sollen nicht-medikamentöse und medikamentöse Hilfen angeboten werden.	NVL 2024	105	n. z.	k	⇑⇑	ja
	Patient*innen mit Asthma soll eine rauchfreie Umgebung ermöglicht werden.	NVL 2024	105	n. z.	e	⇑⇑	ja

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; k: konsensbasiert; NHS: National Health Service; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Komplementär- und Alternativmedizin“ dargestellt.

Tabelle 40: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen „Komplementär- und Alternativmedizin““

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannter Aspekt: ▪ Befragung der Patientinnen und Patienten über Anwendung alternativer oder komplementärer Verfahren zur Behandlung des Asthmas und ggf. Aufklärung über damit einhergehende Risiken (NVL 2024♦) ▪ keine ärztliche Empfehlung zur Anwendung von Akkupunktur, Homöopathie und Hypnose (NVL 2024♦)	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 41: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen „Komplementär- und Alternativmedizin“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
diskrepant	Patient*innen sollen gefragt werden, ob sie für die Behandlung des Asthmas alternative oder komplementäre Verfahren anwenden und gegebenenfalls über damit einhergehende Risiken aufgeklärt werden.	NVL 2024	148	ja	e	⇑⇑	ja[a]
diskrepant	Akupunktur, Homöopathie und Hypnose sollen zur Behandlung des Asthmas nicht empfohlen werden.	NVL 2024	148	ja	e	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

4.4.4.2 Strukturierte Schulung- und Behandlungsprogramme (V1.5.2)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (NVL 2024 [17], VADoD 2025 [18]):

- allgemeine Aspekte
- Aktionsplan / Selbstmanagementplan

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu den Versorgungsaspekten wurden diskrepante Empfehlungen mit hohen GoR identifiziert. In den folgenden Tabellen werden die Versorgungsaspekte sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 42: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme „allgemeine Aspekte“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
▪ von der DMP-A-RL abweichend: ▫ Schulung für Patientinnen und Patienten mit Indikation zur medikamentösen Langzeittherapie (NVL 2024♦) ▪ nicht in der DMP-A-RL genannt: ▫ bei Kindern und Jugendlichen auch Schulung der Familien (NVL 2024♦) ▫ Nachschulungen bei Bedarf anbieten# (NVL 2024♦)	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. #: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 43: Leitlinienempfehlungen zu V 1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme „allgemeine Aspekte“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
diskrepant	Jedem Patienten / jeder Patientin mit Asthma und der Indikation zu einer medikamentösen Langzeittherapie (bei Kindern und Jugendlichen auch deren Familien) soll ein strukturiertes, verhaltensbezogenes Schulungsprogramm empfohlen und der Zugang dazu ermöglicht werden.	NVL 2024	101	ja	e	⇑⇑	ja[a]
diskrepant	Nachschulungen sollen bei Bedarf angeboten werden.	NVL 2024	101	n. z.	k[b]	⇑⇑	ja[a]
	Die Instruktion in die korrekte Arzneimittelanwendung und Inhalationstechnik ersetzt nicht das strukturierte, verhaltensbezogene Schulungsprogramm.	NVL 2024	101	n. z.	k	Statement	nein

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle wird die Diskrepanz zum Versorgungsaspekt „Aktionsplan / Selbstmanagementplan“ dargestellt.

Tabelle 44: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme „Aktionsplan / Selbstmanagementplan“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ für jede Patientin / jeden Patienten Bereitstellen eines individuellen, strukturierten Aktions-bzw. Selbstmanagementplans (NVL 2024♦)	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 45: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme „Aktionsplan / Selbstmanagementplan“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
diskrepant	Jeder Patientin / jedem Patienten soll ein individueller, strukturierter Asthma-Aktionsplan bzw. Selbstmanagementplan zur Verfügung gestellt werden.	NVL 2024	101	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]
	We suggest offering a written asthma action plan to improve asthma control and asthma-related quality of life.	VADoD 2025	35	ja	very low	weak for	nein

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

4.4.4.3 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie) (V1.5.3)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NVL 2024 [17]):

- Indikationen zur Verordnung

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurden keine diskrepanten Empfehlungen identifiziert.

4.4.4.4 Körperliche Aktivitäten (V1.5.4)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien und ihr Abgleich mit der DMP-A-RL

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu den in Tabelle 46 gelisteten Versorgungsaspekten identifiziert (NVL 2024 [17], VADoD 2025 [18]):

Tabelle 46: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.5.4 und Abgleich mit der DMP-A-RL

Versorgungsaspekt	**Abgleich mit der DMP-A-RL**		
	Diskrepanzen mit hohem GoR (ggf. hohem LoE)	**diskrepanten Inhalte ohne hohen GoR (ggf. ohne hohen LoE)**	**keine diskrepanten Inhalte**
allgemeine Aspekte	–	–	X
Medikation (siehe Tabelle 47)	X	–	–
X: Es liegen entsprechende Empfehlungen vor. DMP: Disease-Management-Programm; DMP-A-RL: DMP-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence			

In den folgenden Tabellen werden der Versorgungsaspekt mit mindestens 1 diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR aufweist, sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 47: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.4. Körperliche Aktivitäten „Medikation“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ vor körperlicher Belastung einzunehmende Medikation (SABA oder Fixkombination ICS + Formoterol) bei Erwachsenen mit vereinzelt auftretenden anstrengungsinduzierten Symptomen (NVL 2024♦)	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 48: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.4 Körperliche Aktivitäten „Medikation“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**5-3 | ERWACHSENE | e | modifiziert 2024** Treten vereinzelt anstrengungsinduzierte Symptome bei ansonsten gut kontrolliertem Asthma auf und sind diese so selten, dass die Kriterien eines teilweise kontrollierten Asthmas nicht erfüllt werden, soll unmittelbar vor der körperlichen Belastung ein (SABA oder Fixkombination ICS niedrigdosiert und Formoterol) inhaliert werden.	NVL 2024	99	ja	e	⇑⇑	ja[a]
	Bei vielen Patient*innen sind anstrengungsinduzierte Symptome Ausdruck einer unzureichenden Asthmakontrolle. Durch Intensivierung der Langzeittherapie den Stufenschemata folgend können in der Regel die anstrengungsinduzierten Symptome beseitigt werden.	NVL 2024	98	ja	k	Statement	nein
	In patients with exercise-induced bronchoconstriction, we suggest pre-exertional short-acting beta agonists.	VADoD 2025	46	ja	low	weak for	nein

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

4.4.4.5 Rehabilitation (V1.5.5)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Die eingeschlossenen Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt.

4.4.4.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung (V1.5.6)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NVL 2024 [17]):

- allgemeine Aspekte

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurden diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR identifiziert. In den folgenden Tabellen werden der Versorgungsaspekt sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 49: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung „allgemeine Aspekte“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ Einbezug des sozialen Umfelds, bei Kindern und Jugendlichen insbesondere des familiären Umfelds, in die Therapie und Verlaufsbeurteilung (NVL 2024♦) ▪ ärztlicher Hinweis auf Unterstützungsangebote durch Patientenselbsthilfeorganisationen# (NVL 2024♦)	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. #: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 50: Leitlinienempfehlungen zu V 1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung „allgemeine Aspekte“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
diskrepant	Die psychische Situation und das soziale Umfeld der Patient*innen – bei Kindern und Jugendlichen insbesondere das familiäre Umfeld – sollen in die Therapie und in die Verlaufsbeurteilung einbezogen werden.	NVL 2024	107	ja	e	⇑⇑	ja[a]
diskrepant	Die Ärztin oder der Arzt soll die Patient*innen auf die Möglichkeit der Unterstützung durch eine Patientenselbsthilfeorganisation hinweisen.	NVL 2024	158	nein	k[b]	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

4.4.4.7 Somatische Komorbiditäten (V1.5.7)

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (NVL 2024 [17], VADoD 2025 [18]):

- Adipositas
- gastroösophageale Refluxkrankheit

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu den Versorgungsaspekten wurden keine diskrepanten Empfehlungen identifiziert.

4.4.4.8 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation (V1.5.8)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Die eingeschlossenen Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt.

4.4.4.9 Medikamentöse Maßnahmen (V1.5.9)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien und ihr Abgleich mit der DMP-A-RL

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu den in Tabelle 51 gelisteten Versorgungsaspekten identifiziert (NICE 2024 [16], NVL 2024 [17]):

Tabelle 51: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.5.9 und Abgleich mit der DMP-A-RL

Versorgungsaspekt	Abgleich mit der DMP-A-RL		
	Diskrepanzen mit hohem GoR (ggf. hohem LoE)	diskrepante Inhalte ohne hohen GoR (ggf. ohne hohen LoE)	Keine diskrepanten Inhalte
allgemeine Aspekte	–	–	X
Inhalationssysteme (siehe Tabelle 52)	X	–	–
Therapiereduktion (siehe Tabelle 54)	X	–	–
Therapieintensivierung (siehe Tabelle 56)	X	–	–
Medikamentös unbehandelte Patientinnen und Patienten	–	–	X
X: Es liegen entsprechende Empfehlungen vor. DMP: Disease-Management-Programm; DMP-A-RL: DMP-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence			

In den folgenden Tabellen werden die Versorgungsaspekte mit mindestens 1 diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR aufweist, sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 52: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Inhalationssysteme“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
▪ nicht in der DMP-A-RL genannte weitere Kriterien für die Auswahl des Inhalationssystems: ▫ Wahl eines geeigneten Inhalationssystems mit der geringsten Umweltbelastung ▫ Wahl eines Inhalationssystems mit integriertem Dosierzähler (NICE 2024) ▪ nicht in der DMP-A-RL genannt: ▫ keine routinemäßige Verordnung digitaler Inhalationssysteme (NICE 2024) ▪ von der DMP-A-RL abweichend: ▫ Verordnung eines Dosierinhalators in der Regel in Kombination mit einem Spacer (NICE 2024)	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %)
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 53: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Inhalationssysteme“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.6. Principles of pharmacological treatment** **Inhalers** 1.6.5 Base the choice of inhaler(s) for asthma on: ▪ an assessment of correct technique ▪ the preference of the person receiving the treatment ▪ the lowest environmental impact among suitable devices ▪ the presence of an integral dose counter. A spacer should usually be prescribed for use with a metered dose inhaler, particularly in children. See the patient decision aid on asthma inhalers and climate change.	NICE 2024	17	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	1.6.7 Observe the person using their inhaler device (and spacer if used) to check they can use it properly: ▪ at every asthma review, either routine or unscheduled ▪ at every asthma-related consultation ▪ when there is deterioration in asthma control ▪ when the inhaler device is changed ▪ when the person asks for it to be checked or changed. If the person is assessed as being unable to use a device properly, find an alternative.	NICE 2024	18	n. z.	n. z.	strong for	ja
	1.6.8 If possible, prescribe the same type of device to deliver preventer and reliever treatments where more than one inhaler is needed	NICE 2024	18	n. z.	n. z.	strong for	ja
	Consider providing an additional metered dose short-acting beta2 agonist (SABA) inhaler plus spacer for emergency use for children under 12 years who may be unable to activate a dry powder inhaler during an acute asthma attack.	NICE 2024	18	n. z.	n. z.	weak for	nein
diskrepant	1.6.10 Digital inhalers are not recommended for routine use in people with asthma.	NICE 2024	18	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]

Tabelle 53: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Inhalationssysteme“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Die Auswahl des Inhalationssystems soll sich unter anderem* nach den kognitiven und motorischen Fähigkeiten (z. B. dem inspiratorischen Fluss) sowie den Präferenzen der Patient*innen richten. *Hinweise zum umwelt- und klimafreundlichen Vorgehen finden sich im Kapitel 4.11.1 Klimabewusste Verordnung *(in der Leitlinie)*.	NVL 2024	91	nein	k	⇑⇑	ja
	Die Wirkstoffdeposition im Bronchialsystem wird durch die korrekte Anwendung der Inhalationssysteme entscheidend beeinflusst. Dabei ist zu berücksichtigen, dass für die verschiedenen Inhalationssysteme und Altersgruppen unterschiedliche Inhalationstechniken und Atemmanöver als optimal anzusehen sind.	NVL 2024	91	nein	k	Statement	nein
	4-57 | KINDER BIS 5 JAHRE | e | bestätigt 2024 Für Kinder bis zu einem Alter von fünf Jahren sollen für die Inhalation von Beta-2 Sympathomimetika oder Corticosteroiden Treibgasdosieraerosole mit Spacer bevorzugt werden.	NVL 2024	92	ja	e	⇑⇑	ja
	4-57 | KINDER BIS 5 JAHRE | e | bestätigt 2024 Die Umstellung von einer Gesichtsmaske auf ein Mundstück soll bei Kindern zu dem frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen.	NVL 2024	92	ja	k	⇑⇑	ja
	Bei Verschreibung eines Inhalationssystems soll sichergestellt werden, dass die Patientin oder der Patient in dessen Gebrauch unterwiesen wurde und die korrekte Handhabung demonstriert und eingeübt hat.	NVL 2024	94	n. z.	e	⇑⇑	ja
	Wenn für die verordneten Substanzen verfügbar, soll für die Langzeittherapie nur ein Inhalationssystem (nur ein Typ eines Dosieraerosols, eines Sprühverneblers, eines elektrischen Verneblers oder eines Pulverinhalators)* für die inhalative Medikation verordnet werden. *Hinweise zum umwelt- und klimafreundlichen Vorgehen finden sich im Kapitel 4.11.1 Klimabewusste Verordnung *(in der Leitlinie)*.	NVL 2024	94	n. z.	k	⇑⇑	ja

Tabelle 53: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Inhalationssysteme“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Ein Wechsel des Inhalationssystems soll bei Fortführung der medikamentösen Therapie vermieden werden, wenn der Patient oder die Patientin mit dem bisherigen Inhalationssystem gut zurechtgekommen ist.	NVL 2024	94	n. z.	e	⇑⇑	ja
	Bei jedem Wechsel des Inhalationssystems soll eine Neueinweisung des Patienten oder der Patientin in die Handhabung des Inhalationssystems erfolgen und die Notwendigkeit einer Dosisanpassung geprüft werden.	NVL 2024	94	n. z.	e	⇑⇑	ja

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Therapiereduktion“ dargestellt.

Tabelle 54: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Therapiereduktion“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannte, zur bereits bestehenden 3-Monats-Regel, ergänzende Maßnahmen bei Deeskalation einer medikamentösen Therapie: ▪ Besprechen der Vorteile und Risiken der Verringerung der Erhaltungsmedikation im Rahmen der regelmäßigen Kontrolluntersuchung mit Patientinnen und Patienten oder ggf. Familien oder Betreuern (NICE 2024) ▪ ärztlicher Hinweis auf mögliche Gefährdungssituation bei Beendigung der Langzeittherapie mit Kortikosteroiden[#] (NVL 2024[♦]) ▪ engmaschige Kontrolle nach Absetzen von Kortikosteroiden oder monoklonalen Antikörpern[#] (NVL 2024[♦])	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. ♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Therapiereduktion“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.10 Decreasing maintenance therapy** 1.10.1 At annual review discuss with the person with asthma (or their family or carer, if appropriate) the potential risks and benefits of decreasing their maintenance therapy when their asthma has been well controlled on their current maintenance therapy.	NICE 2024	27	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	1.10.2 When decreasing maintenance therapy: ▪ Stop or reduce dose of medicines in an order that takes into account the clinical effectiveness when introduced, side effects and the person's preference. ▪ Allow at least 8 to 12 weeks before considering a further treatment reduction. If considering step-down treatment for people aged 12 and over who are using low-dose maintenance inhaled corticosteroid (ICS) plus a short-acting beta2 agonist (SABA) as needed or low-dose MART (maintenance and reliever therapy), step down to low-dose ICS / formoterol combination inhaler as needed (as-needed AIR therapy).	NICE 2024	27	n. z.	n. z.	strong for	ja
	Vor einer möglichen Reduktion der Therapie soll das Asthma für mindestens drei Monate kontrolliert sein.	NVL 2024	49	n. z.	k	⇑⇑	ja
	Bei Patient*innen mit saisonalem Asthma sollte die Therapie an die saisonale Pollenexposition angepasst werden.	NVL 2024	49	n. z.	k	⇑	nein
diskrepant	Patient*innen mit Asthma sollen darauf hingewiesen werden, dass jede Beendigung einer Langzeittherapie mit entweder oralen oder inhalativen Corticosteroiden eine mögliche Gefährdungssituation darstellt.	NVL 2024	49	n. z.	k[b]	⇑⇑	ja[a]
diskrepant	Wird eine Therapie mit Corticosteroiden oder monoklonalen Antikörpern abgesetzt, sollen Patient*innen engmaschig überwacht werden.	NVL 2024	49	n. z.	k[b]	⇑⇑	ja[a]
	Bei guter Asthmakontrolle unter Therapie mit einem Biologikum sollte zunächst eine hochdosierte ICS-Therapie, wenn möglich, reduziert werden.	NVL 2024	49	n. z.	e	⇑	nein

Tabelle 55: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Therapiereduktion“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5). AIR: Anti-inflammatory reliever; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt							

In der folgenden Tabelle wird die Diskrepanz zum Versorgungsaspekt „Therapieintensivierung“ dargestellt.

Tabelle 56: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Therapieintensivierung“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannter zu berücksichtigender Aspekt vor einer Therapieintensivierung: ▪ Beachtung aggravierender Faktoren[#] (NVL 2024[♦])	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. ♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 57: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9 Medikamentöse Maßnahmen „Therapieintensivierung“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
diskrepant	Falls keine Asthmakontrolle mit der Therapie erzielt wird, sollen zunächst verschiedene Aspekte berücksichtigt werden, bevor die Therapie intensiviert wird: ▪ Überprüfung der Inhalationstechnik (Vorführung durch Patient*innen); ▪ Überprüfung des Schulungsbedarfes; ▪ Kontrolle der Therapieadhärenz; ▪ Allergie- und Umweltkontrolle; ▪ Beachtung von Komorbiditäten; ▪ Beachtung aggravierender Faktoren; ▪ Überprüfung der Diagnose Asthma. (siehe Abbildung 6 *[in der Leitlinie]*)	NVL 2024	48	nein	k[b]	⇑⇑	ja[a]
	Bei unkontrolliertem Asthma soll eine Intensivierung der Therapie den Stufenschemata folgend empfohlen werden.	NVL 2024	48	nein	e	⇑⇑	ja
	Bei teilweise kontrolliertem Asthma sollte eine Intensivierung der Therapie den Stufenschemata folgend erwogen werden.	NVL 2024	48	nein	e	⇑	nein
	Nach einer Intensivierung der Langzeittherapie gemäß Stufenschemata soll die Asthmakontrolle innerhalb von drei Monaten überprüft werden.	NVL 2024	48	nein	k	⇑⇑	ja

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

4.4.4.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene (V1.5.9.1)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien und ihr Abgleich mit der DMP-A-RL

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 5 Leitlinien Empfehlungen zu den in Tabelle 58 gelisteten Versorgungsaspekten identifiziert (ACCP 2026 [13], ERS 2023 [15], NICE 2024 [16], NVL 2024 [17], VADoD 2025 [18]):

Tabelle 58: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.5.9.1 und Abgleich mit der DMP-A-RL

Versorgungsaspekt	**Abgleich mit der DMP-A-RL**		
	Diskrepanzen mit hohem GoR (ggf. hohem LoE)	**diskrepante Inhalte ohne hohen GoR (ggf. ohne hohen LoE)**	**keine diskrepanten Inhalte**
allgemeine Aspekte (siehe Tabelle 59)	X	–	–
Therapiestufe 1 (siehe Tabelle 61)	X	–	–
Therapiestufe 2 (siehe Tabelle 63)	X	–	–
Therapiestufe 3 (siehe Tabelle 65)	X	–	–
Therapiestufe 4 (siehe Tabelle 67)	X	–	–
Therapiestufe 5 (siehe Tabelle 69)	X	–	–
X: Es liegen entsprechende Empfehlungen vor. DMP: Disease-Management-Programm; DMP-A-RL: DMP-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence			

In den folgenden Tabellen werden die Versorgungsaspekte mit mindestens 1 diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR aufweist, sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 59: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.1 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „allgemeine Aspekte“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
▪ von der DMP-A-RL abweichende Aussage zur Monotherapie mit SABA: ▫ keine Verordnung von SABA ohne gleichzeitige Verordnung eines ICS (NICE 2024) ▪ nicht in der DMP-A-RL genannte Anwendungen der Fixkombination ICS + Formoterol: ▫ möglicher Einsatz als Bedarfsmedikation in allen Therapiestufen alternativ zur Bedarfstherapie mit SABA (NVL 2024♦) ▪ nicht in der DMP-A-RL genannt: ▫ bei unzureichender Asthmakontrolle unter ICS-Monotherapie zusätzliche Gabe eines schnell wirksamen LABA (z. B. Formoterol) als Bedarfs- und Dauertherapie (VADoD 2025) Hinweis: ▪ Die Fixkombination (ICS niedrigdosiert + Formoterol) ist in Deutschland in den Therapiestufen 1 und 2 als Bedarfstherapie nicht zugelassen.	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %), VADoD 2025 (72 %, **52 %**, 42 %)
♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; FeNO: fraktioniertes exhaliertes Stickstoffmonoxid; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: schnell wirksames Beta-2-Sympathomimetika; MART: maintenance and reliever therapy; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 60: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „allgemeine Aspekte“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.6 Principles of pharmacological treatment** 1.6.3 Do not prescribe short-acting beta2 agonists to people of any age with asthma without a concomitant prescription of an ICS.	NICE 2024	17	n. z.	n. z.	strong against	ja[a]
	Transferring people aged 12 and over from other treatment pathways **These recommendations are for people with uncontrolled asthma who are on the treatment pathway recommended by previous NICE and BTS/SIGN guidelines** 1.7.10 When changing from low- or- moderate-dose ICS (or ICS / LABA combination inhaler) plus supplementary therapy to MART, consider whether to stop or continue the supplementary therapy based on the degree of benefit achieved when first introduced.	NICE 2024	22	n. z.	n. z.	weak for	nein
	4-3 | k | bestätigt 2024 Ein geringer Bedarf an kurzwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (SABA) ist ein wichtiges Ziel und ein Kriterium für den Erfolg der Therapie.	NVL 2024	42	nein	k	Statement	nein
	4-4 | ERWACHSENE | e | bestätigt 2024 Die Therapie mit inhalativen Corticosteroiden (ICS) soll bei Erwachsenen die Basis der Langzeittherapie sein.	NVL 2024	42	nein	e	⇑⇑	ja
diskrepant	**4-17 | ERWACHSENE | e | bestätigt 2024** Bei erwachsenen Patient*innen soll in jeder Therapiestufe ein Bedarfs-medikament (SABA oder Fixkombination aus ICS und Formoterol) eingesetzt werden, um akut auftretende Symptome zu behandeln.	NVL 2024	51	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]
	4-19 | ERWACHSENE | k | bestätigt 2024 Wird ein SABA von erwachsenen Patient*innen mehr als zweimal wöchentlich angewandt, soll eine antientzündliche Therapie begonnen werden.	NVL 2024	55	n. z.	k	⇑⇑	ja

Tabelle 60: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „allgemeine Aspekte“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
	For patients (ages 12 and over) with asthma, we suggest inhaled corticosteroids combined with a rapid-onset long-acting beta agonist (e.g., formoterol), for control and relief of asthma.	VADoD 2025	39	ja	n. z.	weak for	nein
	We recommend inhaled corticosteroids (ICS) for asthma control.	VADoD 2025	39	ja	n. z.	strong for	ja
diskrepant	For patients with uncontrolled asthma on inhaled corticosteroids alone, we recommend the use of both inhaled corticosteroids and rapid-onset long-acting beta agonists (e.g., formoterol) as both controller and reliever.	VADoD 2025	42	ja	moderate	strong for	ja[a]
	In patients with uncontrolled asthma on inhaled corticosteroids and long-acting beta agonists, who use short-acting beta agonists for relief, we suggest inhaled corticosteroids and rapid-onset long-acting beta agonists (e.g., formoterol) as both controller and reliever.	VADoD 2025	43	ja	low	weak for	nein

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

AIR: anti-inflammatory reliever; BTS: British Thoracic Society; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GINA: Global Initiative for Asthma; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika; LAMA: lang wirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten; MART: maintenance and reliever therapy; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; n. z.: nicht zuzuordnen; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Therapiestufe 1“ dargestellt.

Tabelle 61: Darstellung der Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt V1.5.9.1 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 1“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
in der DMP-A-RL in Therapiestufe 1 nicht genannt: ▪ Anwendung der Fixkombination ICS niedrigdosiert + Formoterol: ▫ in den GINA-Behandlungsstufen 1 […] bei Bedarf anstelle eines SABA[#] (ERS 2023[•]) ▫ niedrig dosierte Anwendung als Bedarfstherapie zur initialen Behandlung bei neu diagnostiziertem Asthma (NICE 2024) ▫ bei aktueller Monotherapie mit SABA Therapieumstellung auf Fixkombination ICS niedrigdosiert + Formoterol als Bedarfstherapie (NICE 2024) ▫ Anwendung der Fixkombination ICS niedrigdosiert + Formoterol als alternative Bedarfstherapie zu SABA (NVL 2024[♦]) ▪ in begründeten Ausnahmefällen Langzeittherapie mit niedrig dosiertem ICS zusätzlich zur Bedarfstherapie mit SABA (NVL 2024[♦]) Hinweis: ▪ Die Fixkombination (ICS niedrigdosiert + Formoterol) ist in Deutschland in der Therapiestufe 1 als Bedarfstherapie nicht zugelassen. ▪ siehe Diskussion Abschnitt 5.1	ERS 2023 (47 %, **56 %**, 29 %), NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.
●: Die Leitlinie unterschreitet bei der AGREE II-Bewertung in Domäne 2 (Beteiligung von Interessengruppen) und / oder Domäne 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) einen standardisierten Domänenwert von 30 %.
#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE.

a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GINA: Global Initiative for Asthma; GoR: Grade of Recommendation; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; MART: maintenance and reliever therapy; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 62: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 1“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Is as-needed ICS / formoterol (single inhaler) without maintenance treatment the preferred treatment compared with as-needed SABA without maintenance treatment in adult [..] patients with mild asthma (i.e. GINA treatment steps 1 or 2)? We suggest that adult patients with asthma on GINA treatment steps 1 […] use as-needed ICS / formoterol in a single inhaler without maintenance treatment instead of regular ICS maintenance treatment plus as-needed SABA.	ERS 2023	4	n. z.	low	conditio-nal	nein
diskrepant	**Is as-needed ICS / formoterol (single inhaler) without maintenance treatment the preferred treatment compared with as-needed SABA without maintenance treatment in adult [..] patients with mild asthma (i.e. GINA [treatment steps 1 or 2)?** We recommend that adult […] patients with asthma on GINA treatment steps 1 […] use as-needed ICS / formoterol in a single inhaler instead of as-needed SABA.	ERS 2023	6	ja	low[b]	strong	ja[a]
diskrepant	**1.7 Pharmacological management in people aged 12 and over** **Initial management of newly diagnosed asthma in people aged 12 and over** 1.7.1 Offer a low-dose inhaled corticosteroid (ICS) / formoterol combination inhaler to be taken as needed for symptom relief (as-needed AIR therapy) to people aged 12 and over with newly diagnosed asthma.	NICE 2024	19	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
diskrepant	**Transferring people aged 12 and over from other treatment pathways** **These recommendations are for people with uncontrolled asthma who are on the treatment pathway recommended by previous NICE and BTS / SIGN guidelines.** 1.7.7 Change treatment for people with confirmed asthma who are currently using a short-acting beta2 agonist (SABA) only to a low-dose ICS / formoterol combination inhaler used as needed (as-needed AIR therapy).	NICE 2024	21	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]

Tabelle 62: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 1“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
	Patient*innen mit diagnostiziertem Asthma sollen gemäß Stufenschema (siehe […] Abbildung 4 *[in der Leitlinie]*) behandelt werden.	NVL 2024	39	n. z.	e	⇑⇑	ja
diskrepant	siehe Abbildung 4: Medikamentöses Stufenschema | ERWACHSENE in der Leitlinie **Bedarfstherapie** Fixkombination aus ICS niedrigdosiert + Formoterol[1] oder [1] Fixkombination (ICS niedrigdosiert + Formoterol) bedarfsorientiert in Stufe 1 und 2 nicht zugelassen. (Stand: Juli 2024)	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]
	SABA	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja
diskrepant	*Alternative in begründeten Fällen:* Langzeittherapie mit ICS niedrigdosiert + Bedarfstherapie mit SABA	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GINA: Global Initiative for Asthma; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Therapiestufe 2“ dargestellt.

Tabelle 63: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.1 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 2“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannte weitere Therapieoptionen: ▪ Anwendung der Fixkombination ICS niedrig dosiert + Formoterol: ▫ in den GINA-Behandlungsstufen […] 2 bei Bedarf anstelle eines SABA[#] (ERS 2023[•]) ▫ Anwendung als niedrig dosierte MART-Therapie zur initialen Behandlung bei neu diagnostiziertem Asthma und schwerer Symptomatik oder schweren Exazerbationen (NICE 2024) ▫ Anwendung als niedrig dosierte MART-Therapie, wenn das Asthma unter Bedarfstherapie mit der Fixkombination ICS niedrig dosiert + Formoterol weiter unkontrolliert ist (NICE 2024) ▪ ausschließliche Bedarfstherapie mit Fixkombination ICS niedrig dosiert + Formoterol als Alternative zu niedrig dosiertem ICS als Langzeittherapie und SABA als Bedarfstherapie (NVL 2024[♦]) ▪ alternative Therapie in begründeten Fällen: Langzeittherapie mit LTRA und Bedarfstherapie mit SABA (NVL 2024[♦]) Hinweis: ▪ Die Fixkombination (ICS niedrigdosiert + Formoterol) ist in Deutschland in der Therapiestufe 2 zur Bedarfstherapie nicht zugelassen. ▪ Unter der MART-Therapie wird in der Leitlinie NICE 2024 [16] die Therapie mit der Fixkombination ICS + Formoterol verstanden, die als Langzeit- und Bedarfstherapie verwendet wird.	ERS 2023 (47 %, **56 %**, 29 %), NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE.

●: Die Leitlinie unterschreitet bei der AGREE II-Bewertung in Domäne 2 (Beteiligung von Interessengruppen) und / oder Domäne 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) einen standardisierten Domänenwert von 30 %.

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.

a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GINA: Global Initiative for Asthma; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 64: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 2“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Is as-needed ICS / formoterol (single inhaler) without maintenance treatment the preferred treatment compared with as-needed SABA without maintenance treatment in adult [..] patients with mild asthma (i.e. GINA treatment steps 1 or 2)? We suggest that adult patients with asthma on GINA treatment steps […] 2 use as-needed ICS / formoterol in a single inhaler without maintenance treatment instead of regular ICS maintenance treatment plus as-needed SABA.	ERS 2023	4	n. z.	low	conditio-nal	nein
diskrepant	**Is as-needed ICS / formoterol (single inhaler) without maintenance treatment the preferred treatment compared with as-needed SABA without maintenance treatment in adult [..] patients with mild asthma (i.e. GINA [treatment steps 1 or 2)?** We recommend that adult […] patients with asthma on GINA treatment steps […] 2 use as-needed ICS / formoterol in a single inhaler instead of as-needed SABA.	ERS 2023	6	ja	low[b]	strong	ja[a]
diskrepant	**Initial management of newly diagnosed asthma in people aged 12 and over** 1.7.2 If the person needing asthma treatment presents highly symptomatic (for example, regular nocturnal waking) or with a severe exacerbation, start treatment with low-dose MART (maintenance and reliever therapy) in addition to treating the acute symptoms as indicated (that is, a course of oral corticosteroids may be needed). Consider stepping down to as-needed AIR therapy using a low-dose ICS / formoterol inhaler at a later date if their asthma is controlled	NICE 2024	19	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
diskrepant	**Medicine combination and sequencing in people aged 12 and over** 1.7.3 Offer low-dose MART to people aged 12 and over with asthma that is not controlled on a low-dose ICS / formoterol combination inhaler used only as needed.	NICE 2024	20	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]

Tabelle 64: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 2“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Transferring people aged 12 and over from other treatment pathways **These recommendations are for people with uncontrolled asthma who are on the treatment pathway recommended by previous NICE and BTS/SIGN guidelines.** 1.7.8 Consider changing treatment to low-dose MART for people with asthma that is not controlled on: ▪ regular low-dose ICS plus SABA as needed ▪ regular low-dose ICS / LABA (long-acting beta2 agonist) combination inhaler plus SABA as needed ▪ regular low-dose ICS and supplementary therapy (LTRA) plus SABA as needed. ▪ regular low-dose ICS / LABA combination inhaler and supplementary therapy (LTRA) plus SABA as needed.	NICE 2024	21	n. z.	n. z.	weak for	nein
	Patient*innen mit diagnostiziertem Asthma sollen gemäß Stufenschema (siehe […] Abbildung 4 *[in der Leitlinie]*) behandelt werden.	NVL 2024	39	n. z.	e	⇑⇑	ja
	siehe Abbildung 4: Medikamentöses Stufenschema | ERWACHSENE in der Leitlinie **Langzeittherapie** mit ICS niedrigdosiert **+ Bedarfstherapie** mit SABA *oder* […]	 NVL 2024 NVL 2024	 40 40	 n. z. n. z.	 e e	 ⇑⇑ ⇑⇑	 ja ja
diskrepant	**ausschließlich Bedarfstherapie** mit Fixkombination aus ICS niedrigdosiert + Formoterol[1] [1] Fixkombination (ICS niedrigdosiert + Formoterol) bedarfsorientiert in Stufe 1 und 2 nicht zugelassen. (Stand: Juli 2024)	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]

Tabelle 64: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 2“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
diskrepant	*Alternative in begründeten Fällen:* Langzeittherapie mit LTRA + Bedarfstherapie mit SABA	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]
diskrepant	**4-23 | ERWACHSENE | e | bestätigt 2024** Bei erwachsenen Patient*innen soll in Stufe 2 ein niedrigdosiertes ICS als Langzeittherapie oder die Fixkombination aus ICS niedrig dosiert und Formoterol als Bedarfstherapie empfohlen werden.	NVL 2024	56	ja	e	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GINA: Global Initiative for Asthma; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten; n. z.: nicht zuzuordnen; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Therapiestufe 3“ dargestellt.

Tabelle 65: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.1 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 3“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ bei Anwendung der Kombinationstherapie aus ICS + LABA dann Anwendung einer Fixkombi[#] (NVL 2024[♦])	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. ♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; FeNO: fraktioniertes exhaliertes Stickstoffmonoxid; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika; MART: maintenance and reliever therapy; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 66: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 3“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Medicine combination and sequencing in people aged 12 and over 1.7.4 Offer moderate-dose MART to people aged 12 and over with asthma that is not controlled on low-dose MART.	NICE 2024	20	n. z.	n. z.	strong for	ja
	Transferring people aged 12 and over from other treatment pathways **These recommendations are for people with uncontrolled asthma who are on the treatment pathway recommended by previous NICE and BTS/SIGN guidelines.** 1.7.9 Consider changing treatment to moderate-dose MART for people with asthma that is not controlled on: ▪ regular moderate-dose ICS plus SABA as needed ▪ regular moderate-dose ICS / LABA combination inhaler plus SABA as needed ▪ regular moderate-dose ICS and supplementary therapy (LTRA or LAMA, or both) plus SABA as needed ▪ regular moderate-dose ICS / LABA combination inhaler and supplementary therapy (LTRA or LAMA, or both) plus SABA as needed.	NICE 2024	22	n. z.	n. z.	weak for	nein
	Patient*innen mit diagnostiziertem Asthma sollen gemäß Stufenschema (siehe […] Abbildung 4 *[in der Leitlinie]*) behandelt werden.	NVL 2024	39	n. z.	e	⇑⇑	ja
	siehe Abbildung 4: Medikamentöses Stufenschema | ERWACHSENE in der Leitlinie **Langzeittherapie:**						
	▪ ICS niedrigdosiert + LABA (bevorzugt) *oder*	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja
	▪ ICS mitteldosiert	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja
	Alternativen zur Langzeittherapie in begründeten Fällen: ▪ ICS niedrigdosiert + LAMA[2] *oder*	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja

Tabelle 66: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 3“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	▪ ICS niedrigdosiert + LTRA [2] aus der Gruppe der LAMA ist Tiotropium als Monopräparat für die Behandlung des Asthmas zugelassen (Stand: Juli 2024)	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja
	Zusätzlich Bedarfstherapie: ▪ SABA *oder* ▪ Fixkombination aus ICS + Formoterol, wenn diese auch die Langzeittherapie darstellt	 NVL 2024 NVL 2024	 40 40	 n. z. n. z.	 e e	 ⇑⇑ ⇑⇑	 ja ja
	4-27 | ERWACHSENE | e | bestätigt 2024 Bei Erwachsenen soll in Stufe 3 als Langzeittherapie bevorzugt eine Kombination aus einem niedrigdosierten ICS und einem langwirksamen Beta-2-Sympathomimetikum (LABA) eingesetzt werden. Alternativ soll ein ICS in mittlerer Dosis eingesetzt werden.	NVL 2024	61	ja	e	⇑⇑	ja
diskrepant	Wird eine Kombination aus ICS und LABA angewendet, soll diese in Form einer Fixkombination erfolgen.	NVL 2024	63	ja	k[b]	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; FeNO: fractional exhaled nitric oxide; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; k: konsensbasiert; LABA: lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika; LAMA: lang wirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten; LL: Leitlinie; LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten; LoE: Level of Evidence; MART: maintenance and reliever therapy; n. z.: nicht zuzuordnen; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Therapiestufe 4“ dargestellt.

Tabelle 67: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 4“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
▪ nicht in der DMP-A-RL genannt: ▫ bei weiterhin unkontrolliertem Asthma unter mittel dosierter MART-Therapie: Kontrolle des FeNO-Wertes, wenn möglich, sowie Kontrolle der Eosinophilenanzahl und Überweisung zur fachärztlichen Behandlung bei Erhöhung eines Wertes (NICE 2024) ▪ von der DMP-A-RL abweichende Therapieoptionen in Therapiestufe 4 zur Langzeittherapie in begründeten Fällen anstelle der Kombitherapie mittel- bis hochdosiertes ICS + LTRA: ▫ ggf. Dreifachkombination: mittel- bis hochdosiertes ICS + LABA + LTRA oder ▫ ggf. mittel- bis hochdosiertes ICS + LAMA (NVL 2024♦) Hinweis: ▪ Unter der MART-Therapie wird in der Leitlinie NICE 2024 [16] die Therapie mit der Fixkombination ICS + Formoterol verstanden, die als Langzeit- und Bedarfstherapie verwendet wird. ▪ zur unterschiedlichen ICS Dosierung der Leitlinien NICE 2024 und NVL 2024 siehe Abschnitt 5.1 der Diskussion	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika; LAMA: lang wirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten; LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 68: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 4“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**Medicine combination and sequencing in people aged 12 and over** 1.7.5 For people aged 12 and over with asthma that is not controlled on moderate-dose MART despite good adherence: ▪ Check the fractional exhaled nitric oxide (FeNO) level if available, and the blood eosinophil count. If either of these is raised, refer to a specialist in asthma care.	NICE 2024	20	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	▪ If neither FeNO or eosinophil count is raised, consider a trial of either a leukotriene receptor antagonist (LTRA) or a long-acting muscarinic receptor antagonist (LAMA) used in addition to moderate-dose MART. Give the medicine for a trial period of 8 to 12 weeks unless there are side effects. At the end of the trial: ▫ if asthma is controlled, continue the treatment ▫ if control has improved but is still inadequate, continue the treatment and start a trial of the other medicine (LTRA or LAMA) ▫ if control has not improved, stop the LTRA or LAMA and start a trial of the alternative medicine (LTRA or LAMA).	NICE 2024	20	n. z.	n. z.	weak for	nein
	Medicine combination and sequencing in people aged 12 and over 1.7.6. Refer people to a specialist in asthma care when asthma is not controlled despite treatment with moderate-dose MART, and trials of an LTRA and a LAMA.	NICE 2024	21	n. z.	n. z.	strong for	ja
	Patient*innen mit diagnostiziertem Asthma sollen gemäß Stufenschema (siehe […] Abbildung 4 *[in der Leitlinie]*) behandelt werden.	NVL 2024	39	n. z.	e	⇑⇑	ja
	siehe Abbildung 4: Medikamentöses Stufenschema | ERWACHSENE in der Leitlinie **Langzeittherapie:** ▪ ICS mittel bis hochdosiert + LABA (bevorzugt) *oder*	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja

Tabelle 68: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 4“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	▪ ICS mittel bis hochdosiert + LABA + LAMA[2] [2] aus der Gruppe der LAMA ist Tiotropium als Monopräparat für die Behandlung des Asthmas zugelassen (Stand: Juli 2024).	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja
diskrepant	*Alternativen zur Langzeittherapie in begründeten Fällen:* ▪ ICS mittel bis hochdosiert + LABA + LTRA oder	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]
diskrepant	▪ ICS mittel bis hochdosiert + LAMA[2] [2] aus der Gruppe der LAMA ist Tiotropium als Monopräparat für die Behandlung des Asthmas zugelassen (Stand: Juli 2024)	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]
	Zusätzlich Bedarfstherapie: ▪ SABA oder	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja
	▪ Fixkombination aus ICS + Formoterol, wenn diese auch die Langzeittherapie darstellt	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja
	4-30 | ERWACHSENE | e | bestätigt 2024 Bei Erwachsenen soll in Stufe 4 bevorzugt die Kombination aus einem ICS im mittleren oder hohen Dosisbereich und einem LABA empfohlen werden.	NVL 2024	66	ja	e	⇑⇑	ja

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika; LAMA: lang wirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten; LL: Leitlinie; LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Therapiestufe 5“ dargestellt.

Tabelle 69: Darstellung der Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 5“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
von der DMP-A-RL abweichende Dosierung von ICS: ▪ Gabe von ICS in Hochdosis statt in Höchstdosis (NVL 2024 ♦)	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; D: Diskrepanz; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LL: Leitlinie	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 70: Leitlinienempfehlungen zum Versorgungsaspekt V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 5“

Diskrepante Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Transferring people aged 12 and over from other treatment pathways **These recommendations are for people with uncontrolled asthma who are on the treatment pathway recommended by previous NICE and BTS/SIGN guidelines.** 1.7.11 Refer people with asthma that is not controlled on treatment containing a high dose of ICS to a specialist in asthma care.	NICE 2024	22	n. z.	n. z.	strong for	ja
diskrepant	siehe Abbildung 4: Medikamentöses Stufenschema | ERWACHSENE in der Leitlinie **Langzeittherapie:** ICS in Hochdosis + LABA + LAMA[2] [2] aus der Gruppe der LAMA ist Tiotropium als Monopräparat für die Behandlung des Asthmas zugelassen (Stand: Juli 2024)	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]
	Zusätzlich Bedarfstherapie: SABA *oder* Fixkombination aus ICS + Formoterol, wenn diese auch die Langzeittherapie darstellt	NVL 2024 NVL 2024	40 40	n. z. n. z.	e e	⇑⇑ ⇑⇑	ja ja
	Alternativen zur Langzeittherapie in begründeten Fällen: OCS in der Dauertherapie (nur bei fehlender Indikation oder Versagen der Biologika-Therapie)	NVL 2024	40	n. z.	e	⇑⇑	ja
	4-34 | ERWACHSENE | k | modifiziert 2024 <u>Die Indikation zur Therapie mit monoklonalen Antikörpern sollte erst gestellt werden, wenn selbst unter dreimonatiger maximaler inhalativer Kombinationstherapie mit einem ICS in Hochdosis, einem LABA und einem LAMA keine Asthmakontrolle erreicht wird.</u>	NVL 2024	71	nein	k	⇑	nein

Tabelle 70: Leitlinienempfehlungen zum Versorgungsaspekt V1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 5“

Diskrepante Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Die Langzeittherapie mit systemischen Corticosteroiden soll bei Erwachsenen wegen der Gefahr schwerer Nebenwirkungen nicht empfohlen werden, es sei denn, die Asthmakontrolle ist trotz des kombinierten Einsatzes der verschiedenen Therapieoptionen sowie zusätzlich monoklonaler Antikörper (sofern indiziert und wirksam) unzureichend.	NVL 2024	80	nein	k	⇓⇓	ja

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika; LAMA: lang wirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten;LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; OCS: Orale Cortikosteroide; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

4.4.4.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (V1.5.9.2)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien und ihr Abgleich mit der DMP-A-RL

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 4 Leitlinien Empfehlungen zu den in Tabelle 71 gelisteten Versorgungsaspekten identifiziert (ERS 2023 [15], NICE 2024 [16], NVL 2024 [17], VADoD 2025 [18]):

Tabelle 71: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.5.9.2 und Abgleich mit der DMP-A-RL

Versorgungsaspekt	**Abgleich mit der DMP-A-RL**		
	Diskrepanzen mit hohem GoR (ggf. hohem LoE)	**diskrepanten Inhalte ohne hohen GoR (ggf. ohne hohen LoE)**	**keine diskrepanten Inhalte**
allgemeine Aspekte (siehe Tabelle 72)	X	–	–
Therapiestufe 1 (siehe Tabelle 74)	X	–	–
Therapiestufe 2 (siehe Tabelle 76)	X	–	–
Therapiestufe 3 (siehe Tabelle 78)	X	–	–
Therapiestufe 4 (siehe Tabelle 80)	X	–	–
Therapiestufe 5 (siehe Tabelle 82)	X	–	–
Therapiestufe 6 (siehe Tabelle 84)	X	–	–
X: Es liegen entsprechende Empfehlungen vor. DMP: Disease-Management-Programm; DMP-A-RL: DMP-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence			

In den folgenden Tabellen werden die Versorgungsaspekte mit mindestens 1 diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR aufweist, sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 72: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „allgemeine Aspekte“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
▪ von der DMP-A-RL abweichende Aussage zur Monotherapie mit SABA: ▫ keine Verordnung von SABA ohne gleichzeitige Verordnung eines ICS (NICE 2024) ▪ nicht in der DMP-A-RL genannte Anwendungen der Fixkombination ICS + Formoterol für Jugendliche ab 12 Jahren: ▫ anstelle von SABA Einsatz als Bedarfsmedikation in allen Therapiestufen unter bestimmten Voraussetzungen (NVL 2024♦) Hinweis: ▪ Die Fixkombination (ICS niedrigdosiert + Formoterol) ist in Deutschland in den Therapiestufen 1 und 2 zur Bedarfstherapie nicht zugelassen.	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; FeNO: fraktioniertes exhaliertes Stickstoffmonoxid; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; MART: maintenance and reliever therapy; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 73: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „allgemeine Aspekte“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.6 Principles of pharmacological treatment** 1.6.3 Do not prescribe short-acting beta2 agonists to people of any age with asthma without a concomitant prescription of an ICS.	NICE 2024	17	n. z.	n. z.	strong against	ja[a]
	Transferring people aged 12 and over from other treatment pathways **These recommendations are for people with uncontrolled asthma who are on the treatment pathway recommended by previous NICE and BTS/SIGN guidelines** 1.7.10 When changing from low or moderate-dose ICS (or ICS / LABA combination inhaler) plus supplementary therapy to MART, consider whether to stop or continue the supplementary therapy based on the degree of benefit achieved when first introduced.	NICE 2024	22	n. z.	n. z.	weak for	nein
	4-3 | k | bestätigt 2024 Ein geringer Bedarf an kurzwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (SABA) ist ein wichtiges Ziel und ein Kriterium für den Erfolg der Therapie.	NVL 2024	42	nein	k	Statement	nein
	4-5 | KINDER UND JUGENDLICHE | e | bestätigt 2024 Die Therapie mit inhalativen Corticosteroiden (ICS) soll bei Kindern und Jugendlichen in den Therapiestufen 2 bis 6 die Basis der Langzeittherapie sein.	NVL 2024	42	nein	e	⇑⇑	ja
diskrepant	**4-18 | KINDER UND JUGENDLICHE | e | bestätigt 2024** Bei Kindern und Jugendlichen soll in jeder Therapiestufe ein Bedarfs-medikament eingesetzt werden, um akut auftretende Symptome zu behandeln. Anstelle der gebräuchlichen Bedarfstherapie mit einem SABA, ergibt sich für Jugendliche ab 12 Jahren unter speziellen Voraussetzungen (siehe Abbildung 5 *[in der Leitlinie]*) auch die Möglichkeit der Anwendung einer Fixkombination aus ICS und Formoterol.	NVL 2024	51	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]

Tabelle 73: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „allgemeine Aspekte“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	4-20 | KINDER UND JUGENDLICHE | k | bestätigt 2024 Bei Kindern und Jugendlichen soll die medikamentöse Langzeittherapie so begonnen und angepasst werden, dass alle Alltagsaktivitäten ohne Bedarfsmedikation möglich sind.	NVL 2024	55	n. z.	k	⇑⇑	ja
	We recommend inhaled corticosteroids (ICS) for asthma control	VADoD 2025	39	n. z.	n. z.	strong for	ja
	For patients (ages 12 and over) with asthma, we suggest inhaled corticosteroids combined with a rapid-onset long-acting beta agonist (e.g., formoterol), for control and relief of asthma.	VADoD 2025	39	ja	n. z.	weak for	nein

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

BTS: British Thoracic Society; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika; LAMA: lang wirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten; MART: Maintenance and reliever therapy; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; n. z.: nicht zuzuordnen; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Therapiestufe 1“dargestellt.

Tabelle 74: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 1“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
▪ nicht in der DMP-A-RL genannte Anwendung der Fixkombination ICS + Formoterol für Jugendliche ab 12 Jahren: ▫ Anwendung der Fixkombination ICS + Formoterol in den GINA-Behandlungsstufen 1 [...] bei Bedarf anstelle eines SABA[#] (ERS 2023[•]) ▫ niedrig dosierte Anwendung als Bedarfstherapie zur initialen Behandlung bei neu diagnostiziertem Asthma (NICE 2024) ▫ bei aktueller Monotherapie mit SABA Therapieumstellung auf Fixkombination ICS niedrig dosiert + Formoterol als Bedarfstherapie (NICE 2024) ▫ Anwendung der Fixkombination niedrig dosiertes ICS + Formoterol als alternative Therapieoption zu SABA (NVL 2024[♦]) ▪ nicht in der DMP-A-RL genannte Therapie für Kinder zwischen 5 und 11 Jahren: ▫ ICS niedrig dosiert und SABA bei Bedarf bei neu diagnostiziertem Asthma (NICE 2024) ▪ nicht in der DMP-A-RL genannte Maßnahmen für Kinder unter 5 Jahren mit Verdacht auf Asthma und Symptomen, die auf eine Langzeittherapie hindeuten oder mit schweren akuten Episoden von Atemnot und pfeifendem Atemgeräusch: ▫ wenn nach einem 8 bis 12-wöchigem Therapieversuch mit niedrig dosiertem ICS und SABA kein Rückgang der Symptome dann Prüfen: - der Inhalationstechnik und Therapieadhärenz - auf Umweltfaktoren als Symptomauslöser - auf eine alternative Diagnose und wenn keiner der Punkte ursächlich für ein fehlendes Therapieansprechen dann Überweisung zur Fachärztin oder zum Facharzt (NICE 2024) Hinweis: ▪ Die Fixkombination (ICS niedrigdosiert + Formoterol) ist in Deutschland in der Therapiestufe 1 zur Bedarfstherapie nicht zugelassen. ▪ siehe Diskussion Abschnitt 5.1	ERS 2023 (47 %, **56 %**, 29 %), NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

Tabelle 74: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 1“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. ●: Die Leitlinie unterschreitet bei der AGREE II-Bewertung in Domäne 2 (Beteiligung von Interessengruppen) und / oder Domäne 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) einen standardisierten Domänenwert von 30 %. ♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GINA: Global Initiative for Asthma; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; MART: maintenance and reliever therapy; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 75: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 1“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Is as-needed ICS / formoterol (single inhaler) without maintenance treatment the preferred treatment compared with regular low-dose ICS maintenance treatment plus as-needed SABA in […] adolescent patients with mild asthma (i.e. GINA treatment steps 1 or 2)? We suggest that adolescent patients with asthma on GINA treatment 1 […] use either as-needed ICS / formoterol in a single inhaler or regular ICS maintenance treatment plus as-needed SABA.	ERS 2023	4	n. z.	low	conditio-nal	nein
diskrepant	**Is as-needed ICS / formoterol (single inhaler) without maintenance treatment the preferred treatment compared with as-needed SABA without maintenance treatment in adult/adolescent patients with mild asthma (i.e. GINA treatment steps 1 or 2)?** We recommend that […] adolescent patients with asthma on GINA treatment steps 1 […] use as-needed ICS / formoterol in a single inhaler instead of as-needed SABA.	ERS 2023	6	ja	low[b]	strong	ja[a]
diskrepant	**1.7 Pharmacological management in people aged 12 and over** **Initial management of newly diagnosed asthma in people aged 12 and over** 1.7.1 Offer a low-dose inhaled corticosteroid (ICS) / formoterol combination inhaler to be taken as needed for symptom relief (as-needed AIR therapy) to people aged 12 and over with newly diagnosed asthma.	NICE 2024	19	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
diskrepant	**Transferring people aged 12 and over from other treatment pathways** **These recommendations are for people with uncontrolled asthma who are on the treatment pathway recommended by previous NICE and BTS / SIGN guidelines.** 1.7.7 Change treatment for people with confirmed asthma who are currently using a short-acting beta2 agonist (SABA) only to a low-dose ICS / formoterol combination inhaler used as needed (as-needed AIR therapy).	NICE 2024	21	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]

Tabelle 75: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 1“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	1.8 Pharmacological management in children aged 5 to 11 **Initial management in children aged 5 to 11** 1.8.1 Offer a twice-daily paediatric low-dose inhaled corticosteroid (ICS), with a short-acting beta2 agonist (SABA) as needed, as initial treatment for children aged 5 to 11 years with newly diagnosed asthma.	NICE 2024	23	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	These recommendations are for children under 5 with newly suspected or confirmed asthma, or with asthma symptoms that are uncontrolled on their current treatment. 1.9.1 Consider an 8 to 12 week trial of twice-daily paediatric low-dose inhaled corticosteroid (ICS) as maintenance therapy (with a short-acting beta2 agonist [SABA] for reliever therapy) in children under 5 with suspected asthma and: ▪ symptoms at presentation that indicate the need for maintenance therapy (for example, interval symptoms in children with another atopic disorder), or ▪ severe acute episodes of difficulty breathing and wheeze (for example, requiring hospital admission, or needing 2 or more courses of oral corticosteroids).	NICE 2024	25	n. z.	n. z.	weak for	nein
	1.9.2 If symptoms do not resolve during the trial period, take the following sequential steps: ▪ check inhaler technique and adherence ▪ check whether there is an environmental source of their symptoms (for example mould in the home, cold housing, smokers or indoor air pollution) ▪ review whether an alternative diagnosis is likely. If none of these explain the failure to respond to treatment, refer the child to a specialist in asthma care.	NICE 2024	25	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	1.9.3 Consider stopping ICS and SABA treatment after 8 to 12 weeks if symptoms are resolved. Review the symptoms after a further 3 months.	NICE 2024	26	n. z.	n. z.	weak for	nein

Tabelle 75: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 1“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
	Patient*innen mit diagnostiziertem Asthma sollen gemäß Stufenschema (siehe […] Abbildung 5 *[in der Leitlinie]*) behandelt werden.	NVL 2024	39	n. z.	e	⇑⇑	ja
	siehe Abbildung 5: Medikamentöses Stufenschema | KINDER UND JUGENDLICHE in der Leitlinie **Bedarfstherapie** SABA oder	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
diskrepant	**Bedarfstherapie** ab 12 Jahren: Fixkombination aus ICS niedrigdosiert + Formoterol[1] [1] Fixkombination (ICS niedrigdosiert + Formoterol) bedarfsorientiert in Stufe 1 und 2 nicht zugelassen (Stand: Juli 2024)	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]
	Bedarfstherapie *Alternativ in begründeten Fällen* Zusätzlich oder alternativ Ipratropiumbromid	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Therapiestufe 2“dargestellt.

Tabelle 76: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 2“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ Anwendung der Fixkombination ICS + Formoterol für Jugendliche in den GINA-Behandlungsstufen […] 2 bei Bedarf anstelle eines SABA[#] (ERS 2023[•]) ▪ Anwendung Fixkombination ICS niedrig dosiert + Formoterol ab 12 Jahren: ▫ Anwendung als niedrig dosierte MART-Therapie zur initialen Behandlung bei neu diagnostiziertem Asthma und schwerer Symptomatik oder schweren Exazerbationen (NICE 2024) ▫ Anwendung als niedrig dosierte MART-Therapie, wenn das Asthma unter Bedarfstherapie mit der Fixkombination ICS niedrigdosiert + Formoterol weiter unkontrolliert ist (NICE 2024) ▪ in begründeten Fällen ab 12 Jahren bedarfsorientierte Anwendung der Fixkombination ICS niedrig dosiert + Formoterol in der Langzeittherapie (NVL 2024[♦]) ▪ keine Bedarfstherapie mit SABA bei bedarfsorientierter Langzeittherapie mit Fixkombination ICS niedrig dosiert + Formoterol (NVL 2024[♦]) ▪ keine Monotherapie mit Montelukast ab dem 15. Lebensjahr außer in folgenden Fällen: ▫ keine Inhalation von ICS möglich (NVL 2024) ▫ inakzeptable Nebenwirkungen unter ICS-Therapie (NVL 2024[♦]) ▪ nicht in der DMP-A-RL genannte Maßnahmen für Kinder unter 5 Jahren mit Verdacht auf Asthma und Symptomen, die auf eine Langzeittherapie hindeuten oder mit schweren akuten Anfällen von Atemnot und pfeifendem Atemgeräusch: ▫ wenn die Symptome bis zur vierteljährlichen Kontrolluntersuchung nach Beendigung eines 8 bis 12-wöchigen Therapieversuchs mit niedrig dosiertem ICS und SABA bei Bedarf erneut auftreten oder ein akuter Anfall die Gabe systemischer Kortikosteroide oder einen Krankenhausaufenthalt notwendig macht, dann erneuter Therapieversuch mit niedrig dosiertem ICS und SABA (NICE 2024) Hinweis: ▪ Die Fixkombination (ICS niedrigdosiert + Formoterol) ist in Deutschland in der Therapiestufe 2 zur Bedarfstherapie nicht zugelassen. ▪ Unter der MART-Therapie wird in der Leitlinie NICE 2024 [16]die Therapie mit der Fixkombination ICS + Formoterol verstanden, die als Langzeit- und Bedarfstherapie verwendet wird.	ERS 2023 (47 %, **56 %**, 29 %), NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

Tabelle 76: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 2“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. ●: Die Leitlinie unterschreitet bei der AGREE II-Bewertung in Domäne 2 (Beteiligung von Interessengruppen) und / oder Domäne 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) einen standardisierten Domänenwert von 30 %. ♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GINA: Global Initiative for Asthma; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 77: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 2“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Is as-needed ICS / formoterol (single inhaler) without maintenance treatment the preferred treatment compared with regular low-dose ICS maintenance treatment plus as-needed SABA in […] adolescent patients with mild asthma (i.e. GINA treatment steps 1 or 2)? We suggest that adolescent patients with asthma on GINA treatment [...] 2 use either as-needed ICS / formoterol in a single inhaler or regular ICS maintenance treatment plus as-needed SABA.	ERS 2023	4	n. z.	low	conditio-nal	nein
diskrepant	**Is as-needed ICS / formoterol (single inhaler) without maintenance treatment the preferred treatment compared with as-needed SABA without maintenance treatment in […] adolescent patients with mild asthma (i.e. GINA treatment steps 1 or 2)?** We recommend that […] adolescent patients with asthma on GINA treatment steps […] 2 use as-needed ICS / formoterol in a single inhaler instead of as-needed SABA.	ERS 2023	6	ja	low[b]	strong	ja[a]
diskrepant	**Initial management of newly diagnosed asthma in people aged 12 and over** 1.7.2 If the person needing asthma treatment presents highly symptomatic (for example, regular nocturnal waking) or with a severe exacerbation, start treatment with low-dose MART (maintenance and reliever therapy) in addition to treating the acute symptoms as indicated (that is, a course of oral corticosteroids may be needed). Consider stepping down to as-needed AIR therapy using a low-dose ICS / formoterol inhaler at a later date if their asthma is controlled.	NICE 2024	19	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
diskrepant	**Medicines combination and sequencing in peoplae ages 12 and over** 1.7.3 Offer low-dose MART to people aged 12 and over with asthma that is not controlled on a low-dose ICS / formoterol combination inhaler used only as needed.	NICE 2024	20	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]

Tabelle 77: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 2“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Transferring people aged 12 and over from other treatment pathways 1.7.8 Consider changing treatment to low-dose MART for people with asthma that is not controlled on: ▪ regular low-dose ICS plus SABA as needed ▪ regular low-dose ICS / LABA (long-acting beta2 agonist) combination inhaler plus SABA as needed ▪ regular low-dose ICS and supplementary therapy (LTRA) plus SABA as needed. ▪ regular low-dose ICS / LABA combination inhaler and supplementary therapy (LTRA) plus SABA as needed.	NICE 2024	21	n. z.	n. z.	weak for	nein
	Medicine combination and sequencing in children aged 5 to 11 **MART pathway** 1.8.2 Consider paediatric low-dose MART (maintenance and reliever therapy) for children with asthma that is not controlled on paediatric low-dose ICS plus SABA as needed, as long as they are assessed to have the ability to manage a MART regimen.	NICE 2024	23	n. z.	n. z.	weak for	nein
	Medicine combination and sequencing in children aged 5 to 11 **Conventional pathway** 1.8.4 Consider adding a leukotriene receptor antagonist (LTRA) to twice daily paediatric low-dose ICS plus SABA as needed when a child has uncontrolled asthma and is assessed as unable to manage the MART regimen. Give the LTRA for a trial period of 8 to 12 weeks (unless there are side effects), then stop it if it is ineffective.	NICE 2024	24	n. z.	n. z.	weak for	nein

Tabelle 77: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 2“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	1.9 Pharmacological management in children under 5 **These recommendations are for children under 5 with newly suspected or confirmed asthma, or with asthma symptoms that are uncontrolled on their current treatment.** 1.9.4 If symptoms resolve during the trial period, but then: ▪ symptoms recur by the 3-month review, or ▪ the child has an acute episode requiring systemic corticosteroids or hospitalisation, restart regular ICS (begin at a paediatric low dose […]) with SABA as needed and consider a further trial without treatment after reviewing the child within 12 months.	NICE 2024	26	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	Patient*innen mit diagnostiziertem Asthma sollen gemäß Stufenschema (siehe […] Abbildung 5 *[in der Leitlinie]*) behandelt werden.	NVL 2024	39	n. z.	e	⇑⇑	ja
	siehe Abbildung 5: Medikamentöses Stufenschema | KINDER UND JUGENDLICHE in der Leitlinie **Langzeittherapie**						
	ICS niedrigdosiert (bevorzugt) oder	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	LTRA	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
diskrepant	**Langzeittherapie** *Alternative in begründeten Fällen:* ab 12 Jahren: bedarfsorientierte Anwendung der Fixkombination aus ICS niedrigdosiert + Formoterol[1] [1] Fixkombination (ICS niedrigdosiert + Formoterol) bedarfsorientiert in Stufe 1 und 2 nicht zugelassen (Stand: Juli 2024)	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]

Tabelle 77: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 2“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**Bedarfstherapie** SABA (wenn Fixkombination aus ICS niedrigdosiert + Formoterol bedarfsorientiert als Langzeittherapie: keine weitere Bedarfstherapie mit SABA notwendig)	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]
	Bedarfstherapie *Alternativ in begründeten Fällen* Zusätzlich oder alternativ Ipratropiumbromid	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	Langzeittherapie Bei Kindern und Jugendlichen soll in Stufe 2 bevorzugt ein niedrigdosiertes ICS empfohlen werden.	NVL 2024	56	n. z.	e	⇑⇑	ja
diskrepant	**Langzeittherapie** Die Monotherapie mit Montelukast soll bei Patient*innen ab einem Alter von 15 Jahren nicht eingesetzt werden, es sei denn die Patient*innen sind nicht in der Lage, ICS zu inhalieren oder es treten inakzeptable Nebenwirkungen unter ICS auf.	NVL 2024	56	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten; MART: maintenance and reliever therapy; n. z.: nicht zuzuordnen; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Therapiestufe 3“dargestellt.

Tabelle 78: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 3“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
▪ von der DMP-A-RL in Therapiestufe 3 abweichend Therapie für Jugendliche ab 12 Jahren: ▫ mittel dosierte MART-Therapie, wenn Asthma unter niedrig dosierter MART-Therapie weiter unterkontrolliert (NICE 2024) ▪ von der DMP-A-RL in Therapiestufe 3 abweichende Therapie für Kinder von 5 Jahren bis 11 Jahren: ▫ Gabe von niedrig dosiertem ICS + LABA zur Langzeittherapie bei unkontrolliertem Asthma unter niedrig dosierter ICS Therapie + SABA bei Bedarf (mit oder ohne LTRA in Abhängigkeit vom vorherigen Ansprechen), wenn keine Anwendung des MART-Regime möglich (NICE 2024) ▪ nicht in der DMP-A-RL genannte Maßnahmen für Kinder unter 5 Jahren mit Verdacht auf Asthma und Symptomen, die auf eine Langzeittherapie hindeuten oder mit schweren akuten Episoden von Atemnot und pfeifendem Atemgeräusch: ▫ wenn die Symptome bis zur vierteljährlichen Kontrolluntersuchung nach Beendigung eines 8 bis 12-wöchigen Therapie-versuchs mit niedrig dosiertem ICS und SABA bei Bedarf erneut auftreten oder ein akuter Anfall die Gabe systemischer Kortikosteroide oder einen Krankenhausaufenthalt notwendig macht, dann erneuter Therapieversuch mit niedrig dosiertem ICS, dass bei Bedarf bis zu einer mittleren Dosis gesteigert werden kann und SABA bei Bedarf (NICE 2024) Hinweis: ▪ Unter der MART-Therapie wird in der Leitlinie NICE 2024 [16] die Therapie mit der Fixkombination ICS + Formoterol verstanden, die als Langzeit- und Bedarfstherapie verwendet wird.	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %)
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: langwirksame Beta-2-Sympathomimetika; LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten; MART: maintenance and reliever therapy; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 79: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 3“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.7 Pharmacological management in people aged 12 and over** **Medicine combination and sequencing in people aged 12 and over** 1.7.4 Offer moderate-dose MART to people aged 12 and over with asthma that is not controlled on low-dose MART.	NICE 2024	20	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	Transferring people aged 12 and over from other treatment pathways **These recommendations are for people with uncontrolled asthma who are on the treatment pathway recommended by previous NICE and BTS/SIGN guidelines.** 1.7.9 Consider changing treatment to moderate-dose MART for people with asthma that is not controlled on: ▪ regular moderate-dose ICS plus SABA as needed ▪ regular moderate-dose ICS / LABA combination inhaler plus SABA as needed ▪ regular moderate-dose ICS and supplementary therapy (LTRA or LAMA, or both) plus SABA as needed ▪ regular moderate-dose ICS / LABA combination inhaler and supplementary therapy (LTRA or LAMA, or both) plus SABA as needed.	NICE 2024	22	n. z.	n. z.	weak for	nein
	1.8 Pharmacological management in children aged 5 to 11 **Medicine combination and sequencing in children aged 5 to 11** **MART pathway** 1.8.3 Consider increasing to paediatric moderate-dose MART if asthma is not controlled on paediatric low-dose MART.	NICE 2024	24	n. z.	n. z.	weak for	nein

Tabelle 79: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 3“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**Medicine combination and sequencing in children aged 5 to 11** **<u>Conventional pathway</u>** 1.8.5 Offer a twice daily paediatric low-dose ICS / LABA (long-acting beta2 agonist) combination inhaler plus SABA as needed to children assessed as unable to manage the MART regimen if their asthma is not controlled on paediatric low-dose ICS plus SABA as needed (with or without an LTRA depending on previous response).	NICE 2024	24	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	1.9 Pharmacological management in children under 5 **These recommendations are for children under 5 with newly suspected or confirmed asthma, or with asthma symptoms that are uncontrolled on their current treatment.** 1.9.4 If symptoms resolve during the trial period, but then: ▪ symptoms recur by the 3-month review, or ▪ the child has an acute episode requiring systemic corticosteroids or hospitalisation, restart regular ICS (begin at a paediatric low dose and titrate up to a paediatric moderate dose if needed) with SABA as needed and consider a further trial without treatment after reviewing the child within 12 months.	NICE 2024	26	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	Langzeittherapie ICS mitteldosiert	NVL 2024	41	n. z.	e	A	ja
	Bei Kindern und Jugendlichen soll in Stufe 3 die Monotherapie mit einem mitteldosierten ICS empfohlen werden.	NVL 2024	65	ja	e	A	ja
	Bedarfstherapie SABA	NVL 2024	41	n. z.	e	A	ja

Tabelle 79: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 3“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Bedarfstherapie *Alternativ in begründeten Fällen* Zusätzlich oder alternativ Ipratropiumbromid	NVL 2024	41	n. z.	e	A	ja
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: langwirksame Beta-2-Sympathomimetika; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten; MART: maintenance and reliever therapy; n. z.: nicht zuzuordnen; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt							

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Therapiestufe 4“dargestellt.

Tabelle 80: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 4“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
▪ nicht in der DMP-A-RL für Jugendliche ab 12 Jahren genannt: ▫ bei weiterhin unkontrolliertem Asthma unter mittel dosierter MART-Therapie: Kontrolle des FeNO-Wertes, wenn möglich, sowie Kontrolle der Eosinophilenanzahl und Überweisung zur fachärztlichen Behandlung bei Erhöhung eines Wertes (NICE 2024) ▪ von der DMP-A-RL in Therapiestufe 4 abweichende Dosierung von ICS für Kinder von 5 bis 11 Jahren: ▫ Gabe von mittel dosiertem ICS + LABA zur Langzeittherapie bei unkontrolliertem Asthma unter niedrig dosierter Langzeit-therapie mit ICS + LABA (mit oder ohne LTRA in Abhängigkeit vom vorherigen Ansprechen) (NICE 2024) ▪ nicht in der DMP-A-RL genannt: ▫ bei Kindern unter 5 Jahren Beenden der LTRA Gabe, wenn Langzeittherapie mit mittel dosiertem ICS und LTRA erfolglos oder bei Unverträglichkeit des LTRA (NICE 2024) ▫ vor Therapieeskalation zur Stufe 5 Evaluation der Wirksamkeit der aktuellen Therapieoptionen[#] (NVL 2024[♦]) Hinweis: ▪ Unter der MART-Therapie wird in der Leitlinie NICE 2024 [16] die Therapie mit der Fixkombination ICS + Formoterol verstanden, die als Langzeit- und Bedarfstherapie verwendet wird.	NICE 2024 (64 %, **65 %**, 42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE.

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.

a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika; LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 81: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 4“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.7 Pharmacological management in people aged 12 and over** See also algorithm C for a summary of the pharmacological management of asthma in people aged 12 years and over **Medicine combination and sequencing in people aged 12 and over** 1.7.5 For people aged 12 and over with asthma that is not controlled on moderate-dose MART despite good adherence: ▪ Check the fractional exhaled nitric oxide (FeNO) level if available, and the blood eosinophil count. If either of these is raised, refer to a specialist in asthma care.	NICE 2024	20	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	▪ If neither FeNO or eosinophil count is raised, consider a trial of either a leukotriene receptor antagonist (LTRA) or a long-acting muscarinic receptor antagonist (LAMA) used in addition to moderate-dose MART. Give the medicine for a trial period of 8 to 12 weeks unless there are side effects. At the end of the trial: ▫ if asthma is controlled, continue the treatment ▫ if control has improved but is still inadequate, continue the treatment and start a trial of the other medicine (LTRA or LAMA) ▫ if control has not improved, stop the LTRA or LAMA and start a trial of the alternative medicine (LTRA or LAMA).	NICE 2024	20	n. z.	n. z.	weak for	nein
	1.7 Pharmacological management in people aged 12 and over **Medicine combination and sequencing in people aged 12 and over** Refer people to a specialist in asthma care when asthma is not controlled despite treatment with moderate-dose MART, and trials of an LTRA and a LAMA. (See the Accelerated Access Collaborative consensus pathway on the management of uncontrolled asthma in adults.)	NICE 2024	21	n. z.	n. z.	strong for	ja

Tabelle 81: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 4“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.8 Pharmacological management in children aged 5 to 11** **Medicine combination and sequencing in children aged 5 to 11** **Conventional pathway** 1.8.6 Offer a twice daily paediatric moderate-dose ICS / LABA inhaler plus SABA as needed to children with asthma that is not controlled on paediatric low-dose ICS / LABA plus SABA as needed (with or without an LTRA depending on previous response).	NICE 2024	24	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	1.8 Pharmacological management in children aged 5 to 11 **Medicine combination and sequencing in children aged 5 to 11** **All children aged 5 to 11** 1.8.7 Refer children to a specialist in asthma care if their asthma is not controlled on paediatric moderate-dose MART or paediatric moderate-dose ICS / LABA maintenance treatment (with or without an LTRA, depending on previous response).	NICE 2024	24	n. z.	n. z.	strong for	ja
	Pharmacological management in children under 5 **These recommendations are for children under 5 with newly suspected or confirmed asthma, or with asthma symptoms that are uncontrolled on their current treatment.** 1.9.5 If suspected asthma is uncontrolled in children under 5 on a paediatric moderate dose of ICS as maintenance therapy (with SABA as needed), consider a leukotriene receptor antagonist (LTRA) in addition to the ICS. Give the LTRA for a trial period of 8 to 12 weeks (unless there are side effects), then stop it if it is ineffective.	NICE 2024	26	n. z.	n. z.	weak for	nein

Tabelle 81: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 4“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**Pharmacological management in children under 5** **These recommendations are for children under 5 with newly suspected or confirmed asthma, or with asthma symptoms that are uncontrolled on their current treatment.** 1.9.6 If suspected asthma is uncontrolled in children under 5 on a paediatric moderate dose of ICS as maintenance therapy and a trial of an LTRA has been unsuccessful or not tolerated, stop the LTRA and refer the child to a specialist in asthma care for further investigation and management	NICE 2024	26	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	Patient*innen mit diagnostiziertem Asthma sollen gemäß Stufenschema (siehe […] Abbildung 5 *[in der Leitlinie]*) behandelt werden.	NVL 2024	39	n. z.	e	⇑⇑	ja
	siehe Abbildung 5: Medikamentöses Stufenschema | KINDER UND JUGENDLICHE in der Leitlinie **Langzeittherapie**						
	▪ ICS mitteldosiert + LABA oder	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	▪ ICS mitteldosiert + LTRA oder	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	▪ ICS mitteldosiert + LABA + LTRA	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	Langzeittherapie *Bei unzureichender Kontrolle:* ICS mitteldosiert + LABA + LTRA + LAMA[3] [3] aus der Gruppe der LAMA ist Tiotropium und aus der Gruppe der Anti-IgE-Antikörper ist Omalizumab für die Behandlung des Asthmas ab 6 Jahren zugelassen (Stand: Juli 2023). Aus der Gruppe der Anti-IL-4-R-Antikörper ist Dupilumab ab 6 Jahren und aus der Gruppe der Anti-IL-5-Antikörper ist Mepolizumab für die Behandlung des Asthmas ab 6 Jahren zugelassen (Stand: Juli 2024)	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja

Tabelle 81: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 4“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Bedarfstherapie ▪ SABA oder ▪ ab 12 Jahren: Fixkombination aus ICS + Formoterol, wenn diese auch die Langzeittherapie darstellt	NVL 2024 NVL 2024	41 41	n. z. n. z.	e e	⇑⇑ ⇑⇑	ja ja
	Bedarfstherapie *Alternativ in begründeten Fällen* Zusätzlich oder alternativ Ipratropiumbromid	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	siehe Abbildung 5: Medikamentöses Stufenschema | KINDER UND JUGENDLICHE in der Leitlinie Überweisungsindikationen: Stufe 4: Überweisung zum / r pädiatrischen Pneumologen / in	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑	nein
	4-31 | KINDER UND JUGENDLICHE | e | bestätigt 2024 Bei Kindern und Jugendlichen soll in Stufe 4 eine Kombinationstherapie aus einem mitteldosierten ICS mit einem LABA oder / und einem LTRA empfohlen werden.	NVL 2024	68	n. z.	e	⇑⇑	ja
	4-32 | KINDER UND JUGENDLICHE | k | bestätigt 2024 Kinder und Jugendliche, deren Asthma eine Behandlung der Stufe 4 erfordert, sollten zu einem pädiatrischen Pneumologen / einer pädiatrischen Pneumologin überwiesen werden.	NVL 2024	68	n. z.	k	⇑	nein
diskrepant	**4-42 | KINDER UND JUGENDLICHE | k | bestätigt 2024** Bevor bei Kindern und Jugendlichen die Eskalation der Therapie zur Stufe 5 erfolgt, soll die Wirksamkeit der verschiedenen möglichen Therapieoptionen der Stufe 4 evaluiert werden.	NVL 2024	80	nein	k	⇑⇑	ja[a]

Tabelle 81: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 4“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	4-44 | KINDER UND JUGENDLICHE | k | bestätigt 2024 Kinder und Jugendliche sollten vor dem Übergang in Stufe 5 zur erweiterten Diagnostik in einem kinderpneumologischen Zentrum vorgestellt werden.	NVL 2024	80	nein	k	⇑	nein
	For patients with asthma (ages 12 and over) not controlled by medium or high dose inhaled corticosteroids and long-acting beta agonists, we suggest adding a long-acting muscarinic antagonist (LAMA).	VADoD 2025	45	ja	low	weak for	nein

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika; LAMA: lang wirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten lang wirksame Anticholinergika; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zu dem Versorgungsaspekt „Therapiestufe 5“dargestellt.

Tabelle 82: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 5“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannte Therapieoption zur Langzeittherapie: ▪ Langzeittherapie mit der Dreifachkombination ICS + LABA + LAMA (NVL 2024♦) ▪ vor Übergang in Therapiestufe 6: ▫ Überweisung in ein kinderpneumologisches Zentrum mit der Möglichkeit zur invasiven Diagnostik# (NVL 2024♦) ▫ Evaluation der Wirksamkeit der aktuellen Therapieoptionen# (NVL 2024♦)	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. #: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika; LAMA: lang wirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 83: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 5“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Transferring people aged 12 and over from other treatment pathways **These recommendations are for people with uncontrolled asthma who are on the treatment pathway recommended by previous NICE and BTS/SIGN guidelines.** 1.7.11 Refer people with asthma that is not controlled on treatment containing a high dose of ICS to a specialist in asthma care.	NICE 2024	22	n. z.	n. z.	strong for	ja
	Patient*innen mit diagnostiziertem Asthma sollen gemäß Stufenschema (siehe […] Abbildung 5 *[in der Leitlinie]*) behandelt werden.	NVL 2024	39	n. z.	e	⇑⇑	ja
	siehe Abbildung 5: Medikamentöses Stufenschema | KINDER UND JUGENDLICHE in der Leitlinie **Langzeittherapie**						
	▪ ICS hochdosiert + LABA oder	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	▪ ICS hochdosiert + LTRA[2] oder	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	[2] Montelukast (aus der Gruppe der LTRA) als Add-on-Therapie für schweres persistierendes Asthma in allen Altersstufen (Stufe 5) nicht zugelassen (Stand: Juli 2024)						
	▪ ICS hochdosiert + LABA + LTRA[2] oder	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	[2] Montelukast (aus der Gruppe der LTRA) als Add-on-Therapie für schweres persistierendes Asthma in allen Altersstufen (Stufe 5) nicht zugelassen						
diskrepant	▪ ICS hochdosiert + LABA + LAMA[3] oder	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	[3] aus der Gruppe der LAMA ist Tiotropium und aus der Gruppe der Anti-IgE-Antikörper ist Omalizumab für die Behandlung des Asthmas ab 6 Jahren zugelassen (Stand: Juli 2023). Aus der Gruppe der Anti-IL-4-R-Antikörper ist Dupilumab ab 6 Jahren und aus der Gruppe der Anti-IL-5-Antikörper ist Mepolizumab für die Behandlung des Asthmas ab 6 Jahren zugelassen						

Tabelle 83: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 5“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	▪ ICS hochdosiert + LABA + LTRA[2] + LAMA[3] [2] Montelukast (aus der Gruppe der LTRA) als Add-on-Therapie für schweres persistierendes Asthma in allen Altersstufen (Stufe 5) nicht zugelassen (Stand: Juli 2024) [3] aus der Gruppe der LAMA ist Tiotropium und aus der Gruppe der Anti-IgE-Antikörper ist Omalizumab für die Behandlung des Asthmas ab 6 Jahren zugelassen (Stand: Juli 2023). Aus der Gruppe der Anti-IL-4-R-Antikörper ist Dupilumab ab 6 Jahren und aus der Gruppe der Anti-IL-5-Antikörper ist Mepolizumab für die Behandlung des Asthmas ab 6 Jahren zugelassen	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	Bedarfstherapie SABA oder ab 12 Jahren: Fixkombination aus ICS + Formoterol, wenn diese auch die Langzeittherapie darstellt	NVL 2024 NVL 2024	41 41	n. z. n. z.	e e	⇑⇑ ⇑⇑	ja ja
	Bedarfstherapie *Alternative in begründeten Fällen:* Zusätzlich oder alternativ Ipratropiumbromid	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	siehe Abbildung 5: Medikamentöses Stufenschema | KINDER UND JUGENDLICHE in der Leitlinie Vorstellung in einem kinderpneumologischen Zentrum	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑	nein
	siehe Abbildung 5: Medikamentöses Stufenschema | KINDER UND JUGENDLICHE in der Leitlinie Überweisung zum / r pädiatrischen Pneumologen / in	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	4-43 | KINDER UND JUGENDLICHE | k | bestätigt 2024 Kinder und Jugendliche, deren Asthma eine Behandlung in Stufe 5 erfordert, sollen zu einem pädiatrischen Pneumologen / einer pädiatrischen Pneumologin überwiesen werden.	NVL 2024	80	nein	k	⇑⇑	ja

Tabelle 83: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 5“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	4-46 | KINDER UND JUGENDLICHE | e | bestätigt 2024 Bei Kindern und Jugendlichen soll in Stufe 5 eine Kombinationstherapie aus einem hochdosierten ICS mit einem LABA oder / und einem LTRA empfohlen werden.	NVL 2024	81	ja	e	⇑⇑	ja
diskrepant	**4-47 | KINDER UND JUGENDLICHE | k | bestätigt 2024** Bevor bei Kindern und Jugendlichen die Eskalation der Therapie zur Stufe 6 erfolgt, soll die Wirksamkeit der verschiedenen möglichen Therapieoptionen der Stufe 5 evaluiert werden.	NVL 2024	82	ja	k[b]	⇑⇑	ja[a]
diskrepant	**4-49 | KINDER UND JUGENDLICHE | k | bestätigt 2024** Kinder und Jugendliche sollen vor dem Übergang in Stufe 6 zur Durchführung der Differentialdiagnostik und Untersuchung auf Komorbiditäten in einem kinderpneumologischen Zentrum mit der Möglichkeit zur invasiven Diagnostik vorgestellt werden.	NVL 2024	83	nein	k[b]	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LABA: lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika; LAMA: lang wirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Therapiestufe 6“ dargestellt.

Tabelle 84: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.2 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendenten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 6“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannte Maßnahmen unter einer Kortikosteroidtherapie bei Kindern und Jugendlichen: ▪ Einstellen auf niedrig wirksamste Dosis (NVL 2024♦) ▪ regelmäßige Kontrolle der Körpergröße (NVL 2024♦) ▪ bei Verdacht auf Nebennierenrinden-Suppression: Diagnostik / Behandlung (NVL 2024♦)	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 85: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 6“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Patient*innen mit diagnostiziertem Asthma sollen gemäß Stufenschema (siehe […] Abbildung 5 *[in der Leitlinie]*) behandelt werden.	NVL 2024	39	n. z.	e	⇑⇑	ja
	siehe Abbildung 5: Medikamentöses Stufenschema | KINDER UND JUGENDLICHE in der Leitlinie **Langzeittherapie** *zusätzlich zu Stufe 5* Anti-IgE-Antikörper[3] bzw. Anti-IL-4-R Antikörper [3+4] oder [3] aus der Gruppe der LAMA ist Tiotropium und aus der Gruppe der Anti-IgE-Antikörper ist Omalizumab für die Behandlung des Asthmas ab 6 Jahren zugelassen (Stand: Juli 2023). Aus der Gruppe der Anti-IL-4-R-Antikörper ist Dupilumab ab 6 Jahren und aus der Gruppe der Anti-IL-5-Antikörper ist Mepolizumab für die Behandlung des Asthmas ab 6 Jahren zugelassen (Stand: Juli 2024) [4] Dupilumab ist für Kinder von 6–11 Jahren in begründeten Fällen auch als Add-on-Therapie bereits in Stufe 4 (ICS mitteldosiert) möglich (Stand Juli 2024)	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	Anti-IL-5-Antikörper[3] oder Anti-TSLP-Antikörper[5] [3] aus der Gruppe der LAMA ist Tiotropium und aus der Gruppe der Anti-IgE-Antikörper ist Omalizumab für die Behandlung des Asthmas ab 6 Jahren zugelassen (Stand: Juli 2023). Aus der Gruppe der Anti-IL-4-R-Antikörper ist Dupilumab ab 6 Jahren und aus der Gruppe der Anti-IL-5-Antikörper ist Mepolizumab für die Behandlung des Asthmas ab 6 Jahren zugelassen (Stand: Juli 2024)	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja

Tabelle 85: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 6“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Langzeittherapie *Alternative in begründeten Fällen*: OCS (zusätzlich oder alternativ)	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	Bedarfstherapie SABA oder	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	ab 12 Jahren: Fixkombination aus ICS + Formoterol, wenn diese auch die Langzeittherapie darstellt	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
	Bedarfstherapie *Alternative in begründeten Fällen:* Zusätzlich oder alternativ Ipratropiumbromid	NVL 2024	41	n. z.	e	⇑⇑	ja
diskrepant	**4-26 | KINDER UND JUGENDLICHE | e | bestätigt 2024** Bei Kindern und Jugendlichen, die Corticosteroide erhalten, sollen folgende Maßnahmen berücksichtigt werden: ▪ Einstellung auf die niedrigste wirksame Dosierung; ▪ regelmäßige Kontrolle der Körpergröße mit Erfassung in einer Wachstumskurve; ▪ bei Verdacht auf Nebennierenrinden-Suppression: Diagnostik bzw. Behandlung.	NVL 2024	60	ja	e	⇑⇑	ja[a]
	4-51 | KINDER UND JUGENDLICHE | e | modifiziert 2023 Ein Therapieversuch mit einem Add-on-Biologikum vorzugsweise mit Omalizumab oder Dupilumab für mindestens vier Monate soll bei Kindern ab sechs Jahren sowie Jugendlichen in Stufe 6 empfohlen werden, wenn die Kriterien gemäß Tabelle 10 *(in der Leitlinie)* vorliegen.	NVL 2024	84	ja	e	⇑⇑	ja

Tabelle 85: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.2 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr „Therapiestufe 6“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	4-52 | KINDER UND JUGENDLICHE | k | modifiziert 2024 Die Langzeittherapie mit systemischen Corticosteroiden soll bei Kindern und Jugendlichen wegen der Gefahr schwerer Nebenwirkungen nicht empfohlen werden, es sei denn, die Asthmakontrolle ist trotz des kombinierten Einsatzes der verschiedenen Therapieoptionen einschließlich monoklonaler Antikörper (sofern indiziert und wirksam) unzureichend.	NVL 2024	89	nein	k	⇑⇑	ja
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; OCS: orale Corticosteroide; SABA: kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt							

4.4.4.9.3 Therapie der Exazerbation (V1.5.9.3)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (NVL 2024 [17]):

- Initialbehandlung des Asthmaanfalls bei:
  - Erwachsenen
  - Kindern und Jugendlichen

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu den Versorgungsaspekten wurden diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR identifiziert. In den folgenden Tabellen werden die Versorgungsaspekte sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 86: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.3 „Initialbehandlung Asthmaanfall Erwachsene“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
weitere, nicht in der DMP-A-RL genannte Aspekte zur Initialbehandlung des Asthmaanfalls und sich anschließende Maßnahmen: ▪ leichter bis mittelschwerer Anfall: ▫ dosierte Lippenbremse ▫ zusätzlich zu SABA Gabe von 20–50 mg eines Prednisolonäquivalents ▫ bei Stabilisierung nach 30 bis 60 Minuten: - Überprüfen, Aktualisieren oder Aushändigen eines individuellen Asthma- Aktionsplans - Evaluation / Beseitigung möglicher Risikofaktoren - Schulung oder Nachschulung ▫ umgehende Einweisung ins Krankenhaus, wenn kein Therapieansprechen nach 30 bis 60 Minuten (NVL 2024♦) ▪ schwerer Anfall: ▫ Erwägen einer Krankenhauseinweisung und Initialtherapie mit: - Sauerstoffgabe - dosierter Lippenbremse - zusätzlich zu SABA Gabe von 40–50 mg eines Prednisolonäquivalents ▫ bei Stabilisierung nach 30 bis 60 Minuten siehe Maßnahmen bei leichtem bis mittelschwerem Anfall ▫ umgehende Einweisung ins Krankenhaus, wenn kein Therapieansprechen nach 30 bis 60 Minuten (NVL 2024♦) ▪ lebensbedrohlicher Anfall: ▫ Initialtherapie mit: - Sauerstoff - dosierter Lippenbremse - zusätzlich zu SABA Gabe von 50–100 mg eines Prednisolonäquivalents (NVL 2024♦)	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; SABA: kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 87: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.3 Therapie der Exazerbationen „Initialbehandlung Asthmaanfall Erwachsene“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**7-1 | ERWACHSENE | e | bestätigt 2024** Bei erwachsenen Patient*innen mit einem Asthmaanfall soll gemäß Abbildung 7 und Abbildung 8 *(in der Leitlinie)* vorgegangen werden.	NVL 2024	115	ja	e	⇑⇑	ja[a]
	7-2 | ERWACHSENE | e | bestätigt 2024 Ohne hinreichende Belege für eine bakterielle Infektion sollen Antibiotika bei Erwachsenen nicht zur Behandlung des Asthmaanfalls eingesetzt werden.	NVL 2024	123	ja	e	⇑⇑	ja

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt „Initialbehandlung Asthmaanfall Kinder und Jugendliche“ dargestellt.

Tabelle 88: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.3 „Initialbehandlung Asthmaanfall Kinder und Jugendliche“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
weitere, nicht in der DMP-A-RL genannte Aspekte zur Initialbehandlung des Asthmaanfalls und sich anschließende Maßnahmen: ▪ Initialbehandlung des Asthmaanfalls und sich anschließende Maßnahmen: ▫ bei Asthmaanfall Beginn der Initialtherapie mit u. a. initialer Einschätzung des Schweregrades des Anfalls ▫ Einleiten der an der Schweregrad angepassten initialen Therapie ▫ bei leichten bis mittelschwerem Anfall umgehende Krankenhauseinweisung wenn 30 bis 60 Minuten nach Initialtherapie-einleitung keine Stabilisierung ▫ bei schwerem Anfall nach Einleitung der Initialtherapie umgehende Krankenhauseinweisung (NVL 2024♦) ▪ keine Therapie mit hoch dosiertem ICS (NVL 2024♦)	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortiksteroide; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 89: Leitlinienempfehlungen zuV1.5.9.3 Therapie der Exazerbationen „Initialbehandlung Asthmaanfall Kinder und Jugendliche“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**8-1 | KINDER UND JUGENDLICHE | e | bestätigt 2024** Bei Kindern und Jugendlichen mit einem Asthmaanfall soll gemäß Abbildung 9 *(in der Leitlinie)* vorgegangen werden.	NVL 2024	125	ja	e	⇑⇑	ja[a]
diskrepant	**8-2 | KINDER UND JUGENDLICHE | e | bestätigt 2024** Bei Kindern und Jugendlichen sollen ICS als Hochdosistherapie nicht zur Notfallbehandlung des Asthmaanfalls eingesetzt werden.	NVL 2024	132	ja	e	⇑⇑	ja[a]
	8-3 | KINDER UND JUGENDLICHE | e | bestätigt 2024 Ohne hinreichende Belege für eine bakterielle Infektion sollen Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen nicht bei der Behandlung des Asthmaanfalls eingesetzt werden.	NVL 2024	136	ja	e	⇑⇑	ja

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

4.4.4.9.4 Spezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung (V1.5.9.4)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NVL 2024 [17]):

- allgemeine Aspekte

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurden keine diskrepanten Empfehlungen identifiziert.

4.4.4.9.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft (V1.5.9.5)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien und ihr Abgleich mit der DMP-A-RL

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu den in Tabelle 90 gelisteten Versorgungsaspekten identifiziert (NICE 2024 [16], NVL 2024 [17]):

Tabelle 90: Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.5.9.5 und Abgleich mit der DMP-A-RL

Versorgungsaspekt	Abgleich mit der DMP-A-RL		
	Diskrepanzen mit hohem GoR (ggf. hohem LoE)	diskrepanten Inhalte ohne hohen GoR (ggf. ohne hohen LoE)	keine diskrepanten Inhalte
allgemeine Aspekte (siehe Tabelle 91)	X	–	–
Asthmamedikation	–	–	X
X: Es liegen entsprechende Empfehlungen vor. DMP: Disease-Management-Programm; DMP-A-RL: DMP-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence			

In den folgenden Tabellen werden der Versorgungsaspekt mit mindestens 1 diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR aufweist, sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 91: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.5.9.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft „allgemeine Aspekte“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ Asthma keine primäre Indikation für eine Sectio[#] (NVL 2024[♦]) ▪ Asthma nicht als Grund für eine Sectio heranziehen[#] (NVL 2024[♦])	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. ♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 92: Leitlinienempfehlungen zu V1.5.9.5 Asthma bronchiale in der Schwangerschaft „allgemeine Aspekte“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
diskrepant	Asthma ist keine primäre Indikation für eine Sectio und soll nicht als Begründung für diese herangezogen werden.	NVL 2024	140	ja	k[b]	A	ja[a]
	Primärversorgende sollen Patientinnen im gebärfähigen Alter präkonzeptionell über die Wichtigkeit einer guten Asthmakontrolle bei Eintritt in die Schwangerschaft beraten.	NVL 2024	138	ja	k	A	ja

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

4.4.4.9.6 Schutzimpfungen (V1.5.9.6)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurde in 1 Leitlinie 1 Empfehlung zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NVL 2024 [17]):

- allgemeine Aspekte

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurde keine diskrepante Empfehlung identifiziert.

4.4.5 Kooperation der Versorgungssektoren (V1.6)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurde in 1 Leitlinie 1 Empfehlung zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NVL 2024 [17]):

- Kooperation in der Schwangerschaft

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurde 1 diskrepante Empfehlung mit hohem GoR identifiziert. In den folgenden Tabellen werden der Versorgungsaspekt sowie die dazugehörige Empfehlung dargestellt.

Tabelle 93: Darstellung der Diskrepanzen zu V1. 6 Kooperation der Versorgungssektoren „Kooperation in der Schwangerschaft“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ bei unzureichender Asthmakontrolle gemeinsame Betreuung der Schwangeren durch Pneumologen / Pneumologin und Gynäkologen / Gynäkologin (NVL 2024♦)	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.
a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle wird die Empfehlung zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 94: Leitlinienempfehlungen zu V1.6 Kooperation der Versorgungssektoren „Kooperation in der Schwangerschaft“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
diskrepant	Frauen in der Schwangerschaft mit unzureichender Asthmakontrolle sollen vom Pneumologen / von der Pneumologin und Gynäkologen / Gynäkologin gemeinsam in enger Abstimmung betreut werden.	NVL 2024	138	n. z.	e	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

4.4.5.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt (V1.6.1)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurde in 1 Leitlinie 1 Empfehlung zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NVL 2024 [17]):

- Betreuung Fachärztin / Facharzt

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurde 1 diskrepante Empfehlung mit hohem GoR identifiziert. In den folgenden Tabellen werden der Versorgungsaspekt sowie die dazugehörige Empfehlung dargestellt.

Tabelle 95: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt „Betreuung Fachärztin / Facharzt“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ spezifische medizinische Gründe für die Langzeitbetreuung und deren Dokumentation durch eine Fachärztin / einen Facharzt bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen: ▫ dauerhaft hohe Instabilität trotz intensivierter Therapie ▫ schwerer Krankheitsverlauf[#] (NVL 2024[♦])	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. ♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle wird die Empfehlung zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 96: Leitlinienempfehlungen zu V 1.6.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt „Betreuung Fachärztin / Facharzt“

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	**Zugrunde liegende Empfehlung(en)**	**Quelle (LL Jahr)**	**Seite**	**Literatur (ja, nein, n. z.)**	**Original LoE**	**Original GoR**	**Hoher GoR (ja, nein, unklar)**
diskrepant	Wenn medizinische Gründe es erfordern, sollen die Langzeitbetreuung der Patient*innen und deren Dokumentation im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms durch Pneumolog*innen bzw. pädiatrische Pneumolog*innen erfolgen. Die Gründe sind: eine dauerhaft hohe Instabilität trotz intensivierter Therapie; ein schwerer Krankheitsverlauf.	NVL 2024	152	n. z.	k[b]	⇑⇑	ja[a]

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

4.4.5.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung (V1.6.2)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NICE 2024 [16], NVL 2024 [17]):

- Indikationen

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurden diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR identifiziert. In den folgenden Tabellen werden der Versorgungsaspekt sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 97: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung „Indikationen“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannte Kriterien für die Überweisung zur fachärztlichen Behandlung: ▪ Prüfung der Indikation zur Überweisung an Pneumologin / Pneumologen bzw. pädiatrische Pneumologin / pädiatrischen Pneumologen bei: ▫ Zweifeln an der Diagnose (NICE 2024, NVL 2024♦) ▫ vorausgegangener Notfallbehandlung# (NVL 2024♦)	NICE 2024 (64 %, **65 %**,42 %), NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)

♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig.
#: methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE.

a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung)

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence; V: Versorgungsaspekt

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 98: Leitlinienempfehlungen zu V1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung „Indikationen“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
diskrepant	**1.2 Objective tests for diagnosing asthma in adults, young people and children aged 5 to 16 with a history suggestive of asthma** **Children aged 5 to 16** 1.2.9 If there is still doubt about the diagnosis, refer to a paediatric specialist for a second opinion, including consideration of a bronchial challenge test.	NICE 2024	12	n. z.	n. z.	strong for	ja[a]
	1.7.11 Refer people with asthma that is not controlled on treatment containing a high dose of ICS to a specialist in asthma care.	NICE 2024	22	n. z.	n. z.	strong for	ja
	Die Indikationsstellung sowie die Auswahl der Antigene und der Applikationsform sollten von einem allergologisch qualifizierten Arzt oder einer allergologisch qualifizierten Ärztin (möglichst mit der Zusatzbezeichnung Allergologie) vorgenommen werden.	NVL 2024	89	nein	k	⇑	nein
	Sondervotum der DEGAM zur Empfehlung 4-54 bestätigt 2024 Die Indikationsstellung sowie die Auswahl der Antigene und der Applikationsform sollen von einem allergologisch erfahrenen Arzt oder einer allergologisch erfahrenen Ärztin vorgenommen werden.	NVL 2024	89	nein	k	⇑⇑	ja
	Befinden sich Betroffene in kontinuierlicher spezialfachärztlicher Betreuung (Pneumologie bzw. pädiatrische Pneumologie), sollte bei einer Stabilisierung des Zustandes geprüft werden, ob eine Weiterbehandlung durch Hausärzt*innen oder Kinder und Jugendärzt*innen möglich ist.	NVL 2024	152	n. z.	k	⇑⇑	ja
diskrepant	In folgenden Situationen soll die Indikation zur Überweisung zu einem Pneumologen oder einer Pneumologin bzw. pädiatrischen Pneumologen oder pädiatrischer Pneumologin geprüft werden: ▪ wenn Zweifel an der Diagnose bestehen; ▪ bei unzureichender Asthmakontrolle trotz intensivierter Behandlung; ▪ bei vorausgegangener Notfallbehandlung.	NVL 2024	153	nein	k[b]	⇑⇑	ja[a]

Tabelle 98: Leitlinienempfehlungen zu V1.6.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung „Indikationen“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Bestehen Zweifel an der Diagnose oder der Verdacht auf Begleiterkrankungen, die die Asthmakontrolle negativ beeinflussen, sollte die Indikation zur Überweisung zu einem spezialisierten Fachgebiet geprüft werden.	NVL 2024	154	nein	k	⇑	nein

a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung
b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5).

DEGAM: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt

4.4.5.3 Einweisung in ein Krankenhaus (V1.6.3)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurde in 1 Leitlinie 1 Empfehlung zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NVL 2024 [17]):

- Indikationen

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurde keine diskrepante Empfehlung identifiziert.

4.4.5.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung (V1.6.4)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NVL 2024 [17]):

- Indikationen / Kriterien

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Zu dem Versorgungsaspekt wurden diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR identifiziert. In den folgenden Tabellen werden der Versorgungsaspekt, sowie die dazugehörigen Empfehlungen dargestellt.

Tabelle 99: Darstellung der Diskrepanzen zu V1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung „Indikationen / Kriterien“

Diskrepante Leitlinienempfehlung(en) zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise, (Leitlinie[n] mit hoher GoR-Kategorie)	**AGREE II-Bewertung[a] der Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen zum Versorgungsaspekt**
nicht in der DMP-A-RL genannt: ▪ spezifischere Kriterien / Indikationen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche zur Veranlassung einer pneumologischen Reha wie: ▫ beschränkte ambulante Durchführung nicht medikamentöser Therapien ▫ Komorbiditäten mit im ambulanten Sektor fehlendem oder nicht umsetzbarem notwendigen multiprofessionellem Therapieansatz (NVL 2024♦)	NVL 2024 (47 %, **64 %**, 79 %)
♦: Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung ist aber weiterhin gültig. a. Es werden die standardisierten Domänenwerte der Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) der AGREE II-Bewertung angegeben (vergleiche Tabelle 104). **Fett** hervorgehoben: Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; Reha: Rehabiliation; V: Versorgungsaspekt	

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt im Originalwortlaut dargestellt.

Tabelle 100: Leitlinienempfehlungen zu V1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung „Indikationen / Kriterien“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
	Bei Erwachsenen soll vor der Behandlung in Stufe 5 die Indikation zu einer Rehabilitation geprüft werden.	NVL 2024	71	ja	e	⇑⇑	ja
	Bei Kindern und Jugendlichen sollte vor der Behandlung in Stufe 5 die Indikation zu einer stationären Rehabilitation geprüft werden.	NVL 2024	80	nein	e	⇑	nein
	Bei Kindern und Jugendlichen soll vor der Behandlung in Stufe 6 die Indikation zu einer stationären Rehabilitation geprüft werden.	NVL 2024	83	nein	k	⇑⇑	ja
diskrepant	Patient*innen mit Asthma soll eine pneumologische Rehabilitation angeboten werden, wenn trotz adäquater ambulanter ärztlicher Betreuung beeinträchtigende körperliche, soziale oder psychische Krankheitsfolgen bestehen, die die Möglichkeiten von normalen Aktivitäten bzw. der Teilhabe am normalen beruflichen und privaten Leben behindern. Dies gilt insbesondere bei folgenden Konstellationen: ▪ persistierende asthmatische Beschwerden bzw. fehlende Asthmakontrolle; fixierte Obstruktion mit entsprechender Symptomatik; ▪ Gefährdung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit, eines geeigneten und angemessenen Schulabschlusses bzw. einer Berufsausbildung; ▪ drohende Pflege und Hilfsbedürftigkeit; ▪ Notwendigkeit von nicht-medikamentösen Therapieverfahren, wenn diese ambulant nicht im erforderlichen Ausmaß erfolgen können, z. B. Schulung, Atemphysiotherapie, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Tabakentwöhnung, psychotherapeutische Hilfen, Allergen- und Schadstoff-karenz; ▪ Faktoren im Bereich des familiär-sozialen Umfeldes, die den Krankheits-verlauf negativ beeinflussen und im Rahmen eines multiprofessionellen Rehabilitationssettings bearbeitet werden können; Komorbiditäten, die einen multiprofessionellen Therapieansatz benötigen, der ambulant so nicht vorhanden oder umsetzbar ist.	NVL 2024	145	nein	e / k[b]	⇑⇑	ja[a]

Tabelle 100: Leitlinienempfehlungen zu V1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung „Indikationen / Kriterien“ (mehrseitige Tabelle)

Empfehlung mit hoher GoR-Kategorie (diskrepant)	Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung b. Für diesen Bericht wurde der LoE als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.5). DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; e: evidenzbasiert; GoR: Grade of Recommendation; k: konsensbasiert; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; V: Versorgungsaspekt							

4.4.6 Schulungen (V4)

4.4.6.1 Schulungen der Versicherten (V4.2)

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Diesem Versorgungsaspekt wurden keine Empfehlungen zugeordnet. Empfehlungen zu Schulungen wurden dem Versorgungsaspekt 1.5.2 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme zugeordnet.

5 Diskussion

5.1 Einordnung der Diskrepanzen

In diesem Abschnitt werden einzelne in dem vorliegenden Bericht identifizierte Diskrepanzen zur DMP-A-RL hinsichtlich ihrer Bedeutung für den deutschen Versorgungskontext diskutiert.

FeNO-Messung und Bestimmung der Eosinophilenanzahl in Rahmen der Primärdiagnostik

In den eingeschlossenen Leitlinien NICE 2024 und NVL 2024 wird die Anwendung der FeNO-Messung und Bestimmung der Eosinophilenanzahl im Blut im Rahmen der Primärdiagnostik unterschiedlich bewertet.

Von der Leitlinie NICE 2024 [16], die in Kooperation mit der BTS und SIGN erstellt wurde, wird die FeNO-Messung oder die Bestimmung der Eosinophilenanzahl im Blut als anfänglicher diagnostischer Test für Erwachsene mit einem Hinweis auf Asthma in der Anamnese zum Nachweis von Asthma empfohlen. Für keinen diagnostischen Test konnte die Leitliniengruppe Evidenz für eine ausreichend hohe Spezifität und Sensitivität finden, um die Diagnose Asthma sicher stellen zu können. Einige objektive diagnostische Tests wie die FeNO-Messung zeigten jedoch eine hohe Spezifität. Dies floss bei der Festlegung der in der Leitlinie empfohlenen cut-off-Werte für die FeNO-Messung ein: es wurde ein geeigneter hoher Wert festgelegt, der zwar spezifisch aber weniger sensitiv ist, so die Leitliniengruppe. Auf Basis eines gesundheitsökonomischen Modells wurde dann festgelegt, dass ein schrittweiser „Rule-in“-Ansatz die kosteneffizienteste Diagnosestrategie darstellt, bei der die FeNO-Messung oder die Bestimmung der Eosinophilenanzahl im Blut als anfänglicher diagnostischer Test verwendet wird, dem sich bei Unsicherheit in den Ergebnissen weitere objektive Tests anschließen sollen. Die Leitliniengruppe gibt zu den beiden Tests den Hinweis, dass eine erhöhte Eosinophilenanzahl im Blut auch andere Gründe als Asthma wie z. B. andere allergische Erkrankungen haben kann und die FeNO-Werte von allergischen Atemwegserkrankungen beeinflusst werden. Zudem weisen Raucher veränderte FeNO-Werte und Eosinophilenanzahlen im Blut auf [16].

Auf Basis der gleichen Überlegungen wie bei den Erwachsenen und der Anwendung des gesundheitsökonomischen Modells wird in der Leitlinie NICE 2024 [16] für Jugendliche und Kinder ab 5 Jahren hingegen die FeNO-Messung, wenn verfügbar, als zu bevorzugender objektiver diagnostischer Test bei einem anamnestischen Hinweis auf Asthma empfohlen. Wenn die FeNO-Messung nicht möglich ist sollen andere objektive Tests in Abhängigkeit von der Durchführbarkeit und / oder den Ergebnissen erfolgen. Für Kinder wird die FeNo-Messung der Bestimmung der Eosinophilenanzahl im Blut von der Leitliniengruppe vorgezogen, da bei der FeNo-Messung auf eine Blutentnahme verzichtet werden kann und ein Wert ≥ 35 ppB bei entsprechender Anamnese hinreichend spezifisch für die Diagnose Asthma sei. Hierbei gibt die Leitliniengruppe jedoch zu bedenken, dass die Durchführbarkeit der FeNO-Messung bei

Kindern abhängig von deren Alter ist. Zudem nimmt die Leitliniengruppe wahr, dass ein zunehmender Anteil des Asthmas bei Kindern nicht-atopisch sein kann und dann wahrscheinlich keine erhöhten FeNO-Werte auftreten werden [16].

In der aktuellen NVL 2024 [17] gibt es keine Empfehlung für eine alleinige FeNO-Messung im Rahmen der Primärdiagnostik. Die Leitliniengruppe führt in der Rationalen zum Statement als Begründung das Fehlen konfirmatorischer Studien an. Bestimmte Patientengruppen, z. B. Allergiker können jedoch von einer zusätzlichen FeNO-Messung profitieren, so die Leitliniengruppe. Zudem kann nach Ansicht der Leitliniengruppe eine ergänzende FeNO-Messung die Diagnose Asthma absichern, wenn bspw. normale Lungenfunktionswerte vorliegen oder eine Obstruktion ohne Reversibilität vorliegt oder zusätzliche FeNO-Werte > 50 ppB vorliegen. Für die Bestimmung der Eosinophilenanzahl im Blut im Rahmen der Primärdiagnostik wird die Aussagesicherheit der vorliegenden Evidenz von der Leitliniengruppe als niedrig eingeschätzt. Dennoch wird ein möglicher Nutzen für die Differenzialdiagnostik gesehen [17].

Die beschriebenen diagnostischen Tests werden bisher in der DMP-A-RL [3] im Rahmen der Lungenfunktionsanalytischen Stufendiagnostik nicht genannt. Die FeNO-Messung ist in Deutschland im Rahmen der Primärdiagnostik bisher keine GKV-Leistung. Vor diesem Hintergrund ist die Empfehlung der Leitlinie NICE 2024 nur bedingt übertragbar. In einem gemeinsamen Positionspapier betonen die beteiligten Fachgesellschaften DGP, BdP, DGAKI und AeDA die Wichtigkeit der FeNO-Messung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale und befürworten eine Vergütung der FeNO-Messung durch die GKV [19].

FeNO-Messung: Monitoring und Therapieanpassung

Sowohl in der Leitlinie NICE 2024 als auch in der NVL 2024 wird die Bestimmung des FeNO-Wertes im Rahmen des Monitorings und zur Therapiesteuerung empfohlen. Bisher ist auch dieser Aspekt nicht Gegenstand in der DMP-A-RL [3].

Während sich für die FeNO-Messung im Rahmen eines regelmäßigen Monitorings in den beiden oben genannten Leitlinien Empfehlungen ohne hohen GoR finden, werden in der Leitlinie NICE 2024 [16] für die FeNO-Messung zur Therapieanpassung der medikamentösen Therapie Empfehlungen mit hohem Empfehlungsgrad ausgesprochen. Laut der Leitliniengruppe dient der FeNO-Wert als Indikator für Atemwegsentzündungen und kann somit u. a. zur Therapieanpassung oder Prüfung der Therapietreue bei Patientinnen und Patienten mit unzureichender Symptomkontrolle eingesetzt werden. Zum anderen bieten normale FeNO-Werte die Bestätigung einer optimalen Symptomkontrolle und eine Entscheidungsgrundlage für eine mögliche Reduzierung der Erhaltungstherapie [16].

Die Leitliniengruppe der NVL 2024 [17] spricht aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Studienlage, die nur in einigen Endpunkten eine Verbesserung zeigt und bei der offen bleibt, welche Patientengruppe besonders von dem regelmäßigen Monitoring profitiert, eine offene Empfehlung für eine regelmäßige FeNO-Messung aus. Sie merkt in der Rationalen zur Empfehlung aber ebenfalls an, dass ein Monitoring des FeNO-Wertes erfahrungsgemäß dazu beitragen kann, die Therapieadhärenz der Patientinnen und Patienten zu fördern. Auch können nach Einschätzung der Leitliniengruppe speziell Patientinnen und Patienten mit wiederholten Exazerbationen von einem Monitoring mittels FeNO-Messung profitieren [17].

Medikamentöse Therapie in frühen Therapiestufen

In der DMP-A-RL [3] wird die alleinige Gabe von kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika (SABA) als Bedarfstherapie in der Therapiestufe 1 bei geringen und selten auftretenden Beschwerden sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen genannt.

In der Leitlinie NICE 2024 [16] wird die alleinige Gabe eines SABA mit hohem Empfehlungsgrad (GoR) für alle Altersgruppen auch in niedrigen Therapiestufen nicht mehr empfohlen. Stattdessen wird empfohlen, schon frühzeitig eine inhalative-Glukokortikosteroide(ICS)-basierte Therapie einzusetzen. Dies kann entweder in Form einer bedarfsorientierten Anwendung der Kombinationstherapie mit ICS + Formoterol erfolgen oder auch als kontinuierliche niedrig dosierte ICS-Langzeittherapie mit einer zusätzlichen Bedarfstherapie mit SABA oder Formoterol. Die Leitliniengruppe begründet die Empfehlungen mit der Evidenzlage, die für eine alleinige Gabe von SABA bei allen Altersgruppen die schlechtesten klinischen Outcomes zeigt. Es wurde u. a. Evidenz ausgewertet, die die Therapieoptionen alleinige SABA Gabe, reguläre Gabe von niedrigdosierten ICS mit SABA bei Bedarf sowie die alleinige Bedarfstherapie mit der Fixkombination ICS + Formoterol für die Altersgruppe 12 Jahre und älter mit neu diagnostiziertem Asthma verglich. Für die alleinige Bedarfstherapie ICS + Formoterol zeigte sich im Vergleich zu den anderen beiden Therapieoptionen der deutlichste Unterschied in der Reduktion schwerer Exazerbationen, so die Leitliniengruppe. Auch unter der Therapie mit niedrig dosiertem ICS und SABA bei Bedarf kam es zu weniger Exazerbationen als unter der alleinigen Gabe von SABA [16].

Auch in der Leitlinie ERS 2023 [14], der Leitlinie mit eher niedriger methodischer Qualität, wird eine alleinige Bedarfstherapie mit SABA mit hohem GoR aber basierend auf niedriger Evidenz für Jugendliche und Erwachsene mit mildem Asthma, entsprechend den GINA Behandlungsstufen 1 und 2, nicht empfohlen. Anstelle von SABA soll die Fixkombination ICS + Formoterol gegeben werden. Die starke Empfehlung begründet die Leitliniengruppe damit, dass sie dem Nutzen einer Bedarfstherapie mit der Fixkombination ICS + Formoterol bezüglich der Endpunkte zu Exazerbationen sowie der Reduktion des Einsatzes von systemischen Kortikosteroiden eine höhere Gewichtung gibt als den Kosten für die Medikamente. Zudem flossen in die Vergabe des Empfehlungsgrades die Bewertung der Risiken einer alleinigen

Bedarfstherapie mit SABA und deren übermäßiger Gebrauch ohne eine gleichzeitige entzündungshemmende Therapie ein [14]. Der niedrige Evidenzlevel wird von der Leitliniengruppe u. a. mit den Limitationen im Studiendesign der ausgewerteten randomisierten kontrollierten Studien (RCT) bezüglich des Endpunkts Mortalität begründet [14].

Wie oben aufgeführt zeigen die internationalen Leitlinien ERS 2023 und NICE 2024 eine klare und konsistente Abkehr von der SABA-Monotherapie auch in frühen Therapiestufen sowohl für Jugendliche als auch für Erwachsene, da inzwischen davon ausgegangen wird, dass eine alleinige bronchodilatatorische Therapie die zugrunde liegende entzündliche Pathophysiologie des Asthmas nicht adressiert und die frühzeitige Behandlung der Entzündung den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen kann. Diese oben beschriebenen Strategien entsprechen eher der Therapiestufe 2 der NVL 2024, während sie von den beiden Leitlinien ERS 2023 und NICE 2024 bereits als Erstlinientherapie in Stufe 1 angesehen wird.

In der NVL 2024 [17] wird als Standardtherapie in der Therapiestufe 1 weiterhin die Monotherapie mit SABA als Bedarfstherapie empfohlen und diese gleichrangig neben die Option einer Fixkombination aus niedrig dosiertem ICS und Formoterol (als Bedarfstherapie in Therapiestufe 1 und 2 aktuell für alle Altersgruppen ein Off-Label-Use in Deutschland) gestellt. Diese Empfehlung gilt sowohl für Erwachsene als auch für Jugendliche und Kinder ab 12 Jahren und wird mit hohem Empfehlungsgrad ausgesprochen. Nur in begründeten Ausnahmenfällen kann jetzt bereits in Therapiestufe 1 als Alternative bei Erwachsenen zusätzlich zur SABA-Bedarfstherapie eine niedrigdosierte ICS-Langzeittherapie begonnen werden. Diese Empfehlung wurde neu in die Leitlinie aufgenommen. Die Leitliniengruppe begründet die Beibehaltung der SABA-Monotherapie mit der guten Implementierung dieser Therapieform im Versorgungsalltag, trotz fehlender hochwertiger Evidenz. Zudem sieht sie in der Anwendung der Fixkombination keinen Vorteil, wenn das Asthma unter einer alleinigen Therapie mit SABA gut kontrolliert ist und die Betroffenen SABA nicht häufiger als 2-mal wöchentlich anwenden. [17].

In der Leitlinie NICE 2024 [16] zeigt sich im pädiatrischen Bereich für die frühen Therapiestufen eine vergleichbare Entwicklung wie bei den Erwachsenen und Jugendlichen. In der Leitlinie [16] wird auch bei Kindern unter 12 Jahren eine SABA-Monotherapie nicht mehr empfohlen. Stattdessen wird auch hier frühzeitig eine antiinflammatorische Therapie etabliert. Die von der Leitliniengruppe untersuchte Evidenz zeigt auch für diese Altersgruppe, dass unter einer niedrigdosierten ICS-Therapie in Kombination mit einer SABA-Bedarfstherapie weniger Exazerbationen auftraten als unter einer alleinigen Bedarfstherapie mit SABA. Für die Leitliniengruppe ist eine niedrigdosierte MART-Therapie die beste Therapieoption bei Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren mit unzureichend kontrolliertem Asthma unter einer niedrigdosierten ICS-Therapie und SABA-Bedarfstherapie, sofern die Kinder in der Lage sind, das MART-Regime korrekt anzuwenden. Allerdings basiert die dazu ausgesprochene

Empfehlung auf einem nicht hohen Empfehlungsgrad. Einschränkend ist zudem zu beachten, dass zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Leitlinie keine entsprechenden Inhalatoren für diese Altersgruppe explizit für Single-Maintenance-and-Reliever-Therapy (SMART) oder MART zugelassen waren, sodass es sich hierbei um einen Off-Label-Use handelt [16]. Dies trifft auch für die aktuelle Versorgung in Deutschland zu. Für Kinder unter 5 Jahren mit Verdacht auf Asthma und einer Symptomatik, die auf eine notwendige Langzeittherapie hinweist, oder bei schweren akuten Atemnotepisoden und pfeifendem Atemgeräusch wird in der Leitlinie empfohlen zum Therapiebeginn einen 8 bis 12-wöchigen Therapieversuch mit niedrig dosiertem ICS und SABA zu prüfen. Diese Empfehlung basiert ebenfalls auf einem nicht hohen Empfehlungsgrad [16].

Dosierung ICS

Bezüglich der maximalen Dosierung von inhalativen Glukokortikosteroiden (in Therapiestufe 4 entsprechend der DMP-A-RL) finden sich den Leitlinien NICE 2024 und NVL 2024 unterschiedliche Angaben.

Die Leitlinie NICE 2024 sieht gemäß dem neuen Therapieansatz der MART-Therapie auch für erwachsene Patientinnen und Patienten (in Therapiestufe 4 entsprechend der DMP-A-RL) nur noch eine mittlere ICS-Dosis als höchste Dosierung im Rahmen der medikamentösen Therapie vor. Um die Therapietreue zu überprüfen empfiehlt die Leitliniengruppe den FeNO-Wert und die Anzahl der Eosinophilen im Blut zu kontrollieren. Ist ein Wert trotz Einhaltung der mittel dosierten MART-Therapie erhöht, soll gemäß der Leitlinie eine Überweisung zur fachärztlichen Behandlung erfolgen, da die Leitliniengruppe in diesem Fall das Risiko für einen ungünstigen Krankheitsverkauf als erhöht einschätzt. Liegt ein Wert im Normbereich empfiehlt die Leitliniengruppe einen Therapieversuch mit der zusätzlichen Gabe eines LTRA oder LAMA zur moderaten MART-Therapie zu prüfen. Wird mit dieser Maßnahme auch keine ausreichende Asthmakontrolle erzielt, soll dann gemäß der Leitlinie an eine Fachärztin oder einen Facharzt überwiesen werden. Die Gabe von hoch dosiertem ICS ist in der Leitlinie nur noch für Patientinnen und Patienten ab 12 Jahren vorgesehen, die nicht auf eine MART-Therapie umgestellt werden können und bei denen mit einer mittleren Dosierung von ICS in Kombination mit Wirkstoffen aus anderen Wirkstoffklassen das Asthma weiterhin unkontrolliert bleibt [16].

In der NVL 2024 wird für Erwachsene in Therapiestufe 4 u. a. weiterhin ICS hoch dosiert in Kombination mit LABA mit einem starken Empfehlungsgrad als eine zu bevorzugende Therapieoption empfohlen. In Stufe 5 soll gemäß der Leitlinie nur noch eine hoch dosierte ICS Gabe in Kombination mit einem LABA und LAMA statt ICS in Höchstdosisgeben werden. Zur Orientierung für die Anwendenden findet sich in der NVL 2024 eine Vergleichstabelle der ICS Dossierungen (niedrige, mittlere und hohe Dosis) für die einzelnen Wirkstoffe [17].

5.2 Diskussionspunkte

Medikamentöse Therapie: Monoklonale Antikörper

In der DMP-A-RL [3] ist eine Therapie mit monoklonalen Antikörpern in der Therapiestufe 5 bei Erwachsenen und in der Therapiestufe 6 bei Kindern und Jugendlichen vorgesehen. In diesen Therapiestufen sollen individuell geeignete monoklonale Antikörper verordnet werden.

In der aktuellen DMP-A-RL werden keine konkreten Wirkstoffe oder spezifische Indikationen für eine individuelle Antikörpertherapie genannt. In der NVL 2024 [17] finden sich konkrete Empfehlungen zu einzelnen, bisher zugelassenen Wirkstoffen. Zudem wurde eine Übersichtstabelle zu monoklonalen Antikörpern für Erwachsene und zu den Auswahlkriterien für Add-on-Biologika bei Kindern und Jugendlichen neu in die Leitlinie aufgenommen. Dies dient dem Ziel, eine Orientierung für die individuell angemessene Verordnung der verschiedenen Antikörper zu geben. Des Weiteren betont die Leitliniengruppe, dass u. a. Asthmaexazerbationen im Vorjahr zur Definition des schweren Asthmas gehören und somit eine wichtige Voraussetzung (klinischer Phänotyp) für die Therapieeskalation mit monoklonalen Antikörpern sind.

Die Indikationsstellung und Einleitung einer Antikörpertherapie soll gemäß der DMP-A-RL durch eine Fachärztin oder einen Facharzt erfolgen. Unter dem Gliederungspunkt 1.6.1 der DMP-A-RL besteht aber auch in Ausnahmefällen die Möglichkeit, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen des DMP durch eine ermächtigte oder zugelassene Fachärztin oder einen ermächtigten oder zugelassenen Facharzt betreut werden. Vor diesem Hintergrund und aufgrund der breiteren Palette an Wirkstoffen und deren unterschiedlichen Indikationen bzw. Wirkprofile kann geprüft werden, inwieweit die Aufnahme von Verweisen auf entsprechende klinische Entscheidungshilfen wie etwa die oben genannten Tabellen der NVL 2024 (S. 73 Tabelle 9: Biologika für Erwachsene und S. 84 Tabelle 10: Kriterien für die Auswahl eines Add-on-Biologikums bei Kindern und Jugendlichen) in die DMP-A-RL sinnvoll ist.

6 Fazit

Für den Bericht wurden Empfehlungen aus 5 aktuellen evidenzbasierten Leitlinien den Versorgungsaspekten der DMP-A-RL für das DMP Asthma bronchiale zugeordnet und inhaltlich abgeglichen. Die derzeit gültige Anlage zum Asthma bronchiale der DMP-A-RL stimmt in weiten Teilen mit den aktuellen evidenzbasierten Leitlinien überein.

Für folgende Versorgungsaspekte wurden diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR identifiziert:

- Diagnostik (V1.2)
- Differenzierte Therapieplanung (V1.4):
  - Ärztliche Kontrolluntersuchungen (V1.4.2)
  - Selbstmanagement (V1.4.3)
- Therapeutische Maßnahmen (V1.5):
  - Nicht medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen (V1.5.1)
  - Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme (V1.5.2)
  - Körperliche Aktivitäten (V1.5.4)
  - Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung (V1.5.6)
  - Medikamentöse Maßnahmen (V1.5.9):
    - Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene (V1.5.9.1)
    - Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (V1.5.9.2)
    - Therapie der Exazerbation (V1.5.9.3)
    - Asthma bronchiale in der Schwangerschaft (V1.5.9.5)
- Kooperation der Versorgungssektoren (V1.6):
  - Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt (V1.6.1)
  - Überweisung zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung (V1.6.2)
  - Veranlassung einer Rehabilitationsleistung (V1.6.4)

Für die folgenden Versorgungsaspekte fanden sich keine Empfehlungen in den eingeschlossenen Leitlinien:

- Therapeutische Maßnahmen (V1.5):
  - Rehabilitation (V1.5.5)
  - Besondere Maßnahmen bei Multimedikation (V1.5.8)

Zu den Versorgungsaspekten Therapieziele (V1.3) und Schulungen der Versicherten (V4.2) wurden Empfehlungen identifiziert. Diese wurden aber anderen Versorgungsaspekten zugeordnet.

Als zusätzliche Versorgungsaspekte, die bisher nicht in der DMP-A-RL thematisiert werden, wurden die folgenden Versorgungsaspekte identifiziert:

- Diagnostik (V1.2):
  - weitere Tests zur Diagnosesicherung (V1.2.X)
  - Labordiagnostik (V1.2.Y)

Details des Berichts

A1 Projektverlauf

A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat am 15.10.2025 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer Leitliniensynopse zur Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale beauftragt.

In die Bearbeitung des Projekts wurde eine externe Sachverständige eingebunden.

Der Berichtsplan in der Version 1.0 vom 25.11.2025 wurde am 03.12.2025 auf der Website des IQWiG veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 07.01.2026 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Die Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan ist auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

Eine Überarbeitung der Methoden des Berichtsplans war nicht notwendig.

Die vorläufige Bewertung, der Vorbericht in der Version 1.0 vom 05.06.2026, wurde am 12.06.2026 auf der Website des IQWiG veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 10.07.2026 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Unklare Aspekte aus den schriftlichen Stellungnahmen zum Vorbericht wurden am 24.08.2026 in einer wissenschaftlichen Erörterung mit den Stellungnehmenden diskutiert. Die wesentlichen Argumente aus den Stellungnahmen werden in Kapitel A4 „Kommentare“ des vorliegenden Abschlussberichts gewürdigt.

Der vorliegende Abschlussbericht beinhaltet die Änderungen, die sich aus der Anhörung ergeben haben.

Im Anschluss an die Anhörung erstellte das IQWiG den vorliegenden Abschlussbericht, der 4 Wochen nach Übermittlung an den GBA auf der Website des IQWiG veröffentlicht wird. Die zum Vorbericht eingegangenen Stellungnahmen und das Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung werden in einem gesonderten Dokument „Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht“ zeitgleich mit dem Abschlussbericht auf der Website des IQWiG bereitgestellt.

A1.2 Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf

Vorbericht im Vergleich zum Berichtsplan 1.0

Es ergaben sich lediglich redaktionelle Änderungen.

Abschlussbericht im Vergleich zum Vorbericht

Neben redaktionellen Änderungen ergaben sich folgende Spezifizierungen oder Änderungen im Abschlussbericht:

- Die Angaben zu den Ergebnissen der Informationsbeschaffung wurden unter Einbindung der Nachrecherche aktualisiert (siehe Abschnitte 4.1, A3.1 und A6.1).
- Durch die Nachrecherche wurde die Leitlinie ACCP 2026 [13] neu in den Bericht aufgenommen. Dadurch, ergaben sich Änderungen in den Abschnitten 4.2 und 4.4.4.9.1 sowie in den Kapiteln A3 und A9.
- In Abschnitt 4.4 wurde in den Tabellen die Diskrepanzen von der NVL 2024 enthalten, eine Fußnote bezüglich der Aktualisierung der Leitlinie ergänzt.
- Aufgrund der zum Vorbericht 1.0 eingegangenen Stellungnahmen wurden folgende Änderungen vorgenommen:
  - In Tabelle 24 wurde spezifiziert, dass sich die Diskrepanz auf Erwachsene bezieht.
  - In Tabelle 60 und Tabelle 73 wurde ein Statement der NVL 2024 ergänzt.
  - Im Abschnitt 4.4.4.9.1 wurde in Tabelle 60, Tabelle 62, Tabelle 64, Tabelle 66 und Tabelle 68 Empfehlungen der Leitlinie NICE 2024 umsortiert bzw. neu aufgenommen. Dadurch ergaben sich zusätzlich Änderungen in Tabelle 59, Tabelle 61, Tabelle 63 und Tabelle 67. Zudem wurde in diesem Abschnitt eine Diskrepanz für die Therapiestufe 5 neu aufgenommen.
  - Im Abschnitt 4.4.4.9.2 wurde in Tabelle 73, Tabelle 75, Tabelle 77 und Tabelle 79 Empfehlungen der Leitlinie NICE 2024 umsortiert. Dadurch ergaben sich Änderungen in Tabelle 72, Tabelle 74, Tabelle 76 und Tabelle 78.
  - Im Abschnitt 5.1 wurde ein Abschnitt zur ICS Dosierung aufgenommen und diesbezüglich ein Hinweis in Tabelle 67 ergänzt.
- Im Abschnitt A4.1 wurde im Abschnitt zur Leitlinien NICE 2024 eine Ergänzung vorgenommen.

A2 Methodik gemäß Berichtsplan 1.0

Die folgenden Abschnitte geben den Wortlaut der Berichtsmethodik aus dem Berichtsplan wieder. Über diese Methodik hinausgehende Spezifizierungen oder Änderungen der Methoden im Projektverlauf werden in Abschnitt A1.2 erläutert. Im folgenden Text wird an den entsprechenden Stellen auf diesen Abschnitt verwiesen.

A2.1 Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung

A2.1.1 Population

Die Zielpopulation der Untersuchung sind Kinder (ab dem vollendeten 1. Lebensjahr), Jugendliche und erwachsene Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale.

Da eine Teilnahme am DMP Asthma bei einer anerkannten Berufskrankheit nicht möglich ist, sind Personen mit berufsbedingtem Asthma bronchiale von der Untersuchung ausgeschlossen.

A2.1.2 Versorgungsaspekte

Die für ein DMP relevanten Aspekte der Versorgung werden im Rahmen der Berichterstellung als Versorgungsaspekte bezeichnet.

In Anlehnung an das aktuell gültige DMP Asthma bronchiale [3] werden Leitlinien eingeschlossen, die Empfehlungen zu 1 oder mehreren der folgenden übergeordneten Versorgungsaspekte beinhalten:

- Diagnostik
- Therapieziele
- differenzierte Therapieplanung
- therapeutische Maßnahmen
- Kooperation der Versorgungssektoren
- Schulungen der Versicherten

Zusätzlich werden Empfehlungen zu digitalen medizinischen Anwendungen berücksichtigt.

Finden sich in den eingeschlossenen Leitlinien weitere Versorgungsaspekte, die für die Versorgung im DMP von Bedeutung sein könnten, werden diese ebenfalls dargestellt.

A2.1.3 Übertragbarkeit

Für die Leitliniensynopse werden Leitlinien recherchiert und ausgewählt, die auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind.

Dabei kann es sich neben nationalen auch um internationale Leitlinien handeln. Berücksichtigt werden Leitlinien aus Ländern der Europäischen Union, aus dem Vereinigten Königreich, den USA, Kanada, Australien sowie Neuseeland oder vergleichbaren Ländern. Dies erfolgt unter der Annahme, dass diese Leitlinien auf die Behandlungssituation in Deutschland übertragbar sind.

A2.1.4 Publikationssprachen

Die Publikation muss in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein.

A2.1.5 Empfehlungskennzeichnung

Eine Leitlinienempfehlung beschreibt einen Handlungskorridor für eine klinische Entscheidungssituation.

In den Bericht werden ausschließlich Leitlinien eingeschlossen, deren Empfehlungen formal eindeutig als solche gekennzeichnet sind.

Die formale Darstellung der Empfehlungen in Leitlinien wird unterschiedlich umgesetzt. Empfehlungen können beispielsweise durch Aufzählungszeichen, Nummerierungen, Umrahmungen, Überschriften, Schriftauszeichnungen (beispielsweise kursiv oder fett) oder Absätze vom Fließtext abgehoben werden. Empfehlungen sind idealerweise durch einen eindeutigen GoR gekennzeichnet.

A2.1.6 Publikationszeitraum

Leitlinien, die älter als 5 Jahre sind, entsprechen in der Regel nicht mehr dem aktuellen Erkenntnisstand [20-22]. Es werden deshalb nur Leitlinien berücksichtigt, die, vom im Auftrag des GBA genannten Abgabetermin des Abschlussberichts ausgehend, maximal 5 Jahre zuvor veröffentlicht wurden (siehe Abschnitt A2.1.11).

Adoptierte und adaptierte Leitlinien, deren Empfehlungen auf Quellleitlinien basieren, die außerhalb des Publikationszeitraums veröffentlicht wurden, werden ebenfalls ausgeschlossen.

A2.1.7 Gültigkeit

Zum Zeitpunkt der letzten Recherche ist die Leitlinie als gültig gekennzeichnet und / oder das in der Leitlinie genannte Überarbeitungsdatum ist nicht überschritten.

Leitlinien, die zum Zeitpunkt der Erstrecherche gültig sind, deren Gültigkeitsdatum zum Zeitpunkt der Nachrecherche für den Abschlussbericht jedoch abgelaufen ist, werden im Abschlussbericht besonders gekennzeichnet.

A2.1.8 Evidenzbasierung

Zur Beantwortung von Fragestellungen zum Versorgungsstandard werden gemäß Auftrag ausschließlich evidenzbasierte Leitlinien herangezogen.

Unter evidenzbasierten Leitlinien werden im vorliegenden Bericht Leitlinien verstanden, deren Empfehlungen auf einer systematischen Literaturrecherche beruhen, deren Empfehlungen grundsätzlich mit einer Evidenz- und / oder Empfehlungseinstufung (LoE und / oder GoR) versehen und mit den Referenzen der ihnen zugrunde liegenden Primär- und / oder Sekundärliteratur verknüpft sind [11,23]. Von einer systematischen Literaturrecherche wird ausgegangen, wenn die durchsuchte(n) Datenbank(en) genannt sowie mindestens 1 der folgenden Kriterien angegeben werden: die verwendeten Suchbegriffe, der Suchzeitraum oder die Suchstrategie [24]. Zudem wird bei evidenzbasierten Leitlinien vorausgesetzt, dass sie bei der AGREE-II-Bewertung in der Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) einen standardisierten Domänenwert ≥ 30 % erreichen (siehe Abschnitt A2.3).

Adoptierte und adaptierte Leitlinien, deren Empfehlungen auf nicht evidenzbasierten Quellleitlinien basieren, werden ebenfalls als nicht evidenzbasiert bewertet.

A2.1.9 Nachvollziehbarkeit der Klassifizierungsschemata

Es werden Leitlinien eingeschlossen, in denen Klassifizierungsschemata zur Empfehlungs- und / oder Evidenzgraduierung angegeben und von der Leitliniengruppe auch nachvollziehbar angewendet wurden.

A2.1.10 Publikationen ohne Zusatzinformationen

Mehrfachpublikationen eingeschlossener Leitlinien werden ausgeschlossen. Ebenso werden adoptierte bzw. adaptierte Leitlinien ausgeschlossen, die bereits eingeschlossene Leitlinien duplizieren.

A2.1.11 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss

Die folgende Tabelle zeigt die Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Leitliniensynopse.

Tabelle 101: Übersicht über die Kriterien für den Leitlinieneinschluss

Einschlusskriterien	
E1	Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale (siehe auch Abschnitt A2.1.1)
E2	Empfehlungen zu mindestens 1 der in Abschnitt A2.1.2 genannten Versorgungsaspekte
E3	Leitlinien aus Deutschland und aus Ländern entsprechend Abschnitt A2.1.3
E4	Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch (siehe auch Abschnitt A2.1.4)
E5	Empfehlungen sind aufgrund einer formalen Kennzeichnung eindeutig zu identifizieren (siehe auch Abschnitt A2.1.5)
E6	Publikationstyp Leitlinie (siehe auch Kapitel 1)
E7	Publikation erfolgte ab Oktober 2021 (siehe auch Abschnitt A2.1.6)
E8	als gültig gekennzeichnet und / oder Überarbeitungsdatum nicht überschritten (siehe auch Abschnitt A2.1.7)
E9	Vollpublikation[a] der Leitlinie
E10	evidenzbasiert (siehe auch Abschnitt A2.1.8)
E10a	AGREE-II-Bewertung: standardisierter Domänenwert in der Domäne 3 ≥ 30 %
E11	Klassifizierungsschemata nachvollziehbar (siehe auch Abschnitt A2.1.9)
Ausschlusskriterium	
A1	Publikation ohne Zusatzinformationen (siehe auch Abschnitt A2.1.10).
a. Unter Vollpublikation wird eine verfügbare, vollständige und finalisierte Leitlinie verstanden.	

A2.2 Informationsbeschaffung

Für die umfassende Informationsbeschaffung wird eine systematische Recherche nach relevanten Leitlinien durchgeführt. Folgende primären und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken werden dabei berücksichtigt:

A2.2.1 Primäre Informationsquellen

Die systematische Recherche nach themenspezifischen Leitlinien erfolgt im Internet

- in Leitliniendatenbanken,
- bei fachübergreifenden Leitlinienanbietern,
- bei fachspezifischen Leitlinienanbietern.

A2.2.2 Weitere Informationsquellen

- Anhörungen zum Berichtsplan und zum Vorbericht
- Autorenanfragen

A2.2.3 Selektion relevanter Leitlinien

Das Titel- und Abstractscreening bei Leitlinienanbietern im Internet wird von 1 Person durchgeführt; eine 2. Person überprüft das Screeningergebnis. Anschließend prüfen beide im Volltext unabhängig voneinander, ob die daraus resultierenden potenziell relevanten Leitlinien die in Abschnitt A2.1.11 genannten Einschlusskriterien erfüllen oder ob das Ausschlusskriterium zutrifft.

Die im Rahmen der Anhörung zum Berichtsplan und zum Vorbericht gegebenenfalls eingereichten Informationen werden von 1 Person gesichtet. Sofern darin Leitlinien enthalten sind, werden diese hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet; eine 2. Person überprüft den gesamten Prozess inklusive der Bewertungen.

Sofern in einem der genannten Selektionsschritte Diskrepanzen auftreten, werden diese jeweils durch Diskussion zwischen den beiden Beteiligten aufgelöst.

A2.3 Methodische Qualität der Leitlinien

AGREE-II-Bewertung

Ein wichtiger Aspekt bei der Interpretation und Einschätzung von Leitlinienempfehlungen im Rahmen der Leitliniensynopse ist die Einschätzung der methodischen Qualität der zugrunde liegenden Leitlinien.

Zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien wird das AGREE-II-Instrument (AGREE: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) [24-26] eingesetzt. Insgesamt enthält das Instrument 23 Beurteilungskriterien. Diesen Kriterien sind 6 Domänen zugeordnet, die voneinander unabhängig sind. Diese Domänen beschreiben jeweils eine separate Dimension methodischer Leitlinienqualität [24-26].

Im Rahmen der Leitliniensynopse wird die Anwendung des Instruments auf die Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) begrenzt. Dies erfolgt mit Blick auf die Zielsetzung der Leitliniensynopsen [1,27], eine evidenzbasierte Grundlage für die Aktualisierung bestehender bzw. Entwicklung neuer DMPs zur Verfügung zu stellen. Die Begrenzung auf die Domänen 2, 3 und 6 wird auch von anderen Autorenteams vorgenommen [28].

Jedes Beurteilungskriterium innerhalb der 3 Domänen wird auf einer 7-Punkte-Skala bewertet. Die Skala gibt an, inwieweit ein Kriterium in der zu bewertenden Leitlinie erfüllt ist, wobei 7 bedeutet, dass das Kriterium vollständig erfüllt wurde.

Jede Leitlinienbewertung wird von 2 Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Bei stark unterschiedlichen Einschätzungen werden diese konsentiert, sodass die beiden Personen in ihren abschließenden Bewertungen höchstens 2 Punkte voneinander abweichen.

Zur besseren Vergleichbarkeit der Domänen sowie der Leitlinien untereinander erfolgt, wie im Instrument vorgegeben, eine Standardisierung durch die Darstellung standardisierter Domänenwerte, die wie folgt berechnet werden:

$$\text{standardisierter Domänenwert} = \frac{\text{erreichte Punktzahl} - \text{minimale Punktzahl}}{\text{maximale Punktzahl} - \text{minimale Punktzahl}}$$

Die standardisierten Domänenwerte können einen Wert zwischen 0 % und 100 % erreichen. Werte nahe 0 % können als sehr niedrige und Werte nahe 100 % als sehr hohe methodische Qualität angesehen werden.

Um zu verdeutlichen, wie die Qualität der Leitlinien in den 3 Domänen zueinander einzuordnen ist, wird innerhalb einer Domäne für jede Leitlinie zusätzlich ein Rang vergeben. Hierfür werden die standardisierten Domänenwerte der einzelnen Leitlinien der Größe nach sortiert und nummeriert, wobei der höchste Domänenwert den Rang 1 bekommt. Bei gleichen Domänenwerten werden mittlere Ränge vergeben. Der niedrigste und der höchste Domänenwert und Rang werden gekennzeichnet.

Das AGREE-II-Instrument gibt keine Schwellenwerte zur Abgrenzung von methodisch guten und methodisch schwachen Leitlinien vor [24]. Jedoch geben einige Anwenderinnen und Anwender des Instruments auf Basis der standardisierten Domänenwerte Anwendungsempfehlungen für Leitlinien, wobei 2- und 3-stufige Systeme zum Einsatz kommen. Im 3-stufigen System werden Leitlinien mit Domänenwerten unterhalb eines spezifischen – aber je nach Anwendergruppe variierenden Wertes – als schwach oder nicht empfehlenswert betrachtet [29]. In Anlehnung an dieses Verfahren wird vorausgesetzt, dass die evidenzbasierten Leitlinien (siehe Abschnitt A2.1.8) in der Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) einen standardisierten Domänenwert von ≥ 30 % erreichen. Leitlinien, die dies nicht erfüllen, werden ausgeschlossen. Zudem werden die eingeschlossenen Leitlinien gekennzeichnet, die mindestens in einer der anderen beiden Domänen einen standardisierten Domänenwert von 30 % unterschreiten. Die betreffenden Leitlinien weisen in wichtigen Kategorien eine geringe methodische Qualität auf. Mithilfe der Kennzeichnung wird transparent dargestellt, inwieweit die in die Leitliniensynopse eingeschlossenen evidenzbasierten Leitlinien Stärken oder Schwächen hinsichtlich des Einbezugs unterschiedlicher Interessengruppen und der redaktionellen Unabhängigkeit aufweisen.

A2.4 Kategorisierung der GoRs und LoEs

Um eine Vergleichbarkeit der zumeist unterschiedlichen Systeme der Empfehlungs- und Evidenzgraduierung in den Leitlinien zu erreichen, werden die in den Leitlinien verwendeten GoRs und LoEs Kategorien zugeordnet. Dabei werden die Kategorien hoch, nicht hoch und unklar unterschieden.

Ein hoher GoR liegt dann vor, wenn er der Empfehlungsstärke A (hoch) des 3-stufigen Graduierungssystems gemäß dem Regelwerk der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entspricht [12]. Alle anderen von der Leitliniengruppe angegebenen GoRs werden der Kategorie nicht hoch zugeordnet.

Verwendet die Leitliniengruppe ein Klassifizierungssystem entsprechend dem Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), wird die starke Empfehlungsstufe nach GRADE grundsätzlich der Kategorie hoch zugeordnet. Alle weiteren von der Leitliniengruppe angegebenen Einstufungen werden der Kategorie nicht hoch zugeordnet.

Wird von der Leitliniengruppe kein GoR vergeben, so wird eine Kategorisierung des LoE vorgenommen. Ein von der Leitliniengruppe angegebener LoE wird als hoch eingestuft, wenn der LoE mindestens auf 1 randomisierten kontrollierten Studie beruht. Diese Bedingung ist bei den Evidenzstufen Ia und Ib der vom GBA verwendeten Evidenzklassifizierung erfüllt [27]. Verwendet die Leitliniengruppe ein Klassifizierungssystem entsprechend GRADE wird die höchste Evidenzeinstufung der Kategorie hoch zugeordnet. Alle weiteren von der Leitliniengruppe angegebenen Einstufungen werden der Kategorie nicht hoch zugeordnet.

Die Kategorie unklarer GoR beziehungsweise unklarer LoE wird vergeben, wenn ein von der Leitliniengruppe angegebener GoR / LoE nicht entsprechend dem Empfehlungsgraduierungs-system des AWMF-Regelwerks beziehungsweise der Evidenzklassifizierung des GBA oder GRADE kategorisierbar ist, wenn der angegebene GoR / LoE nicht eindeutig einer Empfehlung zugeordnet werden kann oder kein GoR / LoE angegeben ist.

A2.5 Extraktion der Empfehlungen und Informationssynthese

Für die Synthese werden die von der Leitliniengruppe formal gekennzeichneten Empfehlungen den einzelnen Versorgungsaspekten der DMP-A-RL zugeordnet.

Danach erfolgt ein inhaltlicher Abgleich der einzelnen Empfehlungen mit der DMP-A-RL. Nur zusätzliche und bisher nicht in der DMP-A-RL abgebildete oder von dieser abweichende Empfehlungen können zur Feststellung einer Diskrepanz führen. Bei der Beurteilung der Diskrepanz wird berücksichtigt, dass in der DMP-A-RL vorwiegend Eckpunkte für die Diagnose und Therapie einer Erkrankung festgelegt werden, während Leitlinien oftmals einen deutlich höheren Detaillierungsgrad aufweisen.

Für die weitere Analyse werden dann nur die Versorgungsaspekte berücksichtigt, die Empfehlungen mit Diskrepanzen aufweisen. Versorgungsaspekte mit ausschließlich übereinstimmenden Inhalten zur DMP-A-RL finden im Bericht keine Berücksichtigung.

Anschließend erfolgt eine Bewertung der diskrepanten Empfehlungen auf Basis der kategorisierten GoRs oder bei unklarem GoR alternativ der kategorisierten LoEs. Dazu wird geprüft, ob die diskrepanten Empfehlungen innerhalb eines Versorgungsaspekts mit mindestens 1 hohen GoR verbunden oder alternativ, bei ausschließlich unklaren GoRs, mit mindestens 1 hohen LoE versehen sind. Bei positivem Prüfergebnis werden nur die Diskrepanzen mit hohem GoR bzw. alternativ hohem LoE in Tabellen erläutert und die Leitlinien, auf denen die dargestellten Diskrepanzen basieren, benannt sowie die Bewertung ihrer methodischen Qualität dargestellt. Zudem werden Diskrepanzen, die ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR und niedrigem oder fehlendem LoE beruhen, formal in den Tabellen gekennzeichnet. Unter einem niedrigen LoE wird ein LoE verstanden, der den Stufen IV und V des GBAs zu therapeutischen Methoden (nicht vergleichende Studien), der Stufe IV des GBAs für diagnostische Methoden (keine Kenngrößen zur Testgüte berechenbar) oder den Stufen „low“ und „very low“ nach GRADE entspricht [27].

Für die einzelnen Versorgungsaspekte wird weiterhin geprüft, ob

- die diskrepanten Empfehlungen widersprüchlich sind, also die Leitlinien untereinander inhaltlich gegensätzliche (inkonsistente) Aussagen machen, und
- zu den Diskrepanzen anderslautende IQWiG-Bewertungen existieren. Es werden nur diejenigen IQWiG-Bewertungen herangezogen, deren finale Version maximal 5 Jahre von dem im Auftrag des GBA genannten Abgabetermin ausgehend (siehe auch E7 in Tabelle 101), veröffentlicht wurden.

Die Prüfergebnisse werden stichwortartig aufgeführt.

Methodische Hinweise und Besonderheiten aus dem wissenschaftlichen Kontext zu den dargestellten Diskrepanzen, beispielsweise für die Versorgung in Deutschland abweichende, relevante Informationen oder wissenschaftliche Diskurse, werden ebenfalls in den Tabellen dargestellt oder in der Diskussion aufgegriffen.

Ergänzend werden zu jeder Diskrepanz alle, dem betreffenden Versorgungsaspekt inhaltlich zugeordneten, Empfehlungen in Originalsprache in Tabellen dargestellt. Die Empfehlungen sind als Zitate zu verstehen, deren zugrunde liegende Evidenz als solche nicht erneut geprüft wird. Für jede Empfehlung werden der dazugehörige GoR und LoE dargestellt, sofern diese in der Leitlinie dokumentiert sind. Des Weiteren wird dargestellt, ob für die Empfehlung in der Leitlinie die Referenzen der ihr zugrunde liegenden Primär- und / oder Sekundärliteratur angegeben werden. Wenn im Hintergrundtext zur Empfehlung zwar themenrelevante Literatur angegeben ist, diese sich aber der jeweiligen Empfehlung nicht eindeutig zuordnen lässt, wird diese als nicht zuordenbar eingestuft. Zudem werden auch hier die zugrunde liegenden diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR (alternativ bei ausschließlich unklarem GoR mit mindestens 1 hohen LoE) formal gekennzeichnet.

Unabhängig vom GoR und LoE der Empfehlungen werden die Versorgungsaspekte zu digitalen medizinischen Anwendungen und die dazugehörigen Empfehlungen in den Bericht aufgenommen.

Für den deutschen Versorgungskontext relevante Empfehlungen, die im Vergleich zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepant sind, aber aufgrund der nicht hohen GoR- bzw. LoE-Kategorisierung nicht im Ergebnisteil des Berichts dargestellt werden, werden diskutiert.

Ergänzend werden die jeweiligen Definitionen des Krankheitsbildes aus den eingeschlossenen Leitlinien im Originalwortlaut dargestellt.

Die Beurteilung der Diskrepanz stellt einen Vorschlag des IQWiG dar. Über die Versorgungsrelevanz und darüber, in welchem Umfang die DMP-A-RL aktualisiert wird, entscheidet der GBA.

A3 Details der Ergebnisse

A3.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

A3.1.1 Recherche in Leitliniendatenbanken und bei Leitlinienanbietern

Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der systematischen Recherche nach themenspezifischen Leitlinien im Internet und des Literaturscreenings gemäß den Kriterien für den Leitlinieneinschluss. Die Liste aller durchsuchten Leitliniendatenbanken beziehungsweise -anbieter befindet sich in Abschnitt A7.2. Nach Prüfung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss wurden 6 relevante Leitlinien eingeschlossen.

In Abschnitt A6.1 findet sich eine Liste der im Volltext gesichteten, aber ausgeschlossenen Dokumente unter Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes.

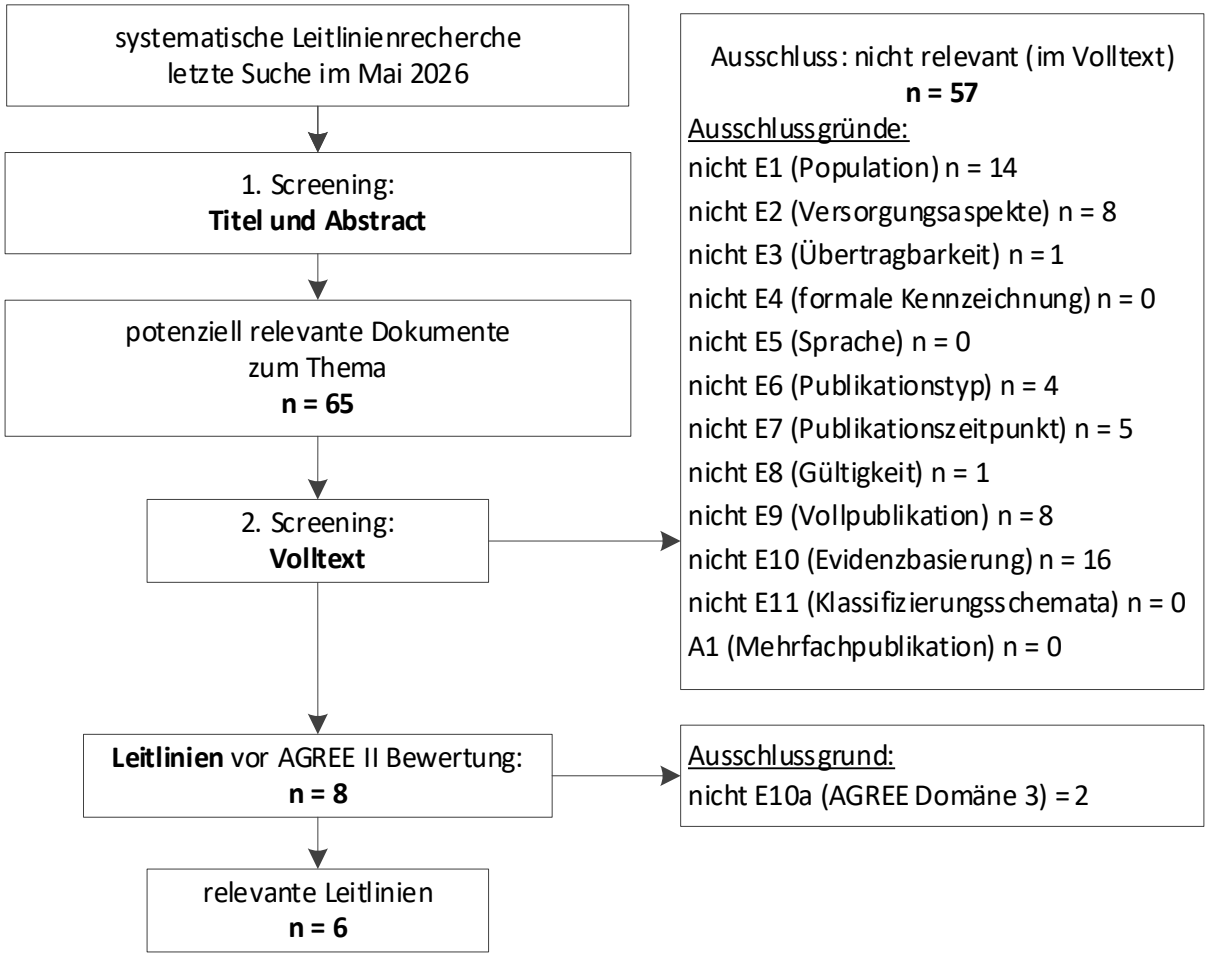


Abbildung 1: Ergebnis der Leitlinienrecherche und des Leitlinienscreenings

A3.1.2 Weitere Informationsquellen

A3.1.2.1 Anhörung

Im Rahmen der Anhörung zum Berichtsplan wurden keine relevanten Leitlinien genannt, die nicht auch über andere Recherchecheschritte identifiziert wurden.

A3.1.2.2 Autorenanfragen

Autorenanfragen bezüglich zusätzlicher Informationen zu relevanten Leitlinien waren nicht erforderlich, da davon auszugehen war, dass solche Informationen keinen relevanten Einfluss auf die Bewertung haben würden.

A3.1.3 Resultierender Leitlinienpool

Durch die Informationsbeschaffung wurden insgesamt 6 relevante Leitlinien eingeschlossen (siehe Tabelle 102).

Tabelle 102: Eingeschlossene Leitlinien

Leitlinie	Abkürzung	Herausgeber	Land
Biologic Management in Severe Asthma for Adults	ACCP 2026 [13]	American College of Chest Physicians (ACCP)	USA
European Respiratory Society short guidelines for the use of as-needed ICS / formoterol in mild asthma	ERS 2023 [14]	European Respiratory Society (ERS)	EU
European Respiratory Society guidelines for the diagnosis of asthma in adults	ERS 2022 [15]	European Respiratory Society (ERS)	EU
Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management (BTS, NICE, SIGN)	NICE 2024 [16]	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	UK
Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma	NVL 2024 [17]	Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundes-vereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)	D
VA / DOD Clinical practice Guideline for the Primary Care Management of Asthma	VADoD 2025 [18]	The Department of Veterans Affairs, Department of Defense (VaDoD)	USA

A3.2 Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

In der folgenden Tabelle 103 werden die eingeschlossenen Leitlinien charakterisiert.

Tabelle 103: Überblick zu den Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Leitlinie	Zielpopulation[a]	Methodik					
		Darstellung der Evidenzbewertung	Darstellung der Generierung von GoR	Konsensverfahren zur Formulierung der Empfehlungen	Angabe GoR	Angabe LoE	Zuordnung Literatur
ACCP 2026	▪ Erwachsene mit schwerem Asthma	ja	ja	ja	ja	ja	ja
ERS 2023	▪ Erwachsene und Jugendliche mit Asthma bronchiale	ja	ja	ja	ja	ja	ja
ERS 2022	▪ Erwachsene mit Asthma bronchiale	ja	ja	nein	ja	ja	ja
NICE 2024	▪ Erwachsene, Jugendliche > 12 Jahre und Kinder < 5–12 Jahre mit Asthma bronchiale	ja	ja	ja	ja	n. z.	nein
NVL 2024	▪ Erwachsene, Jugendliche und Kinder mit Asthma bronchiale ▪ Schwangere	ja	ja	ja	ja	nein	ja
VADoD 2025	▪ Erwachsene und Kinder ≥ 5 Jahre mit Asthma bronchiale	ja	ja	nein	ja	ja	ja

a. Die Anwendungsbereiche der Leitlinien sind der Tabelle 1 (Übersicht Versorgungsaspekte) des Berichtes zu entnehmen.

GoR: Grade of Recommendation; k. A.: keine Angabe; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuordenbar

A3.3 Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien

Die Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien nach AGREE II ist in der folgenden Tabelle 104 dargestellt.

Tabelle 104: Ergebnis der methodischen Bewertung

AGREE II-Domäne / **Leitlinie**	**Standardisierte Domänenwerte[a] in Prozent (Rangfolge)[b]**						**Anzahl der Domänen mit Domänenscore ≥ 30 %[c]**
	Domäne 2: Interessen-gruppen		**Domäne 3: methodologische Exaktheit**		**Domäne 6: redaktionelle Unabhängigkeit**		
ACCP 2026	**36 %**	**(6)**	**50 %**	**(6)**	**29 %**	**(5,5)**	2
ERS 2023	47 %	(4,5)	56 %	(3)	**29 %**	**(5,5)**	2
ERS 2022	**75 %**	**(1)**	54 %	(4)	42 %	(3)	3
NICE 2024	64 %	(3)	**65 %**	**(1)**	42 %	(3)	3
NVL 2024	47 %	(4,5)	64 %	(2)	**79 %**	**(1)**	3
VaDoD 2025	72 %	(2)	52 %	(5)	42 %	(3)	3
MW (SD)	57 %	(16 %)	57 %	(6%)	44 %	(18 %)	

Fett hervorgehoben: niedrigste und höchste Werte einer Domäne

a. standardisierter Domänenwert = (erreichte Punktzahl − minimale Punktzahl) / (maximale Punktzahl − minimale Punktzahl). Der Wert liegt zwischen 0 % und 100 %.

b. Bei gleichem standardisiertem Domänenwert wurden mittlere Ränge vergeben.

c. Leitlinien, bei denen die Anzahl der Domänen mit Domänenscore ≥ 30 % kleiner als 3 ist, weisen eine geringe methodische Qualität auf.

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung

A4 Kommentare

A4.1 Methodische Aspekte

Umgang mit den Empfehlungen der NICE Leitlinie

Eine qualitativ hochwertige Leitlinie zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass ihre Empfehlungen regelmäßig im Hinblick auf ihre Aktualität überprüft werden und bei neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen erforderliche Anpassungen in der Leitlinie kurzfristig umgesetzt werden. Die Aktualisierung einer Leitlinie kann sich je nach Umfang der notwendigen Anpassungen nur auf einzelne Empfehlungen bzw. Kapitel beziehen oder auch die gesamte Leitlinie betreffen.

In der Leitlinie NICE 2024 [16] wird bei jeder einzelnen Empfehlung das Erstellungsjahr bzw. das Jahr der letzten Überarbeitung angegeben. Bei der Erstellung des Berichts wurden nur Empfehlungen berücksichtigt, bei denen das angegebene Jahr in den Publikationszeitraum fällt, der als Einschlusskriterium festgelegt wurde (siehe Abschnitt A2.1.6).

In den Tabellen mit den Originalempfehlungen der Leitlinien in Abschnitt 4.4 wird bei der Leitlinie NICE 2024 in der Spalte Original LoE gemäß dem in Abschnitt A2.5 beschriebenen Vorgehen jeweils ein n. z. für nicht zuzuordnen vergeben, da die LoE in separaten methodischen Dokumenten zur Leitlinie angeben sind und sich dadurch nicht eindeutig den einzelnen Empfehlungen zuordnen lassen. Demzufolge bleibt unklar welcher Evidenzlevel den einzelnen Empfehlungen zugrunde liegt. Aus diesem Grund werden die Empfehlungen der Leitlinie NICE 2024 in den Tabellen mit den Diskrepanzen nicht mit einer Raute gekennzeichnet, da dies nur erfolgt, wenn in einer Leitlinie oder einem methodischen Begleitdokument eindeutig keine LoE angeben sind oder die angegebenen LoE sicher als niedrig eingestuft werden können (siehe Abschnitt A2.5). Zudem kann dies dazu führen, dass Empfehlungen, die good-clinical-practice-Vorgehensweisen entsprechen und daher nicht hinreichend evidenzbasiert sind, ebenfalls nicht mit der Raute gekennzeichnet werden.

In der Leitlinie NICE 2024 sind die Empfehlungen zur medikamentösen Therapie formal nicht in das Stufenschema wie in der NVL 2024 und der DMP-A-RL eingeteilt. Dennoch lassen sich die Empfehlungen u. a. auch anhand der 3 Behandlungsalgorithmen [30-32], auf die in der Leitlinie in den Kapiteln 1.7, 1.8 und 1.9 jeweils verwiesen wird, den Therapiestufen der NVL 2024 und der DMP-A-RL zuordnen.

Ausgeschlossene Leitlinie GINA 2026, die aber im Versorgungsalltag herangezogen wird

Die aktuelle Leitlinie GINA 2026 [33] die wegen unzureichender Darstellung der systematischen Recherche über nicht E10a (standardisierter Domänenwert in der AGREE II Domäne 3 ≤ 30 %) ausgeschlossen wurde, aber für den Versorgungsalltag relevant ist, wurde dahin gehend geprüft, ob sie widersprüchliche Empfehlungen zu diskrepanten Inhalten aus

den eingeschlossenen Leitlinien enthält. Betrachtet wurden dabei nur solche Empfehlungen, die formal mit einem LoE gekennzeichnet waren und deren LoE als hoch kategorisiert wurde. Zudem mussten die Empfehlungen einen Handlungsvorschlag darstellen. Mit einem LoE gekennzeichnete Evidenzaussagen wurden nicht berücksichtigt.

Es wurden keine, zu den diskrepanten Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien, widersprüchlichen Empfehlungen in der Leitlinie GINA 2026 identifiziert.

Hinweis auf Überarbeitung zur NVL 2024

Auf der Internetseite AWMF findet sich der Hinweis, dass die eingeschlossene NVL Asthma 2024 aktuell überarbeitet wird. Es finden sich keine Informationen darüber, in welchem Umfang die Leitlinie überarbeitet wird und wann mit der neuen Version zu rechnen ist. Die Leitlinie ist aber weiterhin gültig.

A4.2 Würdigung der Anhörung

A4.2.1 Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan

Insgesamt wurde 1 Stellungnahme zum Berichtsplan frist- und formgerecht eingereicht.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente überprüft.

Die wesentlichen Argumente der Stellungnahme werden in der nachfolgenden Tabelle 105 gewürdigt. Literaturzitate aus dem Wortlaut der Stellungnahmen finden sich im separaten Dokument „Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan“.

Tabelle 105: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Berichtsplan (Sortierung nach Stellungnahme)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)		
1)	Seiten 5–13 Anmerkung Es bestehen aktuell große Diskrepanzen zwischen den Empfehlungen aktueller Asthma-Leitlinien und der derzeit gültigen DMP-A-RL. Zur notwendigen Überarbeitung des DMP Asthma sind aus Sicht der DGP sowohl die S3-Leitlinie "NVL Asthma" (https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-002) (1) als auch die fachärztliche S2k-Leitlinie Asthma (https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-009) (2) heranzuziehen. Beide AWMF-Leitlinien sind von der AWMF als sich ergänzende (komplementäre) Leitlinien entwickelt worden: es gibt keine widersprüchlichen Empfehlungen, beide Leitlinien sind untereinander inhaltlich konsistent. In der S3-LL werden die allgemeinen Grundsätze der Asthma-Diagnostik und Asthma-Therapie Evidenz-basiert dargelegt, in der fachärztlichen S2k-LL Asthma werden zusätzliche, fachärztlich relevante Fragestellungen Evidenz- und Konsensus-basiert beantwortet. Bestimmte, vom IQWIG im Bericht geforderte Aspekte, wie Empfehlungen zu digitalen medizinischen Anwendungen, finden sich nur in der fachärztlichen S2k-LL Asthma. Die S2k-Leitlinie beruht auf einer systematischen Literatur-Recherche, ist aber, insbesondere aufgrund geringerer verfügbarer Literatur in bestimmten Themengebieten, auch Konsensus-basiert, um praktische Handlungs-Empfehlungen geben zu können. Beide Leitlinien erfüllen die im Bericht genannte Definition evidenzbasierter Leitlinien: "Unter evidenzbasierten Leitlinien werden im vorliegenden Bericht Leitlinien verstanden, deren Empfehlungen auf einer systematischen Literaturrecherche beruhen, deren Empfehlungen grundsätzlich mit einer Evidenz- und / oder Empfehlungseinstufung (LoE und / oder GoR) versehen und mit den Referenzen der ihnen zugrunde liegenden Primär- und / oder Sekundärliteratur verknüpft sind." Das 3-stufige Graduierungssystem (GoR) gemäß dem Regelwerk der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) kommt in beiden Leitlinien zur Anwendung. Auch alle weiteren geforderten Kriterien (Population, Versorgungsaspekte, Übertragbarkeit, Publikationssprache, Empfehlungskennzeichnung, Publikationszeitraum, Gültigkeit, Nachvollziehbarkeit der Klassifizierungs-Schemata, Vollpublikation) werden von beiden Leitlinien erfüllt. **Vorgeschlagene Änderung** **Es sollen für die Überarbeitung des DMP Asthma beide aktuell gültigen AWMF-zertifizierten Asthma-Leitlinien, die S3-Leitlinie "NVL Asthma" (https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-002) und die fachärztliche S2k-Leitlinie Asthma (https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-009), herangezogen werden.**	Keine Änderung des Berichtsplans Beide in der Stellungnahme genannten Leitlinien wurden über die systematische Recherche identifiziert und im Volltext-screening auf die Einschlusskriterien geprüft. ▪ Die NVL „Asthma“ wird in den Bericht eingeschlossen. ▪ Die S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma wird nicht den Bericht eingeschlossen, da sie das Kriterium der Evidenzbasierung nicht erfüllt.

A4.2.2 Würdigung der Anhörung zum Vorbericht

Insgesamt wurden 8 Stellungnahmen zum Vorbericht frist- und formgerecht eingereicht.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente überprüft. Neben projektspezifischen wissenschaftlichen Aspekten wurden auch Inhalte der DMP-A-RL von Stellungnehmenden kommentiert. Auf solche Punkte wird im Rahmen dieser projektspezifischen Würdigung der Anhörung nicht weiter eingegangen. Zudem werden Aspekte, die bereits im Rahmen der Anhörung zum Berichtsplan gewürdigt wurden nicht noch einmal aufgeführt.

Die wesentlichen Argumente der Stellungnahmen werden in der nachfolgenden Tabelle 106 gewürdigt. Literaturzitate aus dem Wortlaut der Stellungnahmen finden sich im separaten Dokument „Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht“.

Zusätzliche Aspekte aus der wissenschaftlichen Erörterung zu Argumenten aus schriftlichen Stellungnahmen werden an den jeweils passenden Stellen gewürdigt. Dies betrifft insbesondere die Zeilen 3), 9) bis 11), 14), und 15) der Tabelle 106. In der Erörterung wurden insbesondere die in den Stellungnahmen genannten Themen Aufnahme eines Grenzwertes von maximal 2 SABA-Verordnungen im Jahr und asthmarelevante Komorbiditäten diskutiert.

Die Zusammenfassung aller Änderungen des Abschlussberichts gegenüber dem Vorbericht, die sich u. a. durch die Anhörung zum Vorbericht ergeben haben, ist in Abschnitt A1.2 dargestellt.

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
AstraZeneca GmbH		
1)	**Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)** Gemäß Berichtsplan V25-10 werden die Empfehlungen der identifizierten aktuellen evidenzbasierten Leitlinien mit der derzeit gültigen Anlage zum DMP Asthma bronchiale der DMP-A-RL abgeglichen und die Diskrepanzen erläutert. Hier wird keine Einschränkung auf spezifische Aspekte der Anlage zum DMP Asthma bronchiale der DMP-A-RL vorgenommen. Im vorliegenden Vorbericht (vorläufige Bewertung) V25-10 werden jedoch ausschließlich die Versorgungsaspekte des Abschnitts 1 sowie ein Aspekt des Abschnitts 4 der DMP-A-RL beleuchtet. Die Abschnitte 2, 3 und 5 finden hingegen keine Berücksichtigung, ebenso findet die Anlage 10 Asthma bronchiale – Dokumentation keine Berücksichtigung. Hier stellt sich die Frage, ob sich eine Beschränkung des Abgleiches der DMP-A-RL mit den Empfehlungen aktueller evidenzbasierter Leitlinien auf spezifische Abschnitte der DMP-A-RL aus dem Auftrag des G-BA ergibt. Ist dies nicht der Fall, sollten Aussagen, die sich in den identifizierten Leitlinien zu diesen Abschnitten finden, hier im Vorbericht aufgezeigt werden. Sollten sich keine Aussagen dazu identifizieren lassen, sollte dies der Vollständigkeit halber explizit so benannt werden. […]	Keine Änderung des Berichts Die Ergebnisse des inhaltlichen Abgleichs der Empfehlungen aus den eingeschlossenen Leitlinien mit der DMP-A-RL werden für jeden Versorgungsaspekt (Gliederungspunkt der DMP-A-RL) in den Abschnitten 4.4.1 bis 4.4.6 jeweils unter der Überschrift „Abgleich mit der DMP-A-RL“ im Bericht dargestellt. Finden sich keine Empfehlungen in den eingeschlossenen Leitlinien zu einem Versorgungsaspekt (Gliederungspunkt der DMP-A-RL) oder wurden diskrepante Empfehlungen ohne hohen GoR identifiziert oder wurden die Empfehlungen inhaltlich einem anderen Versorgungs-aspekt (Gliederungspunkt der DMP-A-RL) zugeordnet, ist dies ebenfalls dargestellt (siehe bspw. Abschnitt 4.4.4.8 oder 4.4.6). Ein Abgleich der Empfehlungen mit der Anlage 10 Asthma bronchiale – Dokumentation der DMP-A-RL erfolgt ebenfalls.
2)	4.4.1.4 (S. 30f) Und Kapitel 5.1 (S. 140f) <u>Anmerkung</u> Im Kapitel 4.4.1.4 „*Weitere Tests zur Diagnosesicherung (V1.2.X*)“ wird in Tabelle 24 die Empfehlung der NICE-Leitlinie 2024 „*Measure the blood eosinophil count or fractional exhaled nitric oxide (FeNO) level in adults with a history suggestive of asthma. Diagnose asthma if the eosinophil count is above the laboratory reference range or the FeNO level is 50 ppb or more. [BTS/NICE/SIGN 2024]*“ wie folgt in der Tabelle übernommen „*FeNO-Messung oder Bestimmung der Eosinophilenzahl bei mit anamnestischem Hinweis auf Asthma und Diagnosestellung Asthma, wenn Eosinophilenzahl Laborreferenzbereich über-schreitet oder FeNO-Wert ≥ 50ppb (NICE 2024)*“ Bei dieser Übersetzung und Zusammen-fassung scheint sich ein kleiner Fehler eingeschlichen zu haben – es müsste unseres Erachtens folgendermaßen lauten: „*FeNO-Messung oder Bestimmung der Eosinophilenzahl bei Erwachsenen mit anamnestischem Hinweis auf Asthma und Diagnosestellung Asthma, wenn Eosinophilenzahl Laborreferenzbereich überschreitet oder FeNO-Wert ≥ 50ppb (NICE 2024)*“	▪ Änderung des Berichts ▫ In der Tabelle 24 wird bei der Darstellung der Diskrepanz spezifiziert, dass sich die Diskrepanz auf die Erwachsenen bezieht. ▫ Das Positionspapier der DGP, BdP, DGAKI und AeDA wird in der Diskussion im Abschnitt 5.1 als zusätzliches Zitat ergänzt. ▪ keine Änderung des Berichts ▫ Der für die Eosinophile in der Stellungnahme genannte Laborreferenzwert von 500 Eosinopile / µl Blut findet sich in keiner Empfehlung der eingeschlossenen Leitlinien. Im Abschnitt 4.4.1.4 „Weitere Tests zur Diagnosesicherung“ geht es um Primärdiagnostik des Asthma bronchiale und nicht um die Diagnosestellung schweres eosinophiles Asthma. Laut der Leitlinie NICE

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	Das Thema „FeNO-Messung und Bestimmung der Eosinophilenzahl in Rahmen der Primärdiagnostik“ wird in Kapitel 5.1 weiter beleuchtet. Hier sollte bezugnehmend auf die oben zitierte Empfehlung der NICE-Leitlinie 2024 zudem diskutiert werden, inwieweit der Laborreferenzwert, der in vielen Laboren 500 Eosinopile / µl Blut ist, verwendet werden sollte oder der Grenzwert der NVL Asthma 2024 von 300 Eosinopilen / µl Blut, der zur Diagnose eines schweren eosinophilen Asthmas herangezogen wird, besser geeignet wäre. (NVL Asthma 2024) Zudem sollte in der Diskussion das aktuelle, gemeinsame Positionspapier zur FeNO-Messung von DGP, BdP, DGAKI und AEDA inhaltlich wiedergegeben werden. (Lommatzsch 2026). Dieses setzt sich klar für eine FeNO-Messung im Rahmen der Diagnostik und auch im Therapieverlauf ein. Wie das IQWiG in seinem Vorbericht bereits aufführt, ist die Vergütung der FeNO-Messung bisher keine Kassenleistung (S. 141). Hier sollte diskutiert werden, inwieweit dies zumindest im Rahmen des DMP ermöglicht werden sollte. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> In Tabelle 24 sollte zur Verbesserung der Lesbarkeit das Wort „Erwachsenen“ eingefügt werden. In der Diskussion in Kapitel 5.1 „FeNO-Messung und Bestimmung der Eosinophilenzahl in Rahmen der Primärdiagnostik“ sollte bei der Diskussion zur Diagnosesicherung durch Bestimmung der Eosinophilen zusätzlich diskutiert bzw. erwähnt werden, dass sich die üblichen Laborreferenzwerte von dem in der NVL 2024 vorgeschlagenem Grenzwert für die Diagnose eines schweren Asthmas unterscheiden.	2024 soll die Diagnose Asthma gestellt werden, wenn die Anzahl der Eosinophilen im Blut über dem Laborreferenzwert liegt. Ein spezifischer Wert oder Referenzbereich wird in der Empfehlung nicht genannt. Der in der NVL Asthma im Hintergrundtext im Abschnitt 4.8.6.1 Therapieprinzipien in Stufe 5 Erwachsene genannte Wert von > 300 Eosinopilen / µl Blut, der u. a. mindestens 2-mal nachgewiesen sein muss, dient der differenzialdiagnostischen Unterscheidung zwischen schwerem allergischem und schwerem eosinophilem Asthma. Somit geht es um 2 Referenzwerte, die für unterschiedliche Zwecke herangezogen werden und somit nicht zwingend widersprüchlich sind. Im Abschnitt 5.1 des Berichts wird die Bestimmung der Eosinophilenzahl im Rahmen der Primärdiagnostik diskutiert. ▫ Über die Versorgungsrelevanz der im Bericht dargestellten diskrepanten Inhalte bezüglich der FeNO-Messung und in welchem Umfang die DMP-A-RL aktualisiert wird, entscheidet der GBA.
3)	4.4.2 (S. 38) <u>Anmerkung</u> Der Vorbericht führt im Kapitel 4.4.2 „Therapieziele“ auf, dass diesem Versorgungsaspekt keine Empfehlung zugeordnet wurde. Allerdings führt die NVL 2024 einen geringen Bedarf an kurzwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (SABA) als wichtiges Ziel und Kriterium für den Erfolg der Therapie auf (S.42: „*Ein geringer Bedarf an kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika (SABA) ist ein wichtiges Ziel und ein Kriterium für den Erfolg der Therapie. Statement*“). Diese Empfehlung sollte daher berücksichtigt werden, auch wenn die Empfehlung in der NVL 2024 lediglich den Grad eines Statements erreicht. Insbesondere vor dem Hintergrund des seit 2023 andauernden Versorgungsmangels bei Salbutamol in pulmonaler Darreichungsform ist dies ein in der Versorgungsrealität relevanter Aspekt. (BfArM 2026)	▪ Änderung des Berichts ▫ Für den Abschlussbericht wird das Statement jeweils bei den Versorgungsaspekten „allgemeine Aspekte“ in den Abschnitten 4.4.4.9.1 „Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene“ und 4.4.4.9.2 „Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan bis zum vollendeten 18. Lebensjahr“ in die Tabelle 60 und Tabelle 71 aufgenommen. Das Statement wird nicht als Diskrepanz im Bericht erläutert, da gemäß dem im Abschnitt A2.5 beschriebenem Vorgehen nur Inhalte diskrepanter Empfehlungen mit hohem GoR oder alternativ hohem LoE im Bericht dargestellt werden.

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	Von einem zu hohen Gebrauch von SABA, der mit einem erhöhten Exazerbationsrisiko sowie einer erhöhten Mortalität assoziiert ist, wird bei Patient:innen mit Asthma ab drei Inhalatoren (mit 200 Hüben) pro Jahr ausgegangen. (GINA 2026: S. 41: *„High SABA use (≥ 3 x 200-dose canisters / year associated with increased risk of exacerbations, increased mortality …"; Janson 2020, S. 1128: "SABA overuse was defined as prescription / dispensing of at least three canisters per year") Auch die im Vorbericht identifizierte NICE-Leitlinie 2024 definiert einen Übergebrauch von SABA mit „mehr als 2 Inhalatoren pro Jahr*" (S. 31: *„over-use of short-acting beta2 agonist (SABA) inhalers (more than 2 inhalers per year)*"). Auf diesen Grenzwert sollte daher hingewiesen werden, er sollte zudem in der DMP-A-RL bei den Qualitätsindikatoren und -zielen diskutiert werden. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> In das Kapitel „Therapieziele" sollte die Empfehlung der NVL 2024, dass ein geringer Bedarf an SABA ein wichtiges Therapieziel ist, aufgenommen werden. Zudem sollte bezugnehmend auf den Abschnitt 2 der DMP-A-RL der etablierte Grenzwert von max. 2 SABA-Verordnungen pro Jahr als Qualitätsindikator diskutiert werden.	▪ Keine Änderung des Berichts ▫ Die Leitlinie GINA 2026 wird, wie in Abschnitt A4.1. des Berichts erläutert, aufgrund fehlender Evidenzbasierung nicht in den Bericht eingeschlossen. Bei der in der Stellungnahme zitierten Aussage der Leitlinie GINA 2026 handelt es sich nicht um eine Empfehlung, sondern um eine Evidenzaussage. Die Publikation von Janson 2020 kann nicht berücksichtigt werden, da es sich nicht um eine Leitlinie handelt. ▫ Zudem wurde der Aspekt des etablierten Grenzwertes von max. 2 SABA-Vorordnungen pro Jahr in der wissenschaftlichen Erörterung diskutiert. Es ergaben sich keine Änderungen für den Abschlussbericht.
4)	4.4.3 S.38 <u>Anmerkung</u> Im Kapitel 4.4.3 *„Differenzierte Therapieplanung (V1.4)*" wird eine Empfehlung zur risikostratifizierten Therapie in der NICE-Leitlinie 2024 identifiziert, diese jedoch nicht als diskrepant eingeordnet: *„Consider actively identifying people with asthma who are at risk of poor outcomes and tailor care to their needs. Risk factors should include: non-adherence to medicines, over-use of short-acting beta2 agonist (SABA) inhalers (more than 2 inhalers per year), needing 2 or more courses of oral corticosteroids per year, 2 or more visits to an emergency department or any hospital admission for asthma*" (NICE 2024, S. 30, 31). Aus unserer Sicht ist die Empfehlung des NICE jedoch als diskrepant einzustufen und auch hervorzuheben. Die Empfehlung zielt darauf ab, Patient:innen mit Asthma, die ein erhöhtes Risiko für ein schlechtes Behandlungsergebnis haben, aktiv zu identifizieren und die Behandlung entsprechend anzupassen. Dies ist ein entscheidender Ansatz, der die Möglichkeit zur rechtzeitigen Identifizierung von Patient:innen mit einem Risiko und somit eine mögliche Verhinderung einer Verschlechterung bietet. Vor allem die konkreten Risikofaktoren (Nicht-Adhärenz zur Medikation, übermäßiger Gebrauch von SABA mit mehr als 2 Inhalatoren pro Jahr, mindestens 2 Behandlungszyklen mit oralen Kortikosteroiden oder mindestens 2 asthmabedingte Behandlungen in der Notaufnahme und / oder	keine Änderung des Berichts ▪ Die Empfehlung der Leitlinie der NICE 2024, die sich auf die Identifikation von Patientinnen und Patienten mit einem Risiko für ein ungünstiges Behandlungsergebnis bezieht, hat keinen hohen Empfehlungsgrad entsprechend der Klassifizierung nach dem AWMF-Regelwerk Leitlinien (siehe auch Kapitel A9 im Bericht). Nur die Inhalte diskrepanter Empfehlungen mit hohem Empfehlungsgrad oder alternativ hohem LoE werden als Diskrepanz im Ergebnisteil des Berichts dargestellt. ▪ In der DMP-A-RL sind unter dem Gliederungspunkt 1.4.2 regelmäßige (viertel- oder halbjährige) ärztliche Kontroll-untersuchungen vorgesehen, bei denen u. a. auch die Therapieadhärenz und die Medikation überprüft werden sollen. In der Anlage 10 Asthma bronchiale Dokumen-tation der DMP-A-RL werden zudem u. a. die Anzahl der notfallmäßigen (ambulant oder stationär) Behandlungen und die Häufigkeit der Bedarfsmedikation erfasst. U. A

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	Krankenhausaufenthalte) bieten konkrete, messbare Anhaltspunkte um Patient:innen - ggf. auch im Rahmen des § 25b SGB V - aktiv identifizieren / anschreiben zu können. Diese Möglichkeit der aktiven Identifikation von Risikopatient:innen sollte im Rahmen der DMP-Aktualisierung diskutiert werden. Daher ist es essenziell, dass diese Empfehlung als diskrepant bzw. zusätzlich zu bisherigen Empfehlungen in der DMP-A-RL identifiziert wird. Vorgeschlagene Änderung […]	dienen diese Maßnahmen dazu, den Erfolg der Behandlung zu beurteilen und ggf. Therapieanpassungen vorzunehmen was wiederum dem übergeordneten Ziel der DMPs dient unnötigen Komplikationen, Krankenhaus-aufenthalten und Folgeschäden vorzubeugen.
5)	4.4.4.9.1 (S.72) Anmerkung Im Kapitel 4.4.4.9.1 „*Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene (V1.5.9.1)*“ werden für die Therapiestufe 5 keine diskrepanten Inhalte identifiziert. Allerdings ergeben sich aus unserer Sicht deutliche Diskrepanzen bei Abgleich der identifizierten Leitlinien mit den aktuellen Empfehlungen der DMP-A-RL (Tabelle 4, S. 101 - 102: „***ICS Höchstdosis + LABA + LAMA. Bei unzureichender Kontrolle: Überweisung zur qualifizierten fachärztlichen Ebene***: *Zur Indikationsstellung und gegebenenfalls Therapie mit geeigneten Monoklonalen Antikörper. Nachrangig: OCS.*“): Auf Therapiestufe 5 sieht die NVL 2024 Folgendes vor (Abbildung 4, S. 40): ▪ ICS in Hochdosis (NICHT HÖCHSTdosis) + LABA + LAMA ▪ Vorstellung bei einem / r in der Behandlung von schwerem Asthma erfahrenen Pneumologen / in und Anti-IgE-oder Anti-IL-5 (R)-oder Anti-IL-4-R oder Anti-TSLP Antikörper ▪ nur bei fehlender Indikation oder Versagen der Biologika-Therapie: OCS in der Dauertherapie, hier gibt es eine klare Negativempfehlung: *Die Langzeittherapie mit systemischen Corticosteroiden soll bei Erwachsenen wegen der Gefahr schwerer Nebenwirkungen nicht empfohlen werden, es sei denn, die Asthmakontrolle ist trotz des kombinierten Einsatzes der verschiedenen Therapieoptionen sowie zusätzlich monoklonaler Antikörper (sofern indiziert und wirksam) unzureichend. (hoher GoR; S.80)* Die Negativempfehlung bezüglich der OCS-Dauertherapie mit einem hohen GoR sollte klar als Diskrepanz benannt werden. Aktuell nennt die DMP-A-RL orale Glukokortikosteroide als nachrangige Therapieoption. Dies spiegelt die deutliche Negativempfehlung nicht ausreichend wider, die die Gefahr der Nebenwirkungen explizit hervorhebt. Insbesondere	▪ Änderung des Berichts Für die Therapiestufe 5 wird im Abschnitt Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene (V1.5.9.1) die Diskrepanz bezüglich der Dosierung von ICS neu aufgenommen. ▪ Keine Änderung des Berichts ▫ In der DMP-A-RL ist unter dem Gliederungspunkt 1.5.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene in Therapiestufe 5 die Über-weisung zu einer qualifizierten Fachärztin / zu einem qualifizierten Facharzt oder in eine qualifizierte Einrichtung zur Indikationsstellung und Therapie mit monoklonalen Antikörpern vorgesehen. Daher ergibt sich keine Diskrepanz zwischen der Empfehlung der NVL 2024 Abbildung 4, S. 40 und der Empfehlung 4-35 S. 72 in der NVL und der DMP-A-RL ▫ Wie der Stellungnahmen bereits erwähnt ist die Therapie mit oralen Glukokortikosteroiden in der DMP-A-RL in der Therapiestufe 5 ausdrücklich als nachrangige Therapieoption genannt. Nur der in der NVL Empfehlung enthaltene Hinweis auf schwere Nebenwirkungen fehlt. Bei der Beurteilung der Diskrepanz wird u. a berücksichtigt, dass in der DMP-A-RL vorwiegend Eckpunkte für die Diagnose und Therapie einer Erkrankung festgelegt werden, während Leitlinien

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	das Risiko für die Entwicklung eines Diabetes, Osteoporose oder eine Hypertonie sind zu beachten. Die GINA 2026 hat zudem das Prinzip des OCS stewardship eingeführt, das vorsieht, die Therapie zu optimieren, um orale Corticosteroide wo möglich zu vermeiden. Dazu gehört eine optimierte inhalative Therapie, der Gebrauch von Biologika, wenn sie indiziert sind, der sachgemäße, zeitlich begrenzte Gebrauch oraler Kortikosteroide bei moderaten bis schweren Asthmaexazerbationen sowie, falls indiziert, die Verordnung von oralen Corticosteroiden in der Langzeittherapie in möglichst niedrigen Dosen und nur über den notwendigen Zeitraum hinweg. (GINA 2026, S. 177, Box 9-3) […] Vor dem Hintergrund der Einführung mehrerer Biologika, unter denen Reduktionen der täglichen Dosis von in der Dauertherapie eingesetzten oralen Glukokortikoiden bei der Behandlung von Patient:innen mit schwerem, unkontrolliertem Asthma erreicht wurden, sollte das Ziel sein, dass möglichst wenig Patient:innen orale Glukokortikoide in der Dauertherapie benötigen. Dies sollte daher auch bei den qualitätssichernden Maßnahmen berücksichtigt und diskutiert werden. Zudem sieht die NICE-Leitlinie 2024 auf der Therapiestufe 5 Folgendes vor (S. 19): ▪ Patient:innen, die trotz mittel dosierter MART und einem Therapieversuch mit LAMA und LTRA unkontrolliert sind, sollen zum Facharzt überwiesen werden. *Refer people to a specialist in asthma care when asthma is not controlled despite treatment with moderate-dose MART, and trials of an LTRA and a LAMA.* ▪ Patient:innen, die mit einer Dauertherapie, die ein hochdosiertes ICS beinhaltet, sollen zum Facharzt überwiesen werden. *Refer people with asthma that is not controlled on treatment containing a high dose of ICS to a specialist in asthma care.* <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Es sollte eine zusätzliche Tabelle mit diskrepanten Empfehlungen zur Therapiestufe 5 eingefügt werden.	oftmals einen deutlich höheren Detaillierungsgrad aufweisen. ▫ zum Umgang mit der GINA Leitlinie siehe Würdigung in Zeile 3) ▫ In der DMP-RL findet sich unter dem Gliederungspunkt 1.6.2 auf S. 103 die Aussage, dass für Patientinnen und Patienten bei fehlender Asthmakontrolle trotz Basistherapie und leitliniengerechter Therapieintensivierung eine Überweisung an eine qualifizierte Fachärztin oder einen qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung erwogen werden soll. Daher ergibt sich keine Diskrepanz zwischen den genannten Empfehlungen der Leitlinie NICE 2024 und der DMP-A-RL. Bei der Beurteilung der Diskrepanz wird u. a berücksichtigt, dass in der DMP-A-RL vorwiegend Eckpunkte für die Diagnose und Therapie einer Erkrankung festgelegt werden, während Leitlinien oftmals einen deutlich höheren Detaillierungsgrad aufweisen.
6)	4.4.4.9.1 (S. 87) <u>Anmerkung</u> […]	Änderung des Berichts ▪ Die Empfehlung der NICE 2024 „Check the fractional exhaled nitric oxide (FeNO) level if available, and the blood eosinophil count. If either of these is raised, refer to a

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	In Tabelle 67 sollte folgende Empfehlung der NICE-Leitlinie 2024 ergänzt werden: Bei Patient:innen ab dem 12. Lebensjahr, deren Asthma mit MART mit mitteldosiertem ICS-Formoterol MART-Therapie (gemäß NICE entspricht das Stufe 3 der Asthmatherapie) unzureichend kontrolliert bleibt, wird folgende Therapieeskalation bzw. weitere Versorgungskoordination vorgesehen: ▪ Bei erhöhten FeNO-Werten oder Eosinophilenwerten soll eine Überweisung zu einem Spezialisten im Asthmamanagement erfolgen. *(Check the fractional exhaled nitric oxide (FeNO) level if available, and the blood eosinophil count. If either of these is raised, refer to a specialist in asthma care. (NICE-Leitlinie 2024, S. 19)* ▪ Ist weder FeNo noch der Eosinophilenwert erhöht, soll ein Therapieversuch mit einem LTRA oder einem LAMA als Zusatz zur mittel dosierten MART-Therapie erwogen werden (für 8 bis 12 Wochen, wenn es keine Nebenwirkungen auftreten). *"If neither FeNO or eosinophil count is raised, consider a trial of either a leukotriene receptor antagonist (LTRA) or a long-acting muscarinic receptor antagonist (LAMA) used in addition to moderate-dose MART. Give the medicine for a trial period of 8 to 12 weeks unless there are side effects." (NICE-Leitlinie 2024, S. 19)* Zudem wird explizit empfohlen, Patient:innen, die mit einer Therapie die hochdosiertes ICS enthält, nicht kontrolliert sind, zu einem Facharzt zu überweisen. (*Refer people with asthma that is not controlled on treatment containing a high dose of ICS to a specialist in asthma care. NICE-Leitlinie 2024, S. 21*) Die NICE-Leitlinie präferiert somit – ähnlich wie der GINA-Bericht 2026 – hochdosiertes ICS erst in der Therapiestufe 5. Diese grundsätzliche Überlegung, geht in der aktuellen Evidenzdarstellung in den Tabellen gemäß der Therapiestufen, die sich vor allem an die NVL anlehnen, unter. Die Evidenz spricht jedoch seit vielen Jahren für ein solches Vorgehen. Die GINA-Berichte betonen seit langem, dass niedrigdosiertes ICS den größten klinischen Nutzen für die meisten Patient:innen mit Asthma liefert (GINA 2026, S. 77, Evidenzlevel A). Da das Ansprechen auf ICS jedoch variiert, benötigen einige Patient:innen mitteldosiertes ICS, wenn ihr Asthma trotz Behandlung mit niedrigdosiertem ICS (mit oder ohne LABA) und trotz guter Adhärenz und korrekter Inhalationstechnik unkontrolliert bleibt oder sie weiterhin exazerbieren. Nur sehr wenige Patient:innen benötigen ein hochdosiertes ICS, welches mit zusätzlichen Risiken für lokale und systemische Nebenwirkungen verbunden ist, die	specialist in asthma care." ist im Bericht im Abschnitt 4.4.3.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen in Tabelle 31als Diskrepanz dargestellt. Die Empfehlung „If neither FeNO or eosinophil count is raised, consider a trial of either a leukotriene receptor antagonist (LTRA) or a long-acting muscarinic receptor antagonist (LAMA) used in addition to moderate-dose MART. Give the medicine for a trial period of 8 to 12 weeks unless there are side effects." findet sich ebenfalls im Abschnitt 4.4.3.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen in der Tabelle 32. Die Empfehlung hat keinen hohen Empfehlungsgrad entsprechend der Klassifizierung nach dem AWMF-Regelwerk Leitlinien (siehe auch Kapitel A9 im Bericht). Nur die Inhalte diskrepanter Empfehlungen mit hohem Empfehlungsgrad oder alternativ hohem LoE werden als Diskrepanz im Ergebnisteil des Berichts dargestellt. Beide Empfehlungen werden für den Abschlussbericht zusätzlich in die Abschnitte 4.4.4.9.1 und 4.4.4.9.2 zur Therapiestufe 4 aufgenommen und die Empfehlung „Check the fractional exhaled nitric oxide (FeNO) level if available, and the blood eosinophil count. If either of these is raised, refer to a specialist in asthma care." als Diskrepanz dargestellt. ▪ Zu den unterschiedlichen Angaben zur ICS Dosierung in den Leitlinien NICE 2024 und der NVL 2024 wird ein neuer Abschnitt im Abschnitt 5.1 der Diskussion aufgenommen. ▪ zum Umgang mit der GINA Leitlinie siehe Würdigung in Zeile 3) ▪ siehe Würdigung Zeile 5) zur Überweisung an Fachärztin oder Facharzt bei unkontrolliertem Asthma trotz hoch bzw. mittel dosiertem ICS

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	gegenüber potenziellen Nutzen abgewogen werden müssen. (GINA 2026, S. 77) Die GINA empfiehlt daher lediglich einen Therapieversuch von 3 bis 6 Monaten mit einer hoch-dosierten ICS / LABA-Kombination. (GINA 2026, S. 98) Daher sollte deutlich werden, dass es in den Leitlinien diesbezüglich Widersprüche gibt und es sollte diskutiert werden, inwieweit auf Therapiestufe 4 ICS in mittlerer Dosis (in Kombination mit einem LABA) bevorzugt und ICS in hoher Dosierung als nachrangig eingestuft werden sollte. In der Diskussion sollte dazu folgende zusätzliche Evidenz herangezogen werden: Ein Cochrane Review aus dem Jahr 2022 […] kommt zu dem Ergebnis, dass eine hochdosierte ICS / LABA Therapie keinen signifikanten Vorteil gegenüber mittel dosiertem ICS / LABA bietet. (Oba 2022) Auch eine aktuelle Metaanalyse randomisierter kontrollierter Studien stützt die aktuellen GINA-Empfehlungen, ICS in Hochdosis nur für ausgewählte Patient:innen zu erwägen. […] (Noble 2025) Die Autoren schlussfolgern, dass diese Risikoreduktion daher gegenüber dem erhöhten Risiko für Nebenwirkungen abgewogen werden muss und sie betonen die Notwendigkeit Patient:innen zu identifizieren, bei denen ein Therapieerfolg wahrscheinlich ist, z. B. durch die Bestimmung von Typ-2-Biomarkern, die mit dem Exazerbationsrisiko verbunden sind. (Noble 2025, GINA 2026) Mehrere aktuelle Studien belegen hingegen die Risiken von schweren Nebenwirkungen nicht nur durch orale Kortikosteroide, sondern auch hochdosierte inhalative Kortikosteroide. (von Bülow 2025, Kankaanrante 2024) Diese diskrepanten Empfehlungen, die der Therapiestufe 4 zuzuordnen sind, sollten entsprechend aufgenommen werden. Insbesondere der Aspekt der Überweisung zum Pneumologen sollte diskutiert werden, da die Versorgungskoordination eine zentrale Aufgabe des DMP ist. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Die Empfehlungen der NICE-Leitlinie zur Therapieeskalation bzw. weiteren Versorgungs-koordination bei Patient:innen, die mit einer MART mit mitteldosiertem ICS-Formoterol unzureichend kontrolliert sind, sollten in Tabelle 67 „*Therapiestufe 4*“ aufgenommen werden. Zudem sollte generell der Ansatz, mitteldosiertes ICS auf Therapiestufe 4 gegenüber hochdosiertem ICS zu bevorzugen vor dem Hintergrund der aktuellen Evidenz sowie der Gefahr von vermehrten Nebenwirkungen unter hochdosiertem ICS diskutiert werden (z. B. in Kapitel 5.1).	

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
7)	4.4.4.9.1 Anmerkung Im Kapitel 4.4.5.2 *„Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung (V1.6.2)*“ werden nicht alle diskrepante Empfehlungen der identifizierten Leitlinien in der Tabelle 95 aufgeführt. Folgende Empfehlungen der NICE Leitlinie 2024 sind ebenfalls als diskrepant einzustufen: ▪ Überweisung zum Facharzt bei erhöhten FeNO-Werten und / oder erhöhten Bluteosinophilenkonzentrationen unter MART mit mitteldosiertem ICS-Formoterol. *For people aged 12 and over with asthma that is not controlled on moderate-dose MART despite good adherence: Check the fractional exhaled nitric oxide (FeNO) level if available, and the blood eosinophil count. If either of these is raised, refer to a specialist in asthma care. (…) “ (NICE-Leitlinie 2024, S. 19)* ▪ Überweisung zum Facharzt bei unkontrollierten Patient:innen trotz MART mit mitteldosiertem ICS-Formoterol und Therapieversuchen mit einem LTRA und einem LAMA. *„Refer people to a specialist in asthma care when asthma is not controlled despite treatment with moderate-dose MART, and trials of an LTRA and a LAMA. (NICE-Leitlinie2024, S. 20)* ▪ Überweisung zum Facharzt bei Patient:innen mit Asthma, das trotz Therapie mit hochdosiertem ICS unkontrolliert bleibt. *("Refer people with asthma that is not controlled on treatment containing a high dose of ICS to a specialist in asthma care. (NICE-Leitlinie 2024, S. 21)* Diese Empfehlung wird in der Tabelle 96 zwar aufgeführt, jedoch nicht als diskrepant identifiziert. Die Empfehlung findet sich so breit allerdings bislang nicht in der DMP-A-RL. Vorgeschlagene Änderung Die aufgeführten diskrepanten Empfehlungen sollten in Tabelle 95 berücksichtigt werden.	Keine Änderung des Berichts: ▪ Die Empfehlung der NICE 2024: „For people aged 12 and over with asthma that is not controlled on moderate-dose MART despite good adherence: Check the fractional exhaled nitric oxide (FeNO) level if available, and the blood eosinophil count. If either of these is raised, refer to a specialist in asthma care. (…) “ ist in Tabelle 31 als Diskrepanz dargestellt. ▪ siehe Würdigung Zeile 5) zu den Empfehlungen der NICE 2024 „Refer people to a specialist in asthma care when asthma is not controlled despite treatment with moderate-dose MART, and trials of an LTRA and a LAMA.“ und "Refer people with asthma that is not controlled on treatment containing a high dose of ICS to a specialist in asthma care.“
8)	5.2 Diskussionspunkte S. 144 ff Anmerkung […]	Keine Änderung des Berichts Auftrag des IQWiG ist es, zur DMP-A-RL abweichende Inhalte aus aktuellen evidenzbasierten Leitlinien zu identifizieren und darzustellen Zur Möglichkeit der Weiterverordnung von monoklonalen Antikörpern im hausärztlichen Bereich fanden sich keine Empfehlungen in den eingeschlossenen Leitlinien.

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	Die Aufnahme von Übersichtstabellen zu den monoklonalen Antikörpern sollte insbesondere vor dem Hintergrund, dass eine Weiterverordnung der Therapie auch im hausärztlichen Bereich erfolgen kann, diskutiert werden. Vorgeschlagene Änderung […] bei dem Vorschlag, die Aufnahme von Übersichtstabellen zu monoklonalen Antikörpertherapien in der DMP-A-RL aufzunehmen sollte auf die Möglichkeit der Weiterverordnung im hausärztlichen Bereich hingewiesen werden.	
Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG		
9)	Gesamtes Dokument (z. B. V1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung „Anamneseerhebung“, V1.4 „differenzierte Therapieplanung“ und V1.5.7 „somatische Komorbiditäten“) Anmerkung Die aktuelle Disease-Management-Anforderungen-Richtlinie (DMP A RL) für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale benennt in Abschnitt 1.2.1 „Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung“ als anamnestisch insbesondere zu berücksichtigende Faktoren „Komorbiditäten unter anderem chronische Rhinosinusitis, gesteigerter gastroösophagealer Reflux, Adipositas, Angstzustände und Depression“ [1]. Die Erhebung relevanter Komorbiditäten stellt einen wesentlichen Bestandteil der Anamnese dar, da Begleiterkrankungen die Symptomatik sowie den Krankheits- und Therapieverlauf beeinflussen können. Entsprechend sieht auch die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Asthma (Tabelle 2) die Erfassung von Komorbiditäten als festen Bestandteil der initialen asthmaspezifischen Anamnese vor. Unter anderem wird hierbei auf Erkrankungen der oberen Atemwege sowie auf dysfunktionale Atmung verwiesen [2]. Vor diesem Hintergrund erscheint die in der DMP-A-RL aufgeführte Aufzählung potenziell relevanter Begleiterkrankungen nicht ausreichend und sollte um weitere differential-diagnostisch und klinisch relevante pulmonale Begleiterkrankungen bzw. Komorbiditäten ergänzt und zur umfassenden Erfassung der patientenindividuellen Krankheitssituation konkretisiert werden. Hierzu zählen insbesondere Bronchiektasen. So zeigen eine systematische Übersichtsarbeit und eine aktuelle Metaanalyse, dass bronchiektatische Veränderungen, die mittels hochauflösender Computertomographie (HRCT) erfasst wurden, bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale mit einer mittleren Prävalenz von 36,6 % nachweisbar sind [3].	Keine Änderung des Berichts ▪ Aus der Tabelle 2 der NVL Asthma wurden die dysfunktionale Atmung und COPD in Tabelle 6 im Abschnitt 4.4.1.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung des Berichts als Diskrepanz dargestellt. Erkrankungen der oberen Atemwege werden unter dem Gliederungspunkt 1.5.7 als somatische Komorbidität in der DMP-A-RL genannt. Dort findet sich auch der Hinweis zur Bedeutung einer frühzeitigen Diagnostik. ▪ Auftrag des IQWiG ist es, zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlungen aus aktuellen evidenzbasierten Leitlinien zu identifizieren und die diskrepanten Inhalte darzustellen. In den eingeschlossenen Leitlinien wurden keine Empfehlungen zur Komorbidität Bronchiektasen identifiziert. ▪ Zudem wurde der Aspekt wichtiger, im DMP zu berücksichtigender Komorbiditäten in der wissen-schaftlichen Erörterung diskutiert. Es ergaben sich keine Änderungen für den Abschlussbericht.

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	[…] Vorgeschlagene Änderung In der Spalte: „Diskrepante Leitlinienempfehlungen zur DMP A RL: Erläuterung und Hinweise“: Ergänzung weiterer bei der Anamneseerhebung zu berücksichtigender Aspekte in der Zeile „Komorbiditäten“: ▪ „Bronchiektasen“ als anamnestisch und differentialdiagnostisch relevante Komorbidität ▪ „Erkrankungen der oberen Atemwege“ als anamnestisch und differentialdiagnostisch relevante Komorbidität („Komorbiditäten: dysfunktionale Atmung, *Erkrankungen der oberen Atemwege, Bronchiektasen*“) Sowie entsprechende Ergänzungen zur regelmäßigen Diagnostik und Kontrolle der Komorbiditäten z. B. in den Abschnitten 1.4 „differenzierte Therapieplanung“, 1.5.7 „Somatische Komorbiditäten“ und 1.6.2 „Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung“ der DMP A RL und damit verbundenen möglichen Qualitätszielen.	
10)	Tabelle 3: „Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2 Diagnostik „übergreifende Aspekte“ (Seite 9), Tabelle 8: „Übersicht über die Versorgungsaspekte zu V1.2.2 und Abgleich mit der DMP-A-RL“ (v.a. „allgemeine Aspekte“) (Seite 14), Tabelle 24: „„Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.X weitere Tests zur Diagnosesicherung „weitere objektive Tests bei Erwachsenen“ (Seite 31) Anmerkung In der aktuellen Disease-Management-Anforderungen-Richtlinie (DMP A RL) für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale wird in Abschnitt 1.2.2 „Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik“ die Lungenfunktionsdiagnostik zur „differenzialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen obstruktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten sowie zur Verlaufs- und Therapiekontrolle“ benannt [1]. Eine sorgfältige Differentialdiagnostik ist Voraussetzung für eine korrekte Diagnosestellung und damit für eine zielgerichtete Behandlung der Patientinnen und Patienten. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund relevant, dass die DMP-A-RL Asthma bronchiale unter anderem als Einschreibekriterium vorsieht zu prüfen „ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren“	keine Änderung des Berichts ▪ Auftrag des IQWiG ist es, zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlungen aus aktuellen evidenzbasierten Leitlinien zu identifizieren und die diskrepanten Inhalte darzustellen. ▫ In der NVL Asthma 2024 wurden keine spezifischen Empfehlungen zur differentialdiagnostischen Abklärung von Bronchiektasen, der interstitiellen Lungenerkrankungen (ILD) beziehungsweise Lungenfibrosen identifiziert. Im Abschnitt 2.8 Differentialdiagnosen des Asthmas auf S. 27f. in der NVL Asthma 2024 werden mögliche Differenzialdiagnosen des Asthmas bei Erwachsenen und Kindern tabellarisch (Tabelle 3 und 4) dargestellt jedoch ohne Angabe eines Empfehlungsgrades oder eines Evidenzlevels und ohne eine konkrete Handlungsanweisung. Zudem finden sich im Abschnitt 2.8 der NVL Asthma keine Empfehlungen, die explizit auf die Tabellen 3 und 4 verweisen. In den anderen

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	kann [1]. Als anzustrebende Therapieziele zählen unter anderem „eine adäquate Behandlung der Komorbiditäten“ sowie „eine Reduktion der asthmabedingten Letalität“ [1]. Entsprechend hebt auch die NVL Asthma die Bedeutung einer umfassenden Differentialdiagnostik hervor. […] Zu den in der NVL aufgeführten Differentialdiagnosen des Asthmas zählen neben anderen obstruktiven Atemwegs- und Lungenerkrankungen auch Bronchiektasen sowie interstitielle Lungenerkrankungen (ILD) beziehungsweise Lungenfibrosen [2]. […] Da die NVL Asthma Bronchiektasen und interstitielle Lungenerkrankungen bzw. Lungenfibrosen ausdrücklich als relevante Differentialdiagnosen benennt, sollten diese in der DMP-A-RL ebenfalls explizit berücksichtigt werden. Fehldiagnosen sowie eine irrtümliche Einschreibung von Patientinnen und Patienten mit nicht obstruktiven Lungenerkrankungen bzw. Bronchiektasen in das DMP könnten somit möglicherweise vermieden werden. Letzteres wirft die Frage nach geeigneten diagnostischen Verfahren zur Erkennung dieser nicht-obstruktiven Differentialdiagnosen auf. In diesem Zusammenhang könnte die ergänzende Messung der Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid (DLCO) einen zusätzlichen Beitrag zur differentialdiagnostischen Abklärung leisten. Die Messung der DLCO dient der funktionellen Beurteilung des alveolo-kapillären Gastransfers und kann Hinweise auf das Vorliegen parenchymatöser Lungenerkrankungen liefern. Während die DLCO bei unkompliziertem Asthma typischerweise normal oder erhöht ist, findet sich bei interstitiellen Lungenerkrankungen, emphysematöser chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) sowie teilweise auch bei ausgedehnten bzw. parenchymal mitbetroffenen Bronchiektasen häufig eine Verminderung der Diffusionskapazität [7, 8]. <u>Vorgeschlagene Änderungen</u> 1.Ergänzung in Abschnitt 1.2.2 „Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik“ der DMP A RL Asthma bronchiale: ▪ „interstitielle Lungenerkrankungen (ILD) / Lungenfibrosen und Bronchiektasen“ als klinisch relevante Differentialdiagnosen („der differentialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen obstruktiven sowie restriktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten (*z. B. interstitielle Lungenerkrankungen (ILD) / Lungenfibrosen und Bronchiektasen)*“)	eingeschlossenen Leitlinien wurden ebenfalls keine Empfehlungen zu den in der Stellungnahme genannten Komorbiditäten identifiziert. ▫ In den eingeschlossenen Leitlinien wurden keine Empfehlungen zur Messung der Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid (DLCO) identifiziert. ▫ Zudem wurde der Aspekt wichtiger, im DMP zu berücksichtigender Komorbiditäten in der wissenschaftlichen Erörterung diskutiert. Es ergaben sich keine Änderungen für den Abschlussbericht.

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	2.Aufnahme eines neuen Abschnitts „weitere objektive Tests bei Erwachsenen“ in die DMP-A-RL Asthma bronchiale: *„Bei entsprechender klinischer Fragestellung können ergänzende objektive Untersuchungsverfahren (z. B. die Bestimmung der Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid [DLCO]) zur diagnostischen Absicherung oder differential-diagnostischen Abklärung eingesetzt werden. Diese können insbesondere bei Verdacht auf relevante Differentialdiagnosen oder Begleiterkrankungen zur Erhöhung der diagnostischen Sicherheit beitragen*“.	
11)	Gesamtes Dokument (z. B. V1.3 „Therapieziele“ und V 1.4 „differenzierte Therapieplanung“) (Seite 38) <u>Anmerkung</u> Die DMP A RL Asthma bronchiale benennt in Abschnitt 1.3 unter anderem die „Vermeidung einer Progredienz der Erkrankung“, „eine Reduktion der asthmabedingten Letalität“ und „eine adäquate Behandlung der Komorbiditäten“ [1]. Komorbiditäten und koexistierende strukturelle Lungenerkrankungen können bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale den klinischen Verlauf, die Symptomlast, die Exazerbationshäufigkeit und die Prognose wesentlich beeinflussen. Dies ist insbesondere für Bronchiektasen gut belegt: In einer systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse war das Vorliegen von Bronchiektasen bei Asthma mit einer stärkeren Atemwegsobstruktion und häufigeren Exazerbationen assoziiert [3]. […] Schließlich ist die Prognose bei älteren Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale oder bei Vorliegen relevanter Begleiterkrankungen nicht ausschließlich durch akute Asthmaexazerbationen bestimmt. Vielmehr tragen Komorbiditäten wesentlich zur Morbidität und Mortalität dieser Patientengruppe bei. […] Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Asthma nicht isoliert, sondern im Kontext relevanter Begleit- und Differentialdiagnosen zu beurteilen. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Ergänzung in Abschnitt „1.3 Therapieziele“ der DMP-A-RL Asthma bronchiale: ▪ *„Früherkennung und adäquate Behandlung der Komorbiditäten*“	Keine Änderung des Berichts ▪ Die Berücksichtigung von Komorbiditäten im Rahmen der Diagnostik wird in der DMP-A-RL unter dem Gliederungspunkt 1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung adressiert. Dort werden beispielhaft einige Komorbiditäten aufgeführt. ▪ In den eingeschlossenen Leitlinien fanden sich keine Empfehlungen zu den in der Stellungnahme genannten Komorbiditäten. ▪ Zudem wurde der Aspekt wichtiger, im DMP zu berücksichtigender Komorbiditäten in der in der wissenschaftlichen Erörterung diskutiert. Es ergaben sich keine Änderungen für den Abschlussbericht.

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	Sowie entsprechende Ergänzungen zur regelmäßigen Diagnostik bzw. Kontrolle von Komorbiditäten und Begleiterkrankungen z. B. in Abschnitt „1.4.2 Ärztliche Kontroll-untersuchungen“ der DMP A RL und in damit verbundenen möglichen Qualitätszielen.	
Deutscher Allergie- und Asthmabund		
12)	z. B. 3.4 (S. 16) Anmerkung Ein ganzheitliches Diagnosekonzept mit Phänotypisierung ist unerlässlich. Laut der NVL Asthma kann somit auf individuelle Krankheitsverläufe und daraus resultierende Konsequenzen in der Therapieauswahl eingegangen werden und es können bestimmte Komorbiditäten sowie Risikofaktoren für schwere Verlaufsformen identifiziert werden [1]. Die Phänotypisierung ist die Grundlage jeder modernen personalisierten Asthmatherapie. Nur wenn klar ist, welcher Asthmaphänotyp (allergisch oder intrinsisch) vorliegt, kann die jeweils optimale Therapie ausgewählt werden. Ohne diese Differenzierung besteht die Gefahr einer Unter- oder Übertherapie und unnötigen Kosten. Das DMP vernachlässigt diesen wichtigen Zwischenschritt, wodurch die individuelle gezielte Behandlung unmöglich wird. Die Diagnose Asthma sollte deshalb durch eine explizite Verankerung einer individuellen Patientenphänotypisierung ergänzt werden. Hierzu gehören die allergologische Stufendiagnostik [1,2] sowie die Bestimmung der Eosinophilen, die Erhebung des Erstmanifestationsalters und die Messung des exhalierten Stickstoffmonoxids (FeNO) [2]. Forderung: Aufnahme der Asthmaphänotypisierung in die Diagnostik (Abschnitt 1.2) des DMP Asthma bronchiale. Vorgeschlagene Änderung Die Diagnostik des Asthma bronchiale basiert auf einer für die Erkrankung typischen Anamnese, dem Nachweis einer (partiell-)reversiblen Atemwegsobstruktion beziehungsweise einer bronchialen Hyperreaktivität und einer individuellen Patientenphänotypisierung (Allergischer Phänotyp oder Intrinsischer Phänotyp). […]	Keine Änderung des Berichts ▪ Die FeNo-Messung und die Bestimmung der Eosinophilen mit Blut werden im Bericht als Diskrepanz unter dem Gliederungspunkt 4.4.1 Diagnostik dargestellt und im Abschnitt 5.1 des Berichts diskutiert. Über die Versorgungsrelevanz der im Bericht dargestellten diskrepanten Inhalte und in welchem Umfang die DMP-A-RL aktualisiert wird, entscheidet der GBA. ▪ Auftrag des IQWiG ist es, zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlungen aus aktuellen evidenzbasierten Leitlinien zu identifizieren und die diskrepanten Inhalte darzustellen In den eingeschlossenen Leitlinien fanden sich keine Empfehlungen, die eine Erhebung des Erstmanifestations-alters im Rahmen der Diagnostik empfehlen. ▪ Der Aspekt der Phänotypisierung wurde in der wissen-schaftlichen Erörterung thematisiert. Es ergaben sich keine Änderungen für den Abschlussbericht.
13)	Anmerkung Eine allergische Erkrankung ist der bisher am stärksten identifizierte, prädisponierende Faktor für die Entwicklung von Asthma bronchiale. Bis zu 79 % aller Kinder mit Asthma sowie bis zu 60% der betroffenen Erwachsenen leiden an allergischem Asthma [3]. Demzufolge	keine Änderung des Berichts Die DMP-A-RL sieht unter dem Gliederungspunkt 1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik eine allergologische Stufendiagnostik vor, wenn die Diagnose Asthma gestellt ist

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	stellt für die Mehrheit der Patient:innen mit Asthma eine entsprechende Allergiediagnostik einen entscheidenden Schritt bei der erfolgreichen Asthmatherapie dar. […] Die Formulierung der NVL und des DMP unterscheiden sich deutlich hinsichtlich der Verbindlichkeit, mit der eine allergologische Stufendiagnostik erfolgen soll. Der Grad der Verbindlichkeit in der NVL geht über das Maß in der DMP hinaus und sollte entsprechend berücksichtigt werden. Forderung: ▪ Verbindliche allergologische Stufendiagnostik (Abschnitt 1.2.3) gemäß aktueller Nationaler Versorgungsleitlinie Asthma, inkl. Verpflichtender erstmaliger Dokumentation der Diagnostik (Anlage 10) im DMP Asthma bronchiale. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> „1.2.3 Allergologische Stufendiagnostik Nach Sicherung der Diagnose Asthma bronchiale soll eine allergologische Stufendiagnostik durchgeführt werden. Diese besteht aus: ▪ vertiefender Allergieanamnese einschließlich Berufsanamnese (ggf. Fragebogen); ▪ Nachweis der allergenspezifischen, Immunglobulin E (IgE) vermittelten Sensibilisierung mittels: 1. Prick-Hauttest und / oder 2. Bestimmung des spezifischen IgE; 3. ggf. allergenspezifischen Organprovokationstests Die allergologische Diagnostik und Therapieentscheidung soll durch ▪ eine allergologisch qualifizierte und pneumologisch kompetente Ärztin beziehungsweise einen allergologisch qualifizierten und pneumologisch kompetenten Arzt oder ▪ eine allergologisch und pneumologisch qualifizierte Ärztin beziehungsweise einen allergologisch und pneumologisch qualifizierten Arzt erfolgen.	und der Verdacht auf eine allergische Genese besteht. Im Rahmen der Anamneseerhebung sollen gemäß dem Gliederungspunkt 1.2.1 der DMP-A-RL bereits Faktoren erfragt werden, die auf eine allergische Ursache des Asthmas hinweisen wie eine positive Familienanamnese (Allergie), die Variabilität der Symptome, oft auch abhängig von der Jahreszeit, Tätigkeits- und umgebungsbezogene Auslöser von Atemnot bzw. Husten und berufsbedingte Auslöser. Diese Faktoren werden auch zum Teil in der NVL Asthma im Hintergrundtext zur Empfehlung zur Allergologischen Stufendiagnostik auf S. 25 der Leitlinie erwähnt. Gemäß der Empfehlung der NVL Asthma zur allergologischen Stufendiagnostik und der dazugehörigen Rationale soll, wie auch in der DMP-A-RL beschrieben, im ersten Schritt eine Allergieanamnese erfolgen. Wenn sich aus dieser ein Verdacht auf eine allergische Ursache der Beschwerden ergibt, soll im nächsten Schritt eine Allergietestung mittels der in der Empfehlung genannten Verfahren erfolgen. Somit besteht keine Diskrepanz bezüglich der Aussagen der DMP-A-RL. Bei der Beurteilung der Diskrepanz wird zudem berücksichtigt, dass in der DMP-A-RL vorwiegend Eckpunkte für die Diagnose und Therapie einer Erkrankung festgelegt werden, während Leitlinien oftmals einen deutlich höheren Detaillierungsgrad aufweisen.
Deutsche Atemwegsliga		
14)	**Allgemein** <u>Anmerkung</u>	Keine Änderung des Berichts ▪ Die fachärztliche S2-k Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Asthma wurde im März 2023 das letzte Mal

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	Im Vorbericht werden als Grundlage einer Aktualisierung der derzeit gültigen DMP_A-RL für das DMP-Asthma bronchiale deren Aussagen mit den Empfehlungen mehr oder weniger aktueller evidenzbasierter Leitlinien verglichen und Diskrepanzen sowie deren Bedeutung verglichen. Die Auswahl der 5 für den Vergleich genutzten Leitlinien nach den genannten methodischen Kriterien ist zwar nachvollziehbar, geht aber auf Kosten relevanter aktuellerer Daten, wie z. B. der Vergleich von Aussagen der NVL-Asthma, die im Zeitraum von 2021-2024(1) publiziert wurde, mit den nicht oder kaum berücksichtigten aktuelleren GINA-Empfehlungen (2) und den Aussagen der deutschen S2K- Facharztleitlinie zum Asthma-management (3) zeigen. Außerdem können nach diesem Auswahlprinzip aktuelle Aspekte im Asthma- Management, die nicht in den ausgewählten Leitlinien dargestellt werden, eventuell keine Berücksichtigung in der Aktualisierung der DMP-A- RL finden, obwohl dies angesichts neuerer Erkenntnisse sinnvoll sein kann. Vorgeschlagene Änderung Aktuelle Daten berücksichtigen	überarbeitet. Die Leitlinie wurde nicht in den Bericht eingeschlossen, da sie das Kriterium der Evidenzbasierung nicht erfüllt. Die NVL Asthma wurde das letzte Mal im August 2024 überarbeitet. ▪ zum Umgang mit der GINA Leitlinie siehe Würdigung in Zeile 3) ▪ Für die Erstellung des Abschlussberichts findet regelmäßig eine Nachrecherche statt, um ggf. nach dem Zeitpunkt der Erstrecherche veröffentlichte Leitlinien im Abschluss-bericht zu berücksichtigen. ▪ Wie im Abschnitt A2.1.6 Publikationszeitraum beschrieben besteht wissenschaftlicher Konsens, dass Leitlinien, die älter als 5 Jahre sind nicht mehr dem aktuellem Kenntnis-stand entsprechen. ▪ Der Aspekt der Aktualität der für die Leitliniensynopsen zu berücksichtigenden Leitlinien wurde in der wissen-schaftlichen Erörterung diskutiert. Es ergaben sich keine Änderungen für den Abschlussbericht.
15)	4.4.4.7 Somatische Komorbiditäten (S.63) Hier werden rudimentär nur zwei Komorbiditäten, nämlich Adipositas und ein gesteigerter gastroösophagealer Reflux genannt. Dies wird der Bedeutung einiger Komobiditäten nicht gerecht. In der S2k-Leitlinie (3) werden zusätzlich die allergische Rhinitis, die chronische Rhinosinusitis, die atopische Dermatitis, die COPD, Nahrungsmittelallergien, das obstruktive Schlafapnoesyndrom und psychische Komorbiditäten genannt. Hierauf sollte, ähnlich wie bei den Komorbiditäten im DMP-COPD, eingegangen werden. Vorgeschlagene Änderung allergische Rhinitis, chronische Rhinosinusitis, atopische Dermatitis, COPD, Nahrungsmittel-allergien, obstruktives Schlafapnoesyndrom und psychische Komorbiditäten nennen	Keine Änderung des Berichts ▪ Nur zu den unter dem Gliederungspunkt 1.5.7 der DMP-A-RL genannten Komorbiditäten wurden Empfehlungen in den eingeschlossenen Leitlinien identifiziert. Empfehlungen zur atopischen Dermatitis und zu Nahrungsmittelallergien wurden in eingeschlossenen Leitlinien nicht identifiziert. ▪ In Tabelle 6 im Abschnitt 4.4.1.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung des Berichts werden die dysfunktionale Atmung und die COPD als zu berück-sichtigende Komorbiditäten bei der Anamneseerhebung als Diskrepanz dargestellt. ▪ In der DMP-RL wird im Gliederungspunkt 1.5.6 u. a. auf psychische Aspekte der Asthmaerkrankung hingewiesen.

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
		Zudem werden im Gliederungspunkt 1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung in der DMP-A-RL u. a. die chronische Rhinitis, Angstzustände und die Depression als zu berücksichtigende Komorbiditäten bei der Anamneseerhebung genannt. ▪ Zudem wurde der Aspekt wichtiger, im DMP zu berücksichtigender Komorbiditäten in der in der wissenschaftlichen Erörterung diskutiert. Es ergaben sich keine Änderungen für den Abschlussbericht.
16)	4.4.4.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene (V1.5.9.1)(S. 72), *V1.5.9.1 (S. 72)* Für die im bisherigen DMP-Asthma dargestellte Stufe 5 der medikamentösen Dauertherapie für Erwachsene fehlt die Darstellung der Diskrepanzen. Nach den aktuellen Leitlinien (1,2,3,7) sollen ICS nicht mehr in Höchstdosis, sondern allenfalls noch im Hochdosisbereich eingesetzt werden. Dies wurde bereits bei einer Revision der NVL berücksichtigt und sollte auch Eingang in die Aktualisierung des DMP-Asthma finden. Ferner fehlen Angaben zur Indikationsstellung und ggf. Therapie mit geeigneten monoklonalen Antikörpern (Biologika). Hierzu erscheint auch die Nutzung einer Abb. analog Abb. 7 der S2k-Leitlinie (3) geeignet, wobei inzwischen nach Einführung von Depemokimab 6 verschiedene Biologika zur Verfügung stehen. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Abbildung analog Abb. 7 der S2k-Leitlinie (3) einfügen: Inzwischen zugelassenen Biologika ergänzen.	Änderung des Berichts ▪ Zur Darstellung der Diskrepanz im Bericht bezüglich der Dosierungsangaben von ICS in Therapiestufe 5 in Abschnitt 4.4.4.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene siehe Würdigung in Zeile 5) ▪ Die Aufnahme Indikationsstellung und ggf. Therapie mit geeigneten monoklonalen Antikörpern wird in Abschnitt 5.2 des Berichts diskutiert. Über die Versorgungsrelevanz der identifizierten Diskrepanzen und in welchem Umfang die DMP-A-RL aktualisiert wird, entscheidet der GBA.
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und Bundesverband der Pneumologie, Allergologie und Beatmungsmedizin (BdP)		
17)	Anlage 9, Punkt 1.2.3 <u>Anmerkung</u> Gemäß NVL Asthma 2024 soll die allergologische Stufendiagnostik bei allen Patienten mit der Diagnose Asthma erfolgen <u>Vorgeschlagene Änderung</u> „Allergologische Stufendiagnostik:	siehe Würdigung Zeile 13)

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	Nach Sicherung der Diagnose Asthma bronchiale soll eine allergologische Stufendiagnostik durchgeführt werden“. (s. auch Anlage 9 Tabelle 4 bzw. 5)	
18)	Anlage 9, Punkt 1.5.9.1 und 1.5.9.2 Anmerkung Gemäß NVL Asthma 2024 soll die Allergen-spezifische Immuntherapie (AIT) bei allen Patienten mit allergischem Asthma (in allen Therapiestufen) geprüft werden (sowohl bei Kindern / Jugendlichen als auch bei Erwachsenen). Vorgeschlagene Änderung „Bei Patientinnen und Patienten mit allergischem Asthma soll die Indikation zu einer Allergen-spezifischen Immuntherapie (AIT) in allen Therapiestufen geprüft werden, wenn die allergische Komponente der asthmatischen Beschwerden gut dokumentiert ist“. (s. auch Anlage 9: Tabelle 4 bzw. 5)	Keine Änderung des Berichts In der DMP-A-RL steht im Gliederungspunkt 1.5.9.4 Spezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung, dass bei Vorliegen eines allergischen Asthmas zeitnah zur Erstdiagnose die Indikation zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie zu prüfen ist.
19)	Anlage 9, Tabelle 4 und Tabelle 5 Anmerkung Gemäß NVL Asthma 2024 soll die Allergen-spezifische Immuntherapie (AIT) bei allen Patienten mit allergischem Asthma (in allen Therapiestufen) geprüft werden. Gemäß NVL wird in Stufe 5 bei Erwachsenen nicht mehr die ICS-Höchstdosis, sondern eine ICS-Hochdosis gefordert. Vorgeschlagene Änderung In den Tabellen 4 und 5 muss die AIT (analog NVL Asthma 2024) in allen Stufen erwähnt werden (separate Spalte), siehe Anlage (rosa eingefärbt). In Tabelle 4 muss in Stufe 5 die „ICS-Hochdosis“ vermerkt werden.	▪ Änderung des Berichts ▪ Zur Darstellung der Diskrepanz im Bericht bezüglich der Dosierungsangaben von ICS in Therapiestufe 5 in Abschnitt 4.4.4.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene siehe Würdigung in Zeile 5) ▪ Keine Änderung des Berichts ▫ In der DMP-A-RL steht im Gliederungspunkt 1.5.9.4 Spezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung, dass bei Vorliegen eines allergischen Asthmas zeitnah zur Erstdiagnose die Indikation zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie zu prüfen ist.
GlaxoSmithKline GmbH & Co KG		
20)	Abschnitt 5.1, „FeNO-Messung und Bestimmung der Eosinophilenzahl in Rahmen der Primärdiagnostik“, S. 140 f. Anmerkung Vorgeschlagene Änderung	Keine Änderung des Berichts ▪ zum Umgang mit der GINA Leitlinie siehe Würdigung Zeile 3) ▪ zur Bestimmung der Eosinophilenanzahl im Blut siehe Würdigung Zeile 12)

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	Sowohl die internationale GINA-Leitlinie ([1]GINA, 2026) als auch nationale Asthma-Leitlinien ([2]BÄK, et al., 2024;[3]Lommatzsch, et al., 2023) zeigen, dass Bluteosinophile einen wichtigen Beitrag zur Diagnosestellung eines Typ 2-Asthmas leisten können. ▪ Erhöhte Bluteosinophilenwerte können die Diagnose eines Typ 2-Asthmas unterstützen ([1]GINA, 2026) ▪ Eosinophile sind zusammen mit FeNO und IgE zentrale Biomarker in der Asthmadiagnostik ([4]Matsunaga, et al., 2025) ▪ Die Integration der Eosinophilenmessung ermöglicht eine objektivere und differenziertere Diagnostik, insbesondere bei unklarer Symptomatik oder nicht eindeutigen Lungenfunktionsergebnissen. <u>Anmerkung</u> „Auch können nach Einschätzung der Leitliniengruppe speziell Patientinnen und Patienten mit wiederholten Exazerbationen von einem Monitoring mittels FeNO-Messung profitieren." <u>Vorgeschlagene Änderung</u> <u>Monitoring:</u> ▪ Neben der initialen Diagnostik spielen Eosinophile auch eine Rolle im Krankheitsverlauf: ▪ Biomarker wie Eosinophile können zur Vorhersage von Exazerbationen und Krankheitsprogression beitragen ([4]Matsunaga, et al., 2025) ▪ Wiederholte Messungen werden empfohlen, um die Variabilität und klinische Aussagekraft zu erhöhen ([1]GINA, 2026) ▪ Eine strukturierte Erfassung ermöglicht ein kontinuierliches Monitoring und damit eine bessere Steuerung der Patientenversorgung. <u>Phänotypisierung:</u> ▪ Die aktuelle Versorgung orientiert sich zunehmend an einer präzisen Phänotypisierung des Asthmas. ▪ Eosinophile sind ein Marker für Typ 2 Inflammation und damit entscheidend für die Einteilung in inflammatorische Subtypen ▪ Biomarker wie Eosinophile erlauben die pathophysiologische Einordnung der Erkrankung ([4]Matsunaga, et al., 2025)	▪ Die Leitlinie Matsunaga et al 2025 „Guidance for type 2 inflammatory biomarkers" kann nicht in den Bericht eingeschlossen werden, da sie nicht spezifisch für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale entwickelt wurde.

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	▪ •Ohne routinemäßige Erfassung der Eosinophilen bleibt eine leitliniengerechte Phänotyp-basierte Versorgung unvollständig. Dies widerspricht dem aktuellen medizinischen Standard. <u>Therapieentscheidung:</u> ▪ Die Leitlinien betonen die Bedeutung der Eosinophilenmessung für die Auswahl der Therapie ▪ Eosinophilenwerte sind relevant für die Indikationsstellung von Biologika (z. B. Anti IL 5/IL 5R) ([1]GINA, 2026) ▪ Biomarker dienen der Therapieselektion und Prognoseeinschätzung ([4]Matsunaga, et al., 2025) ▪ Die Nicht-Erhebung dieses Biomarkers führt zu einer suboptimalen Therapieentscheidung, insbesondere bei schwerem Asthma, und verhindert den zielgerichteten Einsatz innovativer Therapien. <u>Fazit:</u> Die Eosinophilenmessung ist ein zentraler Bestandteil der modernen Asthmaversorgung. Sie ermöglicht eine evidenzbasierte Diagnostik, eine differenzierte Phänotypisierung sowie eine leitliniengerechte, personalisierte Therapieentscheidung und Verlaufsbeurteilung. Vor dem Hintergrund der eindeutigen Empfehlungen internationaler und nationaler Leitlinien sollte die routinemäßige Bestimmung der Bluteosinophilen daher konsequent in das Disease-Management-Programm (DMP) Asthma aufgenommen werden, um eine qualitätsgesicherte und zukunftsorientierte Patientenversorgung zu gewährleisten.	
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD)		
21)	1 (S.1), A5 (S. 164-166), A6 (S. 167-170) Weil allergisches Asthma häufig mit Erkrankungen des atopischen Formenkreises einher geht (vgl. Seite 13 [6]), wäre es zur Förderung einer qualitativ hochwertigen Versorgung empfehlungswert für die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit allergischem Asthma auch Leitlinien dieser Erkrankungen wie atopische Dermatitis [10], allergische Rhinokonjunktivitis [11] und IgE-vermittelte Nahrungsmittelallergien [12] heranzuziehen. Leider enthält die NVL Asthma [6] keine Verweise zu diesen Leitlinien [10-12] und es wurden auch keine Empfehlungen aus diesen Leitlinien in der NVL [6] übernommen, wie dies z. B. der Fall ist im Leitlinienprogramm Onkologie bei der S3-Leitlinie zum Mammakarzinom [13]	Keine Änderung des Berichts ▪ Im Abschnitt A6.1 werden nur die ausgeschlossenen Leitlinien mit dem entsprechenden Ausschlussgründen aufgelistet, die über die systematischen Recherchen des IQWiG im Titel- und Abstractscreening als potenziell relevant identifiziert und im Volltext geprüft wurden. Die in der Stellungnahme genannten 3 Leitlinien „Atopische Dermatitis“, „Behandlung der allergischen Rhinitis im deutschen Gesundheitssystem“ und „Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien“

Tabelle 106: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	in Zusammenspiel mit der onkologischen Querschnittleitlinie zur Komplementärmedizin [14]. Dementsprechend enthält der IQWiG-Vorbericht V25-10 [1] auch keine diskrepanten Empfehlungen zur DMP-A-RL aus der S3-Leitlinie Atopische Dermatitis (AD) 2023 [10], die relevant sind für die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit allergischem Asthma, Nahrungsmittelallergie und atopischer Dermatitis. Nach der vom AWMF komplementär zu der NVL [2] entwickelten S2k-Leitlinie „Fachärztliche Diagnostik und Therapie von Asthma“ 2023 [15], zu der in der NVL auch verwiesen wird [6], „geht die atopische Dermatitis häufig der Manifestation des Asthma im Kindesalter voraus, obwohl dies keine Gesetzmäßigkeit ist“, und „geht sie als Komorbidität mit einem höheren Schweregrad des Asthma einher“. Ihre Behandlung und ihre S3-Leitlinie [10] verdienen daher im Rahmen der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen Aufmerksamkeit. […] <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Unter A5 sollte ggf. die S3-Leitlinie AD [10] aufgenommen werden und die diskrepanten Empfehlungen zur DMP-A-RL sollten an den entsprechenden Stellen im Vorbericht eingearbeitet werden. Unter A6 Leitlinienlisten sollten die ausgeschlossenen Leitlinien der Erkrankungen des atopischen Formenkreises unter den entsprechenden Ausschlussgrund genannt werden.	wurden nicht über Rechercheschritte des IQWiG identifiziert. ▪ Die S3-Leitlinie „Atopische Dermatitis“ wird nicht für den Abschlussbericht herangezogen, da sie nicht spezifisch für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale entwickelt wurde. Zielgruppe der Leitlinie sind Patientinnen und Patienten mit der Grunderkrankung Atopische Dermatitis. ▪ Die ARIA Leitlinie „Behandlung der allergischen Rhinitis im deutschen Gesundheitssystem“ wurde 2019 publiziert. Zudem wurde auch sie nicht spezifisch für Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale entwickelt. ▪ Die S2k-Leitlinie „Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien“ war nur bis zum 31.12.2024 gültig.

AD: Atopische Dermatitis; AeDA: Ärzteverband Deutscher Allergologen; AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.; BdP: Bundesverband der Pneumologie, Allergologie und Beatmungsmedizin; BTS: British Thoracic Society; COPD: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung; DMP: Disease-Management-Programm; DGAKI: Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie; DMP-A-RL: DMP-Anforderungen-Richtlinie; DGP: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin; FeNO: Fractional exhaled nitric Oxide (Fraktion des exhalierten Stickstoffmonoxids; FEV1: forced expiratory volume in 1 second; FVC: forced vital capacity; GBA / G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GINA: Global Initiative for Asthma; ICS: inhalative Glukokortikosteroide; IgE: Immunglobulin E; IQWiG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen; OCS: orale Corticosteroide; LABA: schnell wirksames Beta-2-Sympathomimetika; LAMA: lang wirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten; LLN: ratio below the lower limit of normal; LTRA: Leukotrienrezeptoranatagonisten; MART: Maintenance and Reliever Therapy; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; NVL: Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien; ppb: parts per billion; SABA: kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika; SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; SPT: skin prick test; VDD: Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.

A5 Literatur

1. Bundesministerium der Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) [online]. 2023 [Zugriff: 02.09.2024]. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/SGB_5.pdf.

2. Bundesamt für Soziale Sicherung. Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung [online]. 2024 [Zugriff: 02.09.2024]. URL: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/.

3. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) [online]. 2025 [Zugriff: 21.10.2025]. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/83/.

4. Lungeninformationsdienst. Asthma bronchiale [online]. 2024 [Zugriff: 30.10.2025]. URL: https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/asthma.

5. Global Initiative for Asthma. 2025 GINA Strategy Report; global strategy for asthma management and prevention [online]. 2025 [Zugriff: 06.10.2025]. URL: https://ginasthma.org/2025-gina-strategy-report/.

6. Wissenschaftliches Institut der AOK. Gesundheitsatlas Deutschland; Asthma bronchiale; Verbreitung in der Bevölkerung Deutschlands und seinen Regionen; Ursachen, Folgen und Präventionsmöglichkeiten [online]. 2020 [Zugriff: 20.10.2025]. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Gesundheitsatlas/wido_int_gesundheitsatlas_asthma_1120.pdf.

7. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma; Langfassung; Version 5.0. [online]. 2024 [Zugriff: 30.10.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-002.

8. Robert Koch-Institut. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht zur Vertiefungsstudie der KiGGS-Kohorte; „Familiäre und versorgungsspezifische Einflussfaktoren auf die Entstehung, den Verlauf und die Auswirkungen von psychischen Auffälligkeiten (insbesondere ADHS), Adipositas und allergischen Erkrankungen (insbesondere Asthma) bei Kindern und Jugendlichen“ [online]. 2020 [Zugriff: 20.10.2025]. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/zusatzerhebung-im-rahmen-von-kiggs-welle-2.html.

9. Bundesamt für Soziale Sicherung. Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung [online]. 2025 [Zugriff: 20.10.2025]. URL: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/.

10. Graham RM, Mancher M, Miller-Wolman D et al. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington: National Academies Press; 2011.

11. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G et al. GRADE Handbook [online]. 2013 [Zugriff: 02.09.2024]. URL: https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html.

12. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Das AWMF-Regelwerk Leitlinien; Version 2.2 [online]. 2025 [Zugriff: 23.07.2025]. URL: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/downloads_regelwerk/2025-05-22_AWMF-Regelwerk_2025_V2.2.pdf.

13. Oberle AJ, Abbas F, Adrish M et al. Biologic Management in Severe Asthma for Adults; An American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline. Chest 2026; 169(2): 336-348. https://doi.org/10.1016/j.chest.2025.08.042.

14. Papi A, Ferreira DS, Agache I et al. European Respiratory Society short guidelines for the use of as-needed ICS/formoterol in mild asthma. Eur Respir J 2023; 62(4): 2300047. https://doi.org/10.1183/13993003.00047-2023.

15. Louis R, Satia I, Ojanguren I et al. European Respiratory Society guidelines for the diagnosis of asthma in adults. Eur Respir J 2022; 60(3): 2101585. https://doi.org/10.1183/13993003.01585-2021.

16. National Institute for Health and Care Excellence. Asthma; diagnosis, monitoring and chronic asthma management (BTS, NICE, SIGN) [online]. 2024 [Zugriff: 02.10.2025]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng245.

17. NVL-Programm. S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma [online]. 2024 [Zugriff: 01.10.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-002.

18. U. S. Department of Veterans Affairs. VA/DOD Clinical practice guidelines; For the primary care management of asthma [online]. 2025 [Zugriff: 06.10.2025]. URL: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/asthma/index.asp.

19. Lommatzsch M, Buhl R, Taube C et al. Medizinische und gesundheitsökonomische Bedeutung der Messung von Stickstoffmonoxid in der Ausatemluft (FeNO) bei Erwachsenen mit Asthma: Gemeinsames Positionspapier von DGP, BdP, DGAKI und AEDA. Pneumologie 2026; 80(5): 341-349. https://doi.org/10.1055/a-2834-1743.

20. Alderson LJ, Alderson P, Tan T. Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months. J Clin Epidemiol 2014; 67(1): 52-55. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.012.

21. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? JAMA 2001; 286(12): 1461-1467. https://doi.org/10.1001/jama.286.12.1461.

22. Shojania KG, Sampson M, Ansari MT et al. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. Ann Intern Med 2007; 147(4): 224-233. https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-4-200708210-00179.

23. Nieuwlaat R, Wiercioch W, Brozek JL et al. How to write a guideline: a proposal for a manuscript template that supports the creation of trustworthy guidelines. Blood Adv 2021; 5(22): 4721-4726. https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2020003577.

24. AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II: AGREE II Instrument [online]. 2017 [Zugriff: 02.09.2024]. URL: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf.

25. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP et al. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. CMAJ 2010; 182(10): 1045-1052. https://doi.org/10.1503/cmaj.091714.

26. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP et al. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. CMAJ 2010; 182(10): E472-E478. https://doi.org/10.1503/cmaj.091716.

27. Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses [online]. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/42/.

28. Bennett K, Duda S, Brouwers M et al. Towards high-quality, useful practice guidelines for child and youth mental health disorders: protocol for a systematic review and consensus exercise. BMJ Open 2018; 8(2): e018053. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018053.

29. Hoffmann-Esser W, Siering U, Neugebauer EAM et al. Systematic review of current guideline appraisals performed with the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II instrument-a third of AGREE II users apply a cut-off for guideline quality. J Clin Epidemiol 2018; 95: 120-127. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.009.

30. National Institute for Health and Care Excellence. Algorithm C: Pharmacological management of asthma in people aged 12 years and over BTS, NICE and SIGN guideline on asthma [online]. 2024 [Zugriff: 10.09.2026]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng245/resources/algorithm-c-pharmacological-management-of-asthma-in-people-aged-12-years-and-over-bts-nice-sign-pdf-13556516367.

31. National Institute for Health and Care Excellence. Algorithm E: Pharmacological management of asthma in children under 5 BTS, NICE and SIGN guideline on asthma [online]. 2024 [Zugriff: 10.09.2026]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng245/resources/algorithm-e-pharmacological-management-of-asthma-in-children-under-5-bts-nice-sign-pdf-13556516369.

32. National Institute for Health and Care Excellence. Algorithm D: Pharmacological management of asthma in children aged 5 to 11 years BTS, NICE and SIGN guideline on asthma [online]. 2025 [Zugriff: 10.09.2026]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng245/resources/algorithm-d-pharmacological-management-of-asthma-in-children-aged-5-to-11-years-bts-nice-sign-pdf-13556516368.

33. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [online]. 2026 [Zugriff: 12.05.2026]. URL: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2026/05/GINA-2026-Strategy-Report-WMS.pdf.

A6 Leitlinienlisten

A6.1 Liste der ausgeschlossenen Leitlinien mit Ausschlussgründen

Nicht E1

1. Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy. ASCIA Guidelines; Acute Management of Anaphylaxis [online]. 2026 [Zugriff: 04.05.2026]. URL: https://www.allergy.org.au/images/ASCIA_HP_Guidelines_Acute_Management_Anaphylaxis_2026_v2.pdf.

2. Cao D, Arens AM, Chow SL et al. Part 10: Adult and Pediatric Special Circumstances of Resuscitation: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2025; 152(16_suppl_2): S578-S672. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001380.

3. Children's Hospital Medical Center. Management of preschool wheezing; Severe first episode or recurrent wheezing; Evidence-Based Care Guideline [online]. 2024 [Zugriff: 06.10.2025]. URL: https://www.cincinnatichildrens.org/research/divisions/j/anderson-center/evidence-based-care/recommendations.

4. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. S3-Leitlinie Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz [online]. 2025 [Zugriff: 30.04.2026]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-021.

5. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. S2k-Leitlinie Nichtinvasive Beatmung als Therapie der akuten respiratorischen Insuffizienz [online]. 2022 [Zugriff: 30.04.2026]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-004.

6. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. S2k-Leitlinie Fachärztliche Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit Husten [online]. 2025 [Zugriff: 01.10.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-003.

7. Djärv T, Rogers J, Semeraro F et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 First Aid. Resuscitation 2025; 215 (Suppl 1): 110752. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110752.

8. Fields B, Smallfield S. Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Chronic Conditions. The American Journal of Occupational Therapy 2022; 76(2): 7602397010. https://doi.org/10.5014/ajot.2022/762001.

9. Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin GHUP. S2k-Leitlinie Medizinisch klinische Diagnostik bei Schimmelpilzexposition in Innenräumen [online]. 2023 [Zugriff: 01.10.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/161-001.

10. Gurgel RK, Baroody FM, Damask CC et al. Clinical Practice Guideline: Immunotherapy for Inhalant Allergy. Otolaryngology–Head and Neck Surgery 2024; 170(S1): S1-S42. https://doi.org/10.1002/ohn.648.

11. Hewett Brumberg EK, Douma MJ, Alibertis K et al. 2024 American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. Circulation 2024; 150(24): e519-e579. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001281.

12. Khor YH, Poberezhets V, Buhr RG et al. Assessment of Home-based Monitoring in Adults with Chronic Lung Disease; An Official American Thoracic Society Research Statement. Am J Respir Crit Care Med 2025; 211(2): 174-193. https://doi.org/10.1164/rccm.202410-2080ST.

13. Lott C, Karageorgos V, Abelairas-Gomez C et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Special Circumstances in Resuscitation. Resuscitation 2025; 215(Suppl 1): 110753. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110753.

14. Vieira RJ, Sousa-Pinto B, Bousquet J et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA)-EAACI Guidelines; 2024-2025 Revision: Part II; Guidelines on Oral and Ocular Treatments. Allergy 2026: 1-24. https://doi.org/10.1111/all.70305.

Nicht E2

1. Agache I, Annesi-Maesano I, Cecchi L et al. EAACI guidelines on environmental science for allergy and asthma; The impact of short-term exposure to outdoor air pollutants on asthma-related outcomes and recommendations for mitigation measures. Allergy 2024; 79(7): 1656-1686. https://doi.org/10.1111/all.16103.

2. Barber CM, Cullinan P, Feary J et al. British Thoracic Society Clinical Statement on occupational asthma. Thorax 2022; 77(5): 433-442. https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2021-218597.

3. Canadian Paediatric Society. Managing an acute asthma exacerbation in children [online]. 2023 [Zugriff: 07.10.2025]. URL: https://cps.ca/en/documents/position/managing-an-acute-asthma-exacerbation.

4. Children's Health Queensland. Asthma; Emergency management in children [online]. 2023 [Zugriff: 07.10.2025]. URL: https://www.childrens.health.qld.gov.au/for-health-professionals/queensland-paediatric-emergency-care-qpec/queensland-paediatric-clinical-guidelines/asthma.

5. Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie. S3-Leitlinie Allergieprävention [online]. 2022 [Zugriff: 07.10.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/061-016.

6. McDonald CF, Serginson J, AlShareef S et al. Thoracic Society of Australia and New Zealand clinical practice guideline on adult home oxygen therapy. Respirology 2024; 29(9): 765-784. https://doi.org/10.1111/resp.14793.

7. SickKids. Inpatient Management of Acute Asthma Exacerbation [online]. 2024 [Zugriff: 16.12.2025]. URL: https://www.sickkids.ca/en/care-services/for-health-care-providers/clinical-practice-resources/.

8. White BR, Miller AG, Baker J et al. AARC and PALISI Clinical practice guideline; Pediatric critical asthma. Respir Care 2025; 70(5): 593-609. https://doi.org/10.1089/respcare.12897.

Nicht E3

1. Al-Moamary MS, Alhaider SA, Allehebi R et al. The Saudi initiative for asthma - 2024 update: Guidelines for the diagnosis and management of asthma in adults and children. Ann Thorac Med 2024; 19(1): 1-55. https://doi.org/10.4103/atm.atm_248_23.

Nicht E6

1. National Institute for Health and Care Excellence. Digital technologies to support self-management of asthma; early-use assessment [online]. 2026 [Zugriff: 01.06.2026]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/HTG778/.

2. Śliwiński P, Antczak A, Barczyk A et al. 2024 Update on Position Statement by Experts from the Polish Society of Allergology and the Polish Respiratory Society on the Evaluation of Efficacy and Effectiveness of Single Inhaler Triple Therapies in Asthma Treatment. Advances in Respiratory Medicine 2024; 92(6): 452-465. https://doi.org/10.3390/arm92060041.

3. Sousa-Pinto B, Bousquet J, Vieira RJ et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA)-EAACI Guidelines; 2024-2025 Revision: Part I; Guidelines on Intranasal Treatments. Allergy 2026; 81(4): 954-976. https://doi.org/10.1111/all.70131.

4. Vazquez-Ortiz M, Gore C, Alviani C et al. A practical toolbox for the effective transition of adolescents and young adults with asthma and allergies: An EAACI position paper. Allergy 2023; 78(1): 20-46. https://doi.org/10.1111/all.15533.

Nicht E7

1. American Thoratic Society. Use of Fractional Exhaled Nitric Oxide to Guide the Treatment of Asthma; An Official ATS Clinical Practice Guideline Implementation Tools [online]. 2021 [Zugriff: 06.10.2025]. URL: https://www.thoracic.org/statements/guideline-implementation-tools/use-of-fractional-exhaled-nitric-oxide-to-guide-the-treatment-of-asthma.php.

2. British Thoracic Society. British guideline on the management of asthma [online]. 2024 [Zugriff: 06.10.2025]. URL: https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/british-guideline-on-the-management-of-asthma/.

3. Gaillard EA, Kuehni CE, Turner S et al. European Respiratory Society clinical practice guidelines for the diagnosis of asthma in children aged 5–16 years. Eur Respir J 2021; 58(5). https://doi.org/10.1183/13993003.04173-2020.

4. Hall GL, Filipow N, Ruppel G et al. Official ERS technical standard: Global Lung Function Initiative reference values for static lung volumes in individuals of European ancestry. Eur Respir J 2021; 57(3): 2000289. https://doi.org/10.1183/13993003.00289-2020.

5. Raymond TJ, Bennett NF, Rodionova MI. Asthma Management: Updated Guidelines from the National Heart, Lung, and Blood Institute. Am Fam Physician 2021; 104(5): 531-532.

Nicht E8

1. Global Initiative for Asthma. 2025 GINA Strategy Report; global strategy for asthma management and prevention [online]. 2025 [Zugriff: 06.10.2025]. URL: https://ginasthma.org/2025-gina-strategy-report/.

Nicht E9

1. Adachi Y, Takizawa T, Futamura M et al. Executive summary: Japanese pediatric guideline for the treatment and management of asthma (JPGL) 2020. Allergol Int 2022; 71(4): 472-480. https://doi.org/10.1016/j.alit.2022.07.007.

2. Australian Resuscitation Council. Guideline 9.2.5 – First Aid for Asthma; ANZCOR Guidelines [online]. 2025 [Zugriff: 07.10.2025]. URL: https://www.anzcor.org/home/new-guideline-page-2/guideline-9-2-5-first-aid-for-asthma.

3. Bendien SA, De Kruif MD, Feitsma H et al. Summary of the Dutch Multidisciplinary Practice Guideline on Asthma and Pregnancy. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice 2024; 12(7): 1751-1762. https://doi.org/10.1016/j.jaip.2024.03.025.

4. Children´s Acute Transport Service. Clinical guidelines; Acute Severe Asthma [online]. 2024 [Zugriff: 07.10.2025]. URL: https://cats.nhs.uk/clinical-guidelines/.

5. Global Initiative for Asthma. 2025 GINA Severe Asthma Guide; diagnosis and management of difficult-to-treate and severe asthma [online]. 2025 [Zugriff: 06.10.2025]. URL: https://ginasthma.org/2025-gina-severe-asthma-guide/.

6. National Institute for Health and Care Excellence. Asthma pathway (BTS, NICE, SIGN); NICE guideline; NG244 [online]. 2024 [Zugriff: 02.10.2025]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng244.

7. Niimi A, Fukunaga K, Taniguchi M et al. Executive summary: Japanese guidelines for adult asthma (JGL) 2021. Allergol Int 2023; 72(2): 207-226. https://doi.org/10.1016/j.alit.2023.02.006.

8. Oberle AJ, Abbas F, Adrish M et al. Biologic Management in Severe Asthma for Adults: An American College of Chest Physician Clinical Practice Guideline. Chest 2025; (in Press). https://doi.org/10.1016/j.chest.2025.08.042.

Nicht E10

1. All Wales Medicines Strategy Group. All Wales adult asthma management and prescribing guideline [online]. 2025 [Zugriff: 28.10.2025]. URL: https://awttc.nhs.wales/medicines-optimisation-and-safety/medicines-optimisation-guidance-resources-and-data/prescribing-guidance/all-wales-adult-asthma-management-and-prescribing-guideline/.

2. De Keyser HH, Chipps B, Dinakar C et al. Biologics for Asthma and Allergic Skin Diseases in Children. Pediatrics 2021; 148(5): e2021054270. https://doi.org/10.1542/peds.2021-054270.

3. Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie. S2k-Leitlinie Allergen-Immuntherapie bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen [online]. 2022 [Zugriff: 01.10.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/061-004.

4. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. S2k-Leitlinie Fachärztliche Diagnostik und Therapie von Asthma [online]. 2023 [Zugriff: 01.10.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-009.

5. Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie. S1-Leitlinie Management von schwierigem und schwerem Asthma bei Kindern und Jugendlichen [online]. 2025 [Zugriff: 01.10.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/026-027.

6. Government of British Columbia. Asthma Diagnosis, Education and Management [online]. 2023 [Zugriff: 01.10.2025]. URL: https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/asthma.

7. MediX. Asthma bronchiale; Guideline [online]. 2021 [Zugriff: 02.10.2025]. URL: https://www.medix.ch/wissen/guidelines/asthma-bronchiale/.

8. National Asthma C. Australian Asthma Handbook; The National Guidelines for Health Professionals [online]. 2025 [Zugriff: 06.10.2025]. URL: https://www.asthmahandbook.org.au/.

9. Nyenhuis SM, Kahwash B, Cooke A et al. Recommendations for Physical Activity in Asthma: A Work Group Report of the AAAAI Sports, Exercise, and Fitness Committee. The journal of allergy and clinical immunology: In practice 2022; 10(2): 433-443. https://doi.org/10.1016/j.jaip.2021.10.056.

10. Papadopoulos NG, Custovic A, Deschildre A et al. Recommendations for asthma monitoring in children; A PeARL document endorsed by APAPARI, EAACI, INTERASMA, REG, and WAO. Pediatr Allergy Immunol 2024; 35(4): e14129. https://doi.org/10.1111/pai.14129.

11. Price OJ, Papadopoulos NG, Amérigo DA et al. Exercise Recommendations and Practical Considerations for Asthma Management; An EAACI Position Paper. Allergy 2025; 80(6): 1572-1591. https://doi.org/10.1111/all.16573.

12. Raherison-Semjen C, Guilleminault L, Billiart I et al. Updated guidelines (2021) for management and follow-up of asthmatic patients of the French Society of Pneumology (SPLF) and the French Society of Pediatric Pneumology and Allergology (SP2A); Short version; Recommendations. Respiratory Medicine and Research 2022; 81: 100898. https://doi.org/10.1016/j.resmer.2022.100898.

13. Serrano CC, Moragón EM, Padilla-Galo A et al. Expert Consensus on Single-Inhaler Triple Therapy for the Treatment of Asthma in Adult Patients. Open Respiratory Archives 2025; 7(3): 100442. https://doi.org/10.1016/j.opresp.2025.100442.

14. Skolnik N, Yawn BP, Correia de Sousa J et al. Best practice advice for asthma exacerbation prevention and management in primary care: an international expert consensus. npj Primary Care Respiratory Medicine 2024; 34(39): 1-9. https://doi.org/10.1038/s41533-024-00399-2.

15. The National Environmental Education Foundation. Environmental Management of Pediatric Asthma; Guidelines for Health Care Providers [online]. 2025 [Zugriff: 04.05.2026]. URL: https://www.neefusa.org/sites/default/files/2025-08/Environmental-Management-of-Pediatric-Asthma_English_2025.pdf.

16. Yang CL, Zysman-Colman Z, Chétrit E et al. The management of very mild and mild asthma in preschoolers, children, and adolescents. Paediatr Child Health 2024; 29(2): 122-126. https://doi.org/10.1093/pch/pxae006..

Nicht E10a

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [online]. 2026 [Zugriff: 12.05.2026]. URL: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2026/05/GINA-2026-Strategy-Report-WMS.pdf.

2. Plaza Moral V, Alobid I, Álvarez Rodríguez C et al. GEMA 5.3. Spanish Guideline on the Management of Asthma. Open Respiratory Archives 2023; 5(4): 100277. https://doi.org/10.1016/j.opresp.2023.100277.

A7 Leitlinienrecherche

A7.1 Suchbegriffe

- Asthma
- Asthma bronchiale
- Bronchialasthma
- Bronchial asthma
- Atemwegserkrankungen
- Bronchial diseases, respiratory diseases, airway diseases
- Husten
- Cough

A7.2 Liste aller durchsuchten Leitliniendatenbanken beziehungsweise -anbieter

Leitliniendatenbanken

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), DE
- ECRI-Guidelines Trust, US
- GuidelineCentral, US
- Guidelines International Network (GIN), INT
- Tripdatabase, CA
- UpToDate, INT

Fachübergreifende Leitlinienanbieter

- Alberta Medical Association / (AMA / ACTT), CA
- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), BE
- British Columbia Council on CPGs (BCC), CA
- Canadian Medical Association (CMA), CA
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), DE
- Geneva Foundation for Medical Education and Research (GFMER), CH
- Haute Autorité de Santé (HAS), FR
- Magic Evidence Ecosystem Foundation (MAGICapp), NO
- Medical Journal of Australia (MJA), AU

- mediX, CH
- Ministry of Health (MOH), NZ
- Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm), DE
- National Health and Medical Research Council (NHMRC), AU
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), GB
- New South Wales Department of Health (NSW Health), AU
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), GB
- US Department of Veterans Affairs (VA / DOD), US
- World Health Organization (WHO), INT

Fachspezifische Leitlinienanbieter

- American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (AAAAI), US
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), US
- American Academy of Family Physicians (AAFP), US
- American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery Foundation (AAO-HNS), US
- American Academy of Pediatrics (AAP), US
- American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation (AAPMR), US
- American Association for Respiratory Care (AARC), US
- American Collage of Chest Physicians (ACCP), US
- American College of Emergency Physicians (ACEP), US
- American College of Physicians (ACP), US
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), US
- American Geriatrics Society (AGC), US
- American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM), US
- American Physical Therapy Association (APTA), US
- American Psychiatric Association (APA), US
- American Society for Radiation Oncology (ASTRO), US
- American Thoracic Society (ATS), US
- Australian Diabetes in Pregnancy Society (ADIPS), AU

- Australian Society of Clinical Immunology and Allergy (ASCIA), AU
- British Thoracic Society (BTS), GB
- Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH), DE
- Canadian Association of Radiologists (CAR), CA
- Canadian Association of Emergency (CAEP), CA
- Canadia Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT), CA
- Canadian Paediatric Society (CPS), CA
- Canadian Thoracic Society (CTS), CA
- Cincinnati Children´s Hospital Medical Center, US
- College of Family Physicians of Canada (CFP), CA
- College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO), CA
- Deutsche Atemwegsliga, DE
- Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH), DE
- Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUB), DE
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH), DE
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR), DE
- European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), EU
- European Association of Nuclear Medicine (EANM), INT
- European Association for the Study of Obesity (EASO), EU
- European Commision Initiative on Breast Cancer (ECIBC), EU
- European Psychiatric Association (EPA), EU
- European Respiratory Society (ERS), EU
- Global Initiative for Asthma (GINA), INT
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), INT
- International Union Against Tubercolosis and Lung Disease, INT
- Lung Foundation Australia, AU
- National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI), US
- North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition (NASPGHAN), US
- Obesity Canada, CA

- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), CA
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologist (RANZOG), AU
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP), AU
- Royal Australian College of General Practicioners (RACGP), AU
- Royal College of Physicians of London (RCP), GB
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG), GB
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), CA
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), US
- The Obesity Society, US
- Thoracic Society of Australia and New Zealand (TSANZ), AU/NZ

A8 Empfehlungskategorien nach dem AWMF-Regelwerk Leitlinien und GRADE und Evidenzeinstufungen nach der Verfahrensordnung des GBA und GRADE

Empfehlungsstärken nach dem AWMF-Regelwerk Leitlinien [12]

Empfehlungsstärke	Beschreibung	Formulierung	Hohe GoR-Kategorie?
A	starke Positiv-Empfehlung	soll	ja
B	abgeschwächte Positiv-Empfehlung	sollte	nein
0	offene Empfehlung	kann	nein
B	abgeschwächte Negativ-Empfehlung	sollte nicht	nein
A	starke Negativ-Empfehlung	soll nicht	ja
AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; GoR: Grade of Recommendation			

Empfehlungsstärken nach GRADE [11]

Empfehlungsstärke	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie?
strong	A strong recommendation is one for which guideline panel is confident that the desirable effects of an intervention outweigh its undesirable effects (strong recommendation for an intervention) or that the undesirable effects of an intervention outweigh its desirable effects (strong recommendation against an intervention). Note: Strong recommendations are not necessarily high priority recommendations. A strong recommendation implies that most or all individuals will be best served by the recommended course of action.	ja
weak	A weak recommendation is one for which the desirable effects probably outweigh the undesirable effects (weak recommendation for an intervention) or undesirable effects probably outweigh the desirable effects (weak recommendation against an intervention) but appreciable uncertainty exists. A weak recommendation implies that not all individuals will be best served by the recommended course of action. There is a need to consider more carefully than usual the individual patient's circumstances, preferences, and values. When there are weak recommendations caregivers need to allocate more time to shared decision making, making sure that they clearly and comprehensively explain the potential benefits and harms to a patient.	nein
GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation		

Klassifizierung der Unterlagen zu diagnostischen Methoden nach Verfahrensordnung des GBA [27]

Evidenzstufe	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie?
Ia	systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b	ja
Ib	randomisierte kontrollierte Studien	ja
Ic	andere Interventionsstudien	nein
IIa	systematische Übersichtsarbeiten von Studien zur diagnostischen Testgenauigkeit der Evidenzstufe II b	nein
IIb	Querschnitts- und Kohortenstudien, aus denen sich alle diagnostischen Kenngrößen zur Testgenauigkeit (Sensitivität und Spezifität, Wahrscheinlichkeitsverhältnisse, positiver und negativer prädiktiver Wert) berechnen lassen	nein
III	andere Studien, aus denen sich die diagnostischen Kenngrößen zur Testgenauigkeit (Sensitivität und Spezifität, Wahrscheinlichkeitsverhältnisse) berechnen lassen	nein
IV	Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, u. ä.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen	nein
GBA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence		

Klassifizierung der Unterlagen zu therapeutischen Methoden nach Verfahrensordnung des GBA [27]

Evidenzstufe	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie?
Ia	systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b	ja
Ib	randomisierte kontrollierte Studien	ja
IIa	systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b	nein
IIb	prospektive vergleichende Kohortenstudien	nein
III	retrospektive vergleichende Studien	nein
IV	Fallserien und andere nicht vergleichende Studien	nein
V	Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, u. ä.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen	nein
GBA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence		

Evidenzeinstufungen nach GRADE [11]

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie?
High	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.	ja
Moderate	We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.	nein
Low	Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect.	nein
Very Low	We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.	nein
LoE: Level of Evidence		

A9 Empfehlungs- und / oder Evidenzgrade der eingeschlossenen Leitlinien und ihre Kategorisierung

ACCP 2026: Biologic Management in Severe Asthma for Adults

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie?[a]
strong (“we re-commend”)	A strong recommendation is one for which guideline panel is confident that the desirable effects of an intervention outweigh its undesirable effects (strong recommendation for an intervention) or that the undesirable effects of an intervention outweigh its desirable effects (strong recommendation against an intervention). A strong recommendation implies that most individuals will be best served by the recommended course of action.	ja
conditional (“we suggest”)	A weak (conditional) recommendation is one for which the desirable effects probably outweigh the undesirable effects (weak recommendation for an intervention) or undesirable effects probably outweigh the desirable effects (weak recommendation against an intervention) but appreciable uncertainty exists. A weak recommendation implies that not all individuals will be best served by the recommended course of action. There is a need to consider more carefully than usual the individual patient’s circumstances, preferences, and values. When there are weak recommendations caregivers need to allocate more time to shared decision making, making sure that they clearly and comprehensively explain the potential benefits and harms to a patient.	nein
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung nach GRADE. GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation		

ERS 2023: European Respiratory Society short guidelines for the use of as-needed ICS / formoterol in mild asthma

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie?[a]
strong (“we re-commend”)	A strong recommendation was made for an intervention when the panel was certain that the desirable consequences of the intervention outweighed the undesirable consequences, just as a strong recommendation would have been made against an intervention if the panel was certain that the undesirable consequences of the intervention outweighed the desirable consequences. A strong recommendation indicates that most well-informed patients would choose to have or not to have the intervention.	ja
conditional (“we suggest”)	A conditional recommendation was made for an intervention when the panel was uncertain that the desirable consequences of the intervention outweighed the undesirable consequences, just as a conditional recommendation would have been made against an intervention if the panel was uncertain that the undesirable consequences of the intervention outweighed the desirable consequences. Reasons for uncertainty included low or very low certainty of evidence, the desirable and undesirable consequences being finely balanced or the underlying values and preferences or other considered factors playing an important role. A conditional recommendation indicates that well-informed patients may make different choices regarding whether to have or not to have the intervention.	nein
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung nach GRADE. GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation		

ERS 2022: European Respiratory Society guidelines for the diagnosis of asthma in adults

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Stakeholder	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie?[a]
strong[b]	patient	most people in your situation would want the recommended course of action and only a small proportion would not	ja
	clinicians	most patients should receive the recommended course of action	ja
	policy-makers	the recommendation can be adopted as a policy in most situations	ja
conditional (weak)	patient	the majority of people in your situation would want the recommended course of action, but many would not	nein
	clinicians	recognise that different choices will be appropriate for different patients and that you must make greater effort to help each patient to arrive at a management decision consistent with their values and preferences; decision aids and shared decision are particularly useful	nein
	policy-makers	policy-making will require substantial debate and involvement of many stakeholders	nein

a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung nach GRADE.
b. “strong recommendations based on high-quality evidence will apply to most patients for whom these recommendations are made, but they may not apply to all patients in all conditions; no recommendation can take into account all of the unique features of individual patients and clinical circumstances.”

GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

NICE 2024: Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management (BTS, NICE, SIGN)

Empfehlungsgraduierung

Empfehlungsgrad	Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie?[a]
strong recommendation for or against	directive language such as 'offer' (or 'do not offer'), 'advise', or 'ask about'.	If the committee believes that the vast majority of practitioners or commissioners and people using services would, based on the evidence seen by the committee, choose a particular intervention, they should make a strong recommendation for the intervention. This is generally the case if the benefits clearly outweigh the harms for most people and the intervention is likely to be cost effective. If the opposite is true, they should make a strong recommendation against the intervention.	ja
weak recommendation for	'consider'	If the committee concludes, based on the evidence, that there is a closer balance between benefits and harms, and some people would not choose an intervention whereas others would, they should make a weak recommendation for the intervention.	nein
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung nach GRADE. GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation			

NVL 2024: Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Empfehlungs-grad	Bedeutung	Formulierung	Hohe GoR-Kategorie?[a]
⇑⇑	A	starke Positiv-Empfehlung	soll	ja
⇑	B	Positiv-Empfehlung	sollte	nein
⇔	0	offene Empfehlung	kann	nein
⇓	B	Negativ-Empfehlung	sollte nicht	nein
⇓⇓	A	starke Negativ-Empfehlung	soll nicht	ja

a. Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung des AWMF-Regelwerks.

AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; GoR: Grade of Recommendation

Statements

In der Leitlinie finden sich neben Empfehlungen Statements mit der Angabe eines LoE, jedoch finden sich dazu keine methodischen Erläuterungen in der Leitlinie oder dem Leitlinienreport.

Klassifikation der Konsensstärke

Klassifikation der Konsensstärke	
starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer*innen
Konsens	Zustimmung von > 75–95 % der Teilnehmer*innen
mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50–75 % der Teilnehmer*innen
kein Konsens	Zustimmung von < 50 % der Teilnehmer*innen

VaDoD 2025: VA/DOD Clinical practice guideline for the primary care management of asthma

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Wording	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie?[a]
strong for	we recommend…	A Strong recommendation generally indicates high or moderate confidence in the quality of the available evidence, a clear difference in magnitude between the benefits and harms of an intervention, similar patient values and preferences, and understood influence of other implications (e.g., resource use, feasibility).	ja
strong against	we recommend against...		ja
weak for	we suggest…	k. A.	nein
weak against	we suggest against…	k. A.	nein
neither for nor against	There is insufficient evidence to recommend for or against…	k. A.	unklar
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung nach GRADE. GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation			

A10 Offenlegung von Beziehungen der externen Sachverständigen

Im Folgenden sind die Beziehungen der externen Sachverständigen zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangaben der Person anhand des „Formblatts zur Offenlegung von Beziehungen“. Die in diesem Formblatt aufgeführten Fragen finden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung.

Externe Sachverständige

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Pincus, Maike	nein	ja	ja	nein	ja	nein	nein

Im „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ wurden folgende 7 Fragen gestellt:

Frage 1: Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor bei einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband angestellt oder für diese / dieses / diesen selbstständig oder ehrenamtlich tätig bzw. sind oder waren Sie freiberuflich in eigener Praxis tätig?

Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor eine Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. eine Klinik, eine Einrichtung der Selbstverwaltung, eine Fachgesellschaft, ein Auftragsforschungsinstitut), ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Medizinproduktehersteller oder einen industriellen Interessenverband beraten (z. B. als Gutachter/-in, Sachverständige/r, in Zusammenhang mit klinischen Studien als Mitglied eines sogenannten Advisory Boards / eines Data Safety Monitoring Boards [DSMB] oder Steering Committees)?

Frage 3: Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten (z. B. für Vorträge, Schulungstätigkeiten, Stellungnahmen oder Artikel)?

Frage 4: Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber bzw. Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband sogenannte Drittmittel erhalten (d. h. finanzielle Unterstützung z. B. für Forschungsaktivitäten, die Durchführung klinischer Studien, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen)? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

Frage 5: Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber bzw. Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen, z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren für Fortbildungen / Kongresse erhalten von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen,

einem Medizinprodukteherstellers oder einem industriellen Interessenverband? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einem Auftragsforschungsinstitut), eines pharmazeutischen Unternehmens, eines Medizinprodukteherstellers oder eines industriellen Interessenverbands? Besitzen Sie Anteile eines sogenannten Branchenfonds, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Medizinprodukteherstellers ausgerichtet ist? Besitzen Sie Patente für ein pharmazeutisches Erzeugnis, ein Medizinprodukt, eine medizinische Methode oder Gebrauchsmuster für ein pharmazeutisches Erzeugnis oder ein Medizinprodukt?

Frage 7: Sind oder waren Sie jemals an der Erstellung einer medizinischen Leitlinie oder klinischen Studie beteiligt, die eine mit diesem Projekt vergleichbare Thematik behandelt/e? Gibt es sonstige Umstände, die aus Sicht von unvoreingenommenen Betrachtenden als Interessenkonflikt bewertet werden können, z. B. Aktivitäten in gesundheitsbezogenen Interessengruppierungen bzw. Selbsthilfegruppen, politische, akademische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen?