Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale

DOKUMENTATION DER ANHÖRUNG ZUM VORBERICHT



Projekt: V25-10 Version: 1.0 Stand: 15.10.2026

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

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

Inhaltsverzeichnis

Seite

Abkürzungsverzeichnis iii

1 Dokumentation der Anhörung 1

2 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll 2

2.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung 2

2.2 Liste der Stellungnahmen, zu denen keine Vertreterin bzw. kein Vertreter an der wissenschaftlichen Erörterung teilgenommen hat 2

2.3 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung 3

2.4 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung 3

2.4.1 Begrüßung und Einleitung 3

2.4.2 Tagesordnungspunkt 1: Grenzwert für übermäßigen Gebrauch von SABA 4

2.4.3 TOP 2: Berücksichtigung von Komorbiditäten 8

2.4.4 TOP 3: Verschiedenes 16

Anhang A Dokumentation der Stellungnahmen 19

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	**Bedeutung**
ACT	Asthma Control Test
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BdP	Bundesverband der Pneumologie, Allergologie und Beatmungs-medizin
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
DMP	Disease-Management-Programm
DMP-A-Richtlinie	DMP-Anforderungen-Richtlinie
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GINA	Global Initiative for Asthma
GPP	Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie
ICS	inhalative Glukokortikosteroide
ILD	interstitielle Lungenerkrankungen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinien
SABA	kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika

1 Dokumentation der Anhörung

Am 12.06.2026 wurde der Vorbericht in der Version 1.0 vom 05.06.2026 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 10.07.2026 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 8 Stellungnahmen form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahmen sind in Anhang A abgebildet.

Unklare Aspekte in den schriftlichen Stellungnahmen wurden in einer wissenschaftlichen Erörterung am 24.08.2026 im IQWiG diskutiert. Das Wortprotokoll der wissenschaftlichen Erörterung befindet sich in Kapitel 2.

2 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll

2.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung

Name	Organisation / Institution / Firma / privat
Bahmer, Thomas	DGP und BdP
Becker, Jens	DGP und BdP
Criée, Carl Peter	Deutsche Atemwegsliga e. V.
Dohrmann, Anna-Lena	AstraZeneca
Eikermann, Michaela	IQWiG
Ein Waldt, Susanne	IQWiG
Frank, Anna Sophie	Boehringer Ingelheim
Höfer, Eva	IQWiG
Jani, Dhimitraq	Boehringer Ingelheim
Kondla, Anke	Boehringer Ingelheim
Lampe, Cornelia	GlaxoSmithKline
Lommatzsch, Marek	DGP und BdP
Pincus, Maike	Ext. Sachverständige
Plank, Verena	GlaxoSmithKline
Rörtgen, Thilo	Wortprotokollant
Schaefer, Corinna	IQWiG
Schattling, Stefanie	AstraZeneca
Schütz, Kathrin	GPP
Trischler, Jordis	GPP
Wilberger, Natalia	IQWiG
Worth, Heinrich	Deutsche Atemwegsliga e. V.

2.2 Liste der Stellungnahmen, zu denen keine Vertreterin bzw. kein Vertreter an der wissenschaftlichen Erörterung teilgenommen hat

In der folgenden Tabelle werden Stellungnahmen genannt, zu denen trotz Einladung kein Stellungnehmender oder Vertreter zur wissenschaftlichen Erörterung erschienen ist.

Organisation / Institution / Firma / Privatperson
Deutscher Allergie- und Asthmabund e. V.
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.

2.3 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung

	Begrüßung und Einleitung
TOP 1	Grenzwert für den übermäßigen Gebrauch von SABA
TOP 2	Berücksichtigung von Komorbiditäten
TOP 3	Verschiedenes

2.4 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung

Datum: 24.08.2026, 10:15 bis 11:01 Uhr

Ort: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Siegburger Str. 237, 50679 Köln

Moderation: Michaela Eikermann

2.4.1 Begrüßung und Einleitung

Moderatorin Michaela Eikermann: Guten Morgen. Ich darf Sie ganz herzlich zur Erörterung der Stellungnahmen zum Vorbericht V25-10 „Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale“ begrüßen.

Bevor ich starte, gucke ich einmal in die Runde. Sind wir gut zu verstehen? - Viele Daumen gehen hoch, oder ich sehe Nicken. Prima.

Mein Name ist Michaela Eikermann. Ich bin stellvertretende Institutsleiterin und werde heute diese Erörterung moderieren.

Ich freue mich erst mal sehr und bedanke mich bei Ihnen, dass Sie sich für den Bericht interessiert haben, dass Sie Stellung genommen haben und dass Sie es vor allen Dingen ermöglichen, heute an der Erörterung teilzunehmen.

Wir möchten gerne einige Punkte aus den eingegangenen Stellungnahmen mit Ihnen diskutieren. Ganz wichtig: Es ist tatsächlich so, dass Sie nicht die Stellungnahme, die Sie abgegeben haben, wiederholen müssen. Sie haben die Tagesordnung bekommen und gesehen, dass dort zwei Punkte ausgewählt wurden, weil es tatsächlich so ist, dass wir die Erörterung dazu nutzen, Dinge, die uns unklar geblieben sind, mit Ihnen noch einmal zu diskutieren, da noch einmal Fragen zu stellen. Es ist nicht so, dass wir in den Erörterungen alle Punkte, die in den Stellungnahmen angesprochen wurden, tatsächlich noch einmal diskutieren möchten. Daher: Bitte wiederholen Sie Ihre Stellungnahme nicht. Bringen Sie sich gerne ein. Wenn es etwas gibt, was Ihnen über die beiden vorgesehenen TOPs hinaus wichtig ist, sehen Sie, es gibt den TOP 3 „Verschiedenes“. Da können auch noch einmal Dinge von

Ihnen eingebracht werden oder wenn sich auch Dinge noch einmal im Laufe der ersten beiden Punkte ergeben.

Ich habe vorab einige organisatorische Anmerkungen. Sie sehen, der Großteil der Runde ist digital in dieser Erörterung. Daher müssen wir festlegen, wie wir hier feststellen, wer sich meldet. Darum möchte ich Sie bitten, wenn Sie sich melden möchten, dann melden Sie sich bitte hier über die digitale Hand, über die Handhebefunktion. Dann können wir hier sehen, wer sich gemeldet hat und auch die richtige Reihenfolge, in der Sie sich gemeldet haben.

Dann möchte ich Sie darauf hinweisen, dass Sie mit der Teilnahme an der Erörterung zugestimmt haben, dass wir ein Wortprotokoll von dieser Erörterung veröffentlichen. Falls Sie dem nicht mehr zustimmen, dann müssten Sie jetzt die Erörterung verlassen, dann könnten Sie nicht weiter teilnehmen. Ansonsten gehen wir davon aus, dass es weiterhin gültig ist, dass Sie diesem Wortprotokoll mit der Teilnahme zugestimmt haben.

Dann ein wichtiger Hinweis für das Wortprotokoll. Wir machen nur eine Audioaufnahme, wir machen keine Videoaufnahme. Daher ist es wichtig, dass Sie jedes Mal, wenn Sie einen Wortbeitrag leisten, Ihren Namen nennen - das gilt auch für uns hier im Raum -, sodass der Protokollant sieht, von wem dieser Beitrag stammt.

Gut. Gibt es Fragen zum Ablauf? - Ich sehe keine Hände. Prima.

Dann starten wir mit der Tagesordnung.

2.4.2 Tagesordnungspunkt 1: Grenzwert für übermäßigen Gebrauch von SABA

Ich übergebe an Frau Ein Waldt.

Susanne Ein Waldt: Schönen guten Morgen. Auch ich bedanke mich herzlich für das rege Interesse an der Leitliniensynopse, die wir veröffentlicht haben. Nun kommen wir zum TOP 1, dem Grenzwert für den übermäßigen Gebrauch von SABA. Dieser TOP hat sich aus der Stellungnahme von AstraZeneca ergeben, womit ich dann die Stellungnehmenden von AstraZeneca gleich spezifisch ansprechen möchte.

Sie hatten in Ihrer Stellungnahme darum gebeten, dass wir einen Hinweis für einen etablierten Grenzwert von maximal zwei SABA-Verordnungen pro Jahr aufnehmen sollen. In Ihrer Stellungnahme berufen Sie sich auf eine Empfehlung der NICE, die sagt: Bei mehr als zwei SABA-Verordnungen pro Jahr liegt ein Übergebrauch, ein Overuse von SABA vor. In den anderen Leitlinien, die wir in den Bericht eingeschlossen haben, haben wir zu dieser Aussage nichts identifizieren können. Die NVL - ich hatte noch mal in den Hintergrundtext geguckt - sagt in einem Hintergrundtext zur Bedarfstherapie … Da gibt es dann auch noch mal einen Verweis auf die SABA-Juniorstudie, die SABINA-Juniorstudie. Da wird eben für Kinder und

Jugendliche bei einem maximalen Gebrauch von mehr als drei Verordnungen von SABA-Inhalatoren pro Jahr von einem Overuse gesprochen. Für uns hat sich jetzt aus Ihrer Stellungnahme die Frage ergeben - Sie betonen ja, dass es ein etablierter Grenzwert ist -: Woran machen Sie denn fest, dass dies ein etablierter Grenzwert ist, also diese maximal zwei SABA-Verordnungen pro Jahr? Und weil Sie sich sozusagen nur auf die eingeschlossene NICE von uns beziehen: Kennen Sie denn noch andere aktuelle evidenzbasierte Leitlinien, die diesen Grenzwert nennen? Das wäre die erste Frage.

Die zweite Frage: Ist denn vor dem Hintergrund der aktuellen Empfehlung, also dass auch in unteren Therapiestufen, also schon ab Therapiestufe 1, kein SABA in Monotherapie mehr gegeben werden soll und auch die Empfehlung zur ICS-Formoterol-Empfehlung in der ersten Therapiestufe … Hat dieser etablierte Grenzwert eigentlich noch eine große Relevanz in der Versorgung?

Die Frage würde ich jetzt an Sie abgeben. Vielen Dank.

Anna-Lena Dohrmann: Vielen Dank. Ich beantworte die Frage gerne. Wenn Sie fragen, wo der etablierte Grenzwert herkommt, beziehen wir uns da auch auf die internationale Leitlinie oder Empfehlung der GINA, die diesen Grenzwert auch so explizit benennt.

Zu Ihrem zweiten Punkt, der Frage, wie relevant das noch ist, sieht man schon in den Versorgungsdaten, dass es einen erheblichen Übergebrauch von SABA noch gibt und sehr viele Patienten eben häufige SABA-Verordnungen erhalten. Vor diesem Hintergrund würden wir das schon so einschätzen, dass das nach wie vor relevant ist. Ich denke aber, dass gerade, wenn Sie die Verordnungspraxis ansprechen, vielleicht hier auch die Experten aus der Praxis, also tatsächlich die Kliniker, ihre Einschätzung abgeben könnten. So viel erst einmal in aller Kürze.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. Möchte jemand etwas dazu beitragen? - Herr Becker, gerne.

Jens Becker: Diese Richtlinie hat zwei Probleme. Das eine haben Sie genannt, dass im Moment die Empfehlungen von SABA weggehen. Außerdem ist es im praktischen Leben ganz schwierig, dieses mit den zwei Verordnungen im Jahr festzuhalten. Denn der Hausarzt weiß in dem Moment nicht, was der Facharzt aufgeschrieben hat. Das heißt, wir haben hier einfach das Problem, dass wir an diese Daten nur mühsam herankommen. Und mühsam ist genau das, was in der Praxis fürs Ausführen des DMP nicht wünschenswert ist. Von daher glaube ich, dass das keine Verbesserung wäre.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Herr Worth.

Heinrich Worth: Wir wissen aus Studien - eine davon habe ich selbst mitbegleitet -, dass eine Überversorgung von kurzwirksamen Beta-Mimetika wie SABA in Deutschland gegeben ist, auch so weit, dass das über drei Verordnungen im Jahr weit hinausgeht - das gilt sowohl für die Betreuung bei Allgemeinärzten, da noch stärker, aber auch bei Lungenfachärzten -, weil Patienten eben sofort merken, wie dieses Medikament wirkt und es deswegen sehr gerne einnehmen. Insofern ist eine vorsichtige Handhabung wichtig. Umso mehr stört uns, dass wir keine zugelassenen ICS-SABA-Kombinationen für die Behandlung des leichten Asthmas haben und das Problem haben im DMP, dass wir nur zugelassene Medikamente empfehlen können. Das ist ein großes Problem, das wir schon mit ICS-Formoterol umschifft haben, aber nicht wirklich gelöst haben. Das wollte ich noch mal zu bedenken geben.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank, wobei wir ja hier auf der Ebene unseres Berichtes und der Leitliniensynopse sind. Das heißt, das, was dann letztlich Eingang in die DMP-Anforderungsrichtlinie findet, ist natürlich etwas, was in den Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss stattfindet. Nur noch mal, damit wir einfach klar haben, was der Fokus unserer Erörterung heute ist.

Ich habe noch eine Wortmeldung. Herr Lommatzsch. Ich glaube, Herr Lommatzsch, Sie sind doppelt drin. Gerne erst mal Ihren Wortbeitrag, und dann können Sie gleich gucken, ob Sie sich an einer Stelle herausnehmen. Es könnte nur jetzt passieren, dass Sie einen Hall haben. Aber wir probieren es mal aus. - Wir hören Sie gerade gar nicht.

Marek Lommatzsch: Ich nehme mich mal raus. Es spricht erst mal Herr Bahmer.

Moderatorin Michaela Eikermann: Genau, denn es passiert genau das, was ich befürchtet habe, dass wir sonst einen Hall haben. Gehen Sie einfach komplett raus, und wir lassen Sie noch mal rein. - Dann Herr Bahmer.

Thomas Bahmer: Ein Hinweis, den wir auch in unseren Vorschlägen oder in unserer Stellungnahme gemacht haben, war ja, den ACT, also erst mal Kontrolltestscore mit aufzunehmen, in dem ja auch Hinweise zum Gebrauch der Bedarfsmedikation mit drin sind als ein Aspekt für eine ungenügende Symptomkontrolle.

Bezugnehmend auf das, was Herr Becker gesagt hat, ist es ja ein Ziel, das zu vereinfachen und sozusagen eine Überdokumentation der SABA-Verordnung vielleicht auch vorzubeugen. Das ist ein wichtiger Aspekt, ist aber nicht ganz gleichzusetzen mit SABA-Gebrauch. Deswegen ist Symptomkontrolle, glaube ich, für uns ein wichtiger Aspekt, der eben den SABA-Gebrauch als Teilaspekt beinhaltet. Vielen Dank.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank an Sie. - Ich sehe Herrn Lommatzsch wieder. Gerne jetzt.

Marek Lommatzsch: Ich wollte nur ganz kurz fragen, welche Änderung jetzt genau dort vorgesehen ist, weil ich am Anfang kurz weg war, welche Änderung genau jetzt vorgeschlagen wird.

Susanne Ein Waldt: Die Stellungnehmenden schlagen einmal vor, dass wir in den Bericht einen Hinweis zu diesem etablierten Grenzwert aufnehmen. Und dann wurde unter anderem auch noch gefordert, dass dieser Grenzwert in dem Gliederungspunkt 2 der DMP-A-Richtlinie in den Qualitätszielen verankert werden soll. Das hatten die Stellungnehmenden auch noch vorgeschlagen.

Marek Lommatzsch: Es ist ganz entscheidend, dass man das mit dem SABA-Overuse unbedingt als Qualitätsziel vermerkt. Das hatten wir auch in unserer Stellungnahme gehabt. Ein Qualitätsziel muss ein hoher Anteil von Patienten mit inhalativen Steroiden sein. Das heißt eben auch Patienten mit leichteren Asthmaformen. Das ist eben der Grund, warum wir diese ICS-Formoterol- und später dann ICS-Salbutamol-Fixkombinationen als Bedarfstherapie empfehlen würden, wo wir aber, wie Herr Becker schon sagte, das Problem der fehlenden Zulassung haben. Aber alle Leitlinien empfehlen das auch bei leichten Asthmaformen. Aber es muss unbedingt als Qualitätskriterium in die DMP hinein, dass wir einen hohen Anteil haben an Patienten mit inhalativen Steroiden, und zwar unabhängig vom Schweregrad, und dass wir einen möglichst niedrigen Anteil an Patienten haben wollen, die die kurzwirksamen Beta-Mimetika noch brauchen. Das sollte als Qualitätsziel unbedingt hinein.

Und dann ist die Frage mit dem Grenzwert wirklich schwierig aus der Praxis - das sehe ich auch so -, weil ja im Grunde genommen jeder mögliche Arzt und Ärztin die Salbutamole und andere kurzwirksame Beta-Mimetika verschreibt. Das heißt, der Patient bekommt typischerweise vom Pneumologen etwas verschrieben, dann vom Hausarzt etwas verschrieben und dann vielleicht noch von einer dritten Person, sodass es wirklich schwierig ist, die Überblicke zu behalten.

Ich finde den Grenzwert „zwei Packungen pro Jahr“ relativ arbiträr. Eine klare Evidenz gibt es dafür nicht. Aber die Leitlinien haben sich auf diesen Grenzwert erst mal so weit festgelegt. Insofern könnte ich auch mit diesem Grenzwert leben. Ich glaube, das Entscheidende ist aber, dass das Qualitätsziel vermerkt werden muss: so wenig wie möglich SABA und so viel wie möglich Versorgung mit inhalativen Steroiden.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank, wobei wir da jetzt wieder ein bisschen abgewichen sind in die Beratungen, die dann im GBA stattfinden und gar nicht jetzt hier in der Erörterung unseres Berichtes so wirklich gut verortet sind. Also, es ist ja trotzdem im Protokoll festgehalten, aber das geht natürlich ein bisschen vom Bericht weg.

Für uns geht es natürlich schon um Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien, hinter denen allerdings auch Evidenz liegt. Insofern, wenn Sie da noch Hinweise haben, nehmen wir die gerne auf.

Ich sehe, Herr Bahmer meldet sich noch.

Thomas Bahmer: Entschuldigung, alte Hand.

Marek Lommatzsch: Ich kann aber zu der Evidenz sagen, dass wir diese ganzen Grenzwerte - was ist eigentlich ein SABA-Overuse? - … Da gibt es aus meiner Sicht keine hinterlegten Studien. Wir wissen bloß, je mehr SABA-Gebrauch, desto schädlicher. Je mehr sozusagen SABA-Gebrauch ohne inhalative Steroide, desto schädlicher. Es gibt aber keinen irgendwie gearteten Grenzwert, den man aus einer Studie deduzieren kann, sondern man kann nur sagen, je mehr, desto schlechter. Aber Grenzwerte sind im Grunde genommen in jeder Hinsicht arbiträr. Es geht auch nicht anders, denn das ist ein Kontinuum, ein biologisches Kontinuum, und da kann man kaum einen Grenzwert nehmen. Wir sagen ja zum Beispiel, mehr als zweimal SABA pro Woche ist schon zu viel. Das ist ein Hinweis auf schlechte Asthmakontrolle, wenn jemand mehr als zweimal pro Woche SABA anwendet. Aber auch das ist ein arbiträrer Grenzwert. Das heißt, wir arbeiten mit arbiträren Grenzwerten in einem aber gut etablierten Kontinuum des Risikos, dass je mehr SABA in Anwendung kommt, desto höher ist das Risiko zum Beispiel für einen Verlust der Asthmakontrolle, für eine Zunahme der bronchialen Hyperreagibilitäten, für weitere Nebenwirkungen.

Moderatorin Michaela Eikermann: Gut. Vielen Dank. Ich glaube, die Einordnung war jetzt noch mal hilfreich. - Ich sehe noch Herrn Becker. Möchten Sie noch etwas ergänzen?

Jens Becker: Es ist so, dass wir im Endeffekt die Asthmakontrolle haben wollen. Egal, wie wir das kombinieren, es geht um die Praktikabilität. Ich glaube, der ACT ist so ein Verbundkontrollwert, und es bringt uns nicht weiter, wenn wir zusätzliche Werte einfügen, die diese Kontrolle zusätzlich von anderen Seiten beleuchten. Ich glaube, der ACT ist ausreichend und umfasst viele wichtige Parameter. Danke.

Vielen Dank. - Mein Eindruck ist, dass unsere Frage beantwortet ist, dass hier im Raum keine Frage mehr ist. Wunderbar. Vielen Dank. Dann können wir den TOP 1 damit abschließen und gehen über zu

2.4.3 TOP 2: Berücksichtigung von Komorbiditäten

Ich gebe das Wort wieder an Frau Ein Waldt.

Susanne Ein Waldt: Zu TOP 2 hatten wir in drei Stellungnahmen zu den Komorbiditäten Sachen identifizieren können. Das ist auch immer so ein Dauerthema bei unseren DMP-Berichten. Das waren die Stellungnahmen von der Boehringer Ingelheim GmbH und der Deutschen Atemwegsliga. Der Verband der Diätassistenten hatte sich auch dazu geäußert, aber die sind heute leider nicht vertreten. Deswegen an die anderen beiden Stellungnehmenden.

Sie hatten in Ihrer Stellungnahme bemängelt, dass Komorbiditäten Ihnen in unserem Bericht fehlen, wir diese nicht dargestellt hätten, und beziehen sich zum Beispiel in der NVL auf die Tabelle 3, wo Differenzialdiagnosen des Asthmas aufgeführt sind. Diese Tabelle 3 - noch mal als Anmerkung - konnten wir im Bericht leider nicht berücksichtigen, weil es sich um keine Empfehlung in der NVL handelt, und wir haben auch keine Empfehlung identifizieren können, die auf diese Tabelle zu den Differenzialdiagnosen des Asthmas verweist. Deswegen taucht die bei uns im Bericht nicht auf.

In der DMP-A-Richtlinie ist es so, dass Komorbiditäten an verschiedenen Stellen genannt werden. Das ist einmal im Rahmen der Diagnostik, da bei der Anamnese, bei der Kontrolluntersuchung, nicht Kontrolluntersuchung … Bei der Anamnesesymptomatik und körperlichen Untersuchungen haben wir einmal die Komorbiditäten vertreten, die im Rahmen der Anamnese berücksichtigt werden sollen. Und die DMP-A-Richtlinie nennt ja auch somatische Komorbiditäten in einem Gliederungspunkt 1.5.7, wo eben Adipositas, Erkrankung der oberen Atemwege und die gastroösophageale Refluxkrankheit aufgeführt sind. Nun ist unsere Frage an Sie: Welche von den genannten Komorbiditäten fehlen Ihnen denn im Rahmen der Differenzialdiagnostik des Asthmas, weil es ja wichtig ist, dass Patienten eingeschrieben werden, die die Erkrankung Asthma haben, und nicht Patienten, die beispielsweise COPD haben, dann versehentlich in das DMP eingeschrieben werden?

Und können Sie uns noch andere Leitlinien nennen? Wie gesagt, für die somatischen Komorbiditäten haben wir jetzt keine weiteren Erkrankungen identifizieren können, die wir in dem Bericht noch aufnehmen können. Es müssten sich aber eben auch um aktuell evidenzbasierte Leitlinien handeln. Danke schön.

Moderatorin Michaela Eikermann: Wenn ich das ergänzen darf: und Empfehlungen dazu. Also, es kann ja nur in den Bericht aufgenommen werden, wenn es auch aus einer Empfehlung einer evidenzbasierten Leitlinie kommt. Das sind einfach die methodischen Vorgaben. Aber gerne, wenn Sie Hinweise für uns haben. Herr Lommatzsch hat sich gemeldet.

Marek Lommatzsch: Wir hatten ja in unserer Stellungnahme geschrieben, dass wir neben der NVL auch die Berücksichtigung der fachärztlichen Asthmaleitlinie empfehlen. Das ist leider abgelehnt worden. Wir hatten aber Gründe, warum wir die fachärztliche Leitlinie empfohlen haben. Die fachärztliche Leitlinie hat eben ein ausführliches Kapitel zu den Komorbiditäten

und geht auch auf praktische Handlungsanweisungen ein. Wir hatten ja jetzt Kontakt mit der NVL. Die Kollegen von der NVL haben selber zugegeben, dass wir in der NVL leider keine ausführliche Bearbeitung des Themas „Komorbiditäten“ haben. Das ist ja der Grund, warum in der neuen NVL-Überarbeitung die Komorbiditäten jetzt hineinkommen sollen. Also, wir haben das Problem, dass in der Nationalen VersorgungsLeitlinie die Komorbiditäten nicht ausreichend beleuchtet werden. In der fachärztlichen Leitlinie dagegen werden sie ausführlich beleuchtet und auch systematisch bearbeitet. Deshalb sind wir der Meinung, die Komorbiditäten müssen natürlich hier unbedingt rein. Die spielen ja für den Alltag eine Riesenrolle. Das ist ein ganz wichtiges Thema beim Asthma. Aus diesem Grunde sollte man die S2k-Leitlinie - das ist einer der Gründe - hier berücksichtigen, weil man dort auf den gesamten Fundus zurückgreifen kann. Man muss nichts neu erfinden. Man kann das einfach übernehmen.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Ich muss an dieser Stelle aber noch mal auf unsere Methodik hinweisen. Die fachärztliche Leitlinie ist eine S2k-Leitlinie. Damit erfüllt sie nicht die Kriterien einer evidenzbasierten Leitlinie. Es ist schlichtweg nicht möglich, das in die Leitliniensynopse einzuschließen. Das ist die vorgegebene Methodik. Davon können wir auch nicht abweichen, denn es gibt natürlich für alle Indikationen, zu denen es DMPs gibt und zu denen wir Leitliniensynopsen haben, reihenweise nicht evidenzbasierte Leitlinien. Das wird nicht funktionieren, nicht evidenzbasierte Leitlinien einzuschließen.

Marek Lommatzsch: Das Problem ist bloß, Sie müssen dann die gesamte Arbeit noch mal neu machen.

Moderatorin Michaela Eikermann: Herr Lommatzsch, bitte. Wir müssen das ein bisschen auch für das Wortprotokoll so durchchoreografieren, dass Sie kurz warten, bis ich Sie aufrufe, aber dann bitte auch Ihren Namen nennen. Gerne jetzt.

Marek Lommatzsch: Ich wollte nur sagen: Wenn Sie die Leitlinie nicht berücksichtigen wollen, dann ist es aber so, dass Sie die gesamte Arbeit noch mal neu machen. Weil dann müssen Sie im Prinzip die gesamte Literatur noch mal neu wälzen und das, was wir schon mal gemacht haben, noch mal neu machen. Es ist einfach viel mehr Arbeit für Sie.

Moderatorin Michaela Eikermann: Herr Lommatzsch, wir müssen ja nur die Leitlinien ... Also, unser Vorgehen ist ja ein anderes. Unser Vorgehen ist tatsächlich, bestimmte Empfehlungen aus bestimmten Leitlinien zu identifizieren, wie es in der methodischen Vorgabe eben vorgegeben ist. Das heißt, natürlich kann man jetzt sagen, wenn Komorbiditäten in die DMP-Anforderungsrichtlinie eingeschlossen werden sollen, dann muss möglicherweise im Rahmen der Beratung, die dann im Gemeinsamen Bundesausschuss stattfindet, geschaut werden: Wie kommt man da ran? Aber es ist tatsächlich so, dass wir hier gebunden sind an das, was eben methodisch vorgegeben ist. - Frau Schaefer meldet sich.

Corinna Schaefer: Genau dazu wollte ich gerne kurz ergänzen. Unsere Methodik stammt auch aus der gesetzlichen Definition. Im entsprechenden Paragrafen, 137f, steht, dass für die Gestaltung der DMPs evidenzbasierte Leitlinien herangezogen werden müssen. Das heißt, sowohl wir als auch der GBA sind erst mal dazu verpflichtet. Evidenzbasiert können Sie in Deutschland operationalisieren mit S2e oder S3 gemäß AWMF-Regelwerk. Das ist wirklich ganz, ganz wichtig. Das ist nicht irgendwie eine Willkür von uns, sondern entstammt tatsächlich diesem Auftrag. Nichtsdestotrotz, und das haben Sie ja wahrscheinlich auch alle schon erlebt, ist der GBA durchaus frei, darüber hinaus Dinge zu benennen, die entweder in den tragenden Gründen oder im richtigen Text selber eine Rolle spielen können. Aber die Art und Weise, wie wir vorgehen mit den Synopsen, wirklich zu gucken, welche starke Empfehlungen sind und welche wie gut mit Evidenz hinterlegt sind, das ist etwas, von dem wir nicht abweichen können. Das heißt, im Kontext des IQWiG-Berichtes kann S2k nicht berücksichtigt werden. Ich entsinne mich bei Asthma tatsächlich auch, dass Sie das beim letzten Mal im GBA selber noch mal geklärt haben und auch die Fachberatung Medizin zu dem gleichen Ergebnis gekommen ist.

Dass da manchmal eine Diskrepanz ist, dass die fachärztliche Leitlinie vielleicht in einigen Punkten praxisnäher ist oder andere Aspekte noch berücksichtigt, das sind Dinge, die Sie dann möglicherweise in der AG noch mal besprechen müssen. Dann ist auch wichtig, festzulegen, in welcher Form das möglicherweise in der Richtlinie abgebildet wird.

Aber dieser Hinweis auf den gesetzlichen Auftrag ist mir wirklich ganz wichtig, weil das einfach jetzt keine IQWiG-Willkür in dem Sinne ist, wir haben uns eine Methodik ausgedacht, sondern die hat einen guten Grund. Das wollte ich nur ergänzen.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Dann habe ich Herrn Jani. Herr Jani? Wir hören Sie noch nicht. Sie sind noch gemutet und auch so ein bisschen verzögert. Vielleicht ist die Übertragung schwierig. Wir können Sie leider von uns aus hier nicht entmuten. Sonst würde ich sagen: Sie gucken mal, ob Sie das hinkriegen, und ich würde Frau Kondla vorziehen. Ist das okay? - Frau Kondla, gerne Sie dann.

Anke Kondla: Vielen Dank für die ausführlichen Erläuterungen zu den Prinzipien, denen Sie bei der Erstellung Ihrer Dokumente folgen. In dem Zusammenhang würde ich gerne fragen, wie die Bedeutung der GINA-Leitlinie bei der Asthmadiagnose und Differenzialdiagnose einzuschätzen ist. Denn da werden ja beispielsweise die Bronchiektasen als wichtige und häufige Differenzialdiagnose genannt. Und es wird ausführlich darauf eingegangen, wie wichtig es ist, die Asthmadiagnose sauber zu stellen.

Moderatorin Michaela Eikermann: Frau Ein Waldt möchte antworten.

Susanne Ein Waldt: Wir hatten in unserem Vorbericht noch mal erklärt, warum wir die GINA-Leitlinie jetzt nicht einschließen, nämlich weil es nach unseren Kriterien keine evidenzbasierte Leitlinie ist, weil nicht transparent dargestellt wird, wie systematisch recherchiert wird in der GINA-Leitlinie.

Ein anderes methodisches Problem nicht direkt bei der GINA-Leitlinie ist, dass keine Empfehlungsgrade vergeben werden, sondern nur Level of Evidence. Und diese Level of Evidence werden recht unterschiedlich vergeben. Also, wenn man dem Wording der GINA-Leitlinie folgt, ist es ja einmal, dass sie sagen, wir empfehlen was, also recommend, oder manchmal sind diese Level of Evidence auch nur bei Evidenzaussagen hinterlegt. Diese Evidenzaussagen stellen für uns keinen Handlungscharakter oder Empfehlungscharakter dar, sondern dann berücksichtigen wir diese Aussagen nicht, weil sie dann nur sagen, es gibt gute Evidenz dazu. Das ist ein Punkt.

Die GINA-Leitlinie haben wir natürlich schon betrachtet, weil wir wissen, dass sie sehr versorgungsrelevant auch für den deutschen Versorgungskontext ist. Und wie auch beschrieben in unserer Methodik hinten, haben wir uns die GINA-Leitlinie auch angeguckt. Und wenn es Empfehlungen, die nach unserer Definition auch Handlungscharakter haben, gibt, die widersprüchlich zu den anderen Empfehlungen sind, zu den eingeschlossenen Leitlinien im Bericht oder berücksichtigten Leitlinien, dann würden wir diese Empfehlung auch nur darstellen, aber ohne Wertung, sondern nur im Anhang des Berichtes. Aber dazu haben wir jetzt nichts gefunden. Jetzt weiß ich nicht, ich muss noch mal gucken mit dem Bronchiektasen, ich meine, da auch keine Empfehlung identifiziert zu haben, sondern dass diese Sachen auch eher in Tabellen dargestellt sind. Und wenn eben kein Level of Evidence hinterlegt ist, schauen wir uns die Sachen halt auch nicht an. Das ist gemäß unserer Methodik so. War das jetzt so weit verständlich?

Anke Kondla: Ja, ich verstehe die Klarheit Ihrer Bestrebung. Ich hege allerdings auch die Hoffnung, dass die gesammelte Kompetenz sowohl in der globalen, glaube ich, sehr hoch anerkannten GINA-Leitlinie wie auch in der S2k-Leitlinie unserer deutschen Pneumologen, da doch mal genauer in die Differenzialdiagnosen reinzuschauen, vielleicht doch noch dazu führen kann, dass dieses Thema „Differenzialdiagnostik“ aus unserer Sicht gerne mit einem Fokus in Richtung Bronchiektasen und auch ILD doch noch mal hervorgehoben wird. Es ist einfach zu wichtig, um es nicht zu tun, wenn ich das so sagen darf.

Moderatorin Michaela Eikermann: Gut. Ich glaube, wir haben jetzt ausführlich ausgeführt, was wir in unseren Bericht aufnehmen können und was nicht und was dann Gegenstand von GBA-Beratung noch ist. Insofern würde ich jetzt dann an Herrn Jani weitergeben, der sich noch gemeldet hat.

Dhimitraq Jani: Vielen Dank. Ich glaube, ich habe mein Problem mit dem Mikrofon gelöst.

Vielen Dank für die Vorstellung. Es geht in diesem Fall um ILD und restriktive Lungenerkrankungen. Das wird schon gelistet, aber in der aktuellen DMP-Systematik wird das meistens auf obstruktive Atemwegserkrankungen fokussiert. Wie Sie wissen, ist ILD trotz der vielen Ähnlichkeiten in der Symptomatik eine restriktive Lungenerkrankung. Erstens.

Und zweitens. Es wird auch empfohlen im Fall eines nicht komplizierten Asthmas, dass Patienten mit einem niedrigen DLCO und nicht kompliziertem Asthma nach ILD untersucht werden bzw. ILD in Betracht gezogen werden sollen. Das wollte ich kurz besprechen.

Moderatorin Michaela Eikermann: Okay. Vielen Dank. Wir kommen ja nicht so richtig aus der Situation heraus. Wir haben Ihnen dargelegt, was wir in den Bericht einbeziehen können und was Gegenstand unseres Berichtes und der GBA-Beratung ist. Ich glaube aber, was vielleicht noch mal wichtig zu erwähnen ist, ist, diese Stellungnahmen sind ja Teil des Berichtes, und das Wortprotokoll der Erörterung ist auch Teil des Berichtes. Das heißt, für die GBA-Beratung, wo ja das Thema „Komorbiditäten“ noch mal Thema werden kann, sind damit gewisse Hinweise gegeben. Und die AG hat damit natürlich die Möglichkeit, da weitere Literatur, weitere Quellen zu nutzen, wenn sie das denn möchte und wenn sie das für angemessen hält. In unseren Bericht werden wir das, sofern es sich um keine Empfehlung aus evidenzbasierten Leitlinien handelt, tatsächlich nicht einfließen lassen können. Aber dieser Punkt, und das ist mir wichtig, dass Sie das auch noch mal mitnehmen, ist jetzt, glaube ich, durch die Stellungnahmen und die Erörterung ausführlich adressiert, sodass damit auch eine Beratungsgrundlage für den GBA geschaffen ist. - Herr Lommatzsch.

Marek Lommatzsch: Ich wollte noch auf einen Aspekt eingehen. Wir hatten in unserer DGP-Stellungnahme darauf hingewiesen, dass die Differenzierung zwischen Asthma und COPD sehr alltagsrelevant ist und dass die jetzige Tabelle der NVL eben nicht mehr korrekt ist und veraltet ist und unbedingt korrigiert wird. Da Sie sich ja nur auf die NVL beziehen, beziehen Sie sich halt bei der Differenzierung zwischen Asthma und COPD auf eine nicht mehr korrekte Tabelle. Das war der Grund, dass wir die Tabelle aus der S2k-Leitlinie empfohlen hatten. Da Sie jetzt aber diese Leitlinie nicht akzeptieren, ist halt die Frage: Wie bekommt man diese korrekte Tabelle in das DMP? Wie sehen Sie die Chancen, dass wir da zu einer korrekten Differenzierung kommen?

Moderatorin Michaela Eikermann: Ich würde das ehrlich gesagt jetzt ganz gerne abbinden, weil ich glaube, es ist alles dazu gesagt. Also, wir haben einen Bericht, der einer bestimmten Methodik unterliegt. Ich habe eben auch ausgeführt, dass der Punkt durch die Stellungnahmen und das Protokoll letztlich Teil des Berichtes ist. Mehr ist an dieser Stelle nicht machbar.

Zu der NVL: Das ist ja eine Leitlinie, die noch gültig ist. Sonst wäre sie ja gar nicht Teil unseres Berichtes. Damit sind die Empfehlungen, solange sie nicht von der Gruppe selber als ungültig

erklärt werden, natürlich erst mal gültig, und wir können die nicht irgendwie einfach weglassen. Insofern sind wir in der Methodik so, wie wir sind. Das ist auch, glaube ich, ganz gut so, weil ansonsten wird es möglicherweise zu allen Leitlinien immer verschiedene Positionen geben. Aber wir sind hier in der Leitliniensynopse, und was sich anschließt, sind die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss, in der AG. Da ist natürlich noch mal eine Möglichkeit, auch da noch mal Stellung zu nehmen.

Gut. Ich hatte eben noch Hände gesehen. Ich meinte mit Abbinden tatsächlich eher dieses Thema: Können wir andere Dinge in unsere Leitliniensynopse aufnehmen als Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien? Wenn Sie darüber hinaus etwas haben, melden Sie sich gerne. Aber wir müssen einfach diese Schleife jetzt beenden. Wir können nichts außerhalb unserer Methodik in unseren Bericht schreiben und möchten das auch nicht. - Herr Worth.

Heinrich Worth: Ich möchte zu dem, was Marek Lommatzsch gesagt hat, noch anfügen, dass die Auswahl spezieller Asthmamedikamente beim schweren Asthma gerade auch von Komorbiditäten abhängt. Wenn diese Komorbiditäten nicht berücksichtigt werden können, weil sie nirgendwo erscheinen, dann ist natürlich die Auswahl auch problematisch. Auch das ist ein Argument, die Komorbiditäten stärker zu berücksichtigen über das hinaus, was Sie vielleicht in den von Ihnen akzeptierten und nach Ihren Richtlinien bewerteten Leitlinien machen. Es kann ja auch sein, dass Leitlinien wie GINA zum Beispiel bei der Literaturauswahl sogar sorgfältiger vorgehen und vorgegangen sind, als wir das bisher bei der NVL gemacht haben. Und ich sage das als jemand, der seit 2000 bei der Erstellung von den NVLs dabei ist. Insofern ist da durchaus Vorsicht geboten. Wenn man jetzt bei der Entscheidung von Medikamenten für Asthma nach Willen derjenigen, die die Medikamente vertreiben, die Komorbiditäten auch berücksichtigen muss, weil die Wirkung von den neuen Biologika auch damit zusammenhängt, dann ist es natürlich sehr wichtig, diese aufzuführen. Sonst werden die ja gar nicht berücksichtigt.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Ich möchte mich hier auch nicht falsch verstanden wissen. Natürlich ist uns klar, dass es wichtig ist, bei jeder Erkrankung auch über Komorbiditäten nachzudenken, gerade dann, wenn man über Behandlungskonzepte nachdenkt. Das ist gar nicht der Punkt. Der Punkt ist: Was können wir auf Basis der Quellen, die wir für unseren Bericht nutzen können, tatsächlich in unseren Bericht schreiben? Da sind wir, glaube ich, jetzt so ein bisschen im Kreis.

Herr Becker.

Jens Becker: Ich denke auch, wir drehen uns da im Kreis. Ich glaube, wir können sehr viel dokumentieren, sowohl in der Differenzialdiagnostik als auch in der Differenzialtherapie, was von großem Wert ist, wenn wir den Patienten behandeln. Aber die Frage ist natürlich: Was hat es hier im DMP zu suchen? Wir wollen quasi im Endeffekt sehen, dass wir nach heutigen

modernen Richtlinien eine Phänotypisierung in dem DMP unterbringen. Das wäre sehr hilfreich. Ich löse mich jetzt ein bisschen von dem, was empfohlen wird. Ich weiß, dass das Ihre Aufgabe ist. Ich habe das verstanden. Aber wir sollten gucken, dass das berücksichtigt wird, dass wir da entsprechend reinkommen.

Und wir müssen die Praktikabilität in den Praxen anschauen. Und die Praktikabilität ist nicht so groß. Wenn wir da nach Herrn Professor Worth dann überlegen, ob jemand eine chronische Rhinitis mit oder ohne Polyposis nasi hat, dann ist das für einen Hausarzt eben nicht so einfach lapidar auszufüllen und die Frage nach einer interstitiellen Pneumopathie auch nicht. Das heißt, damit schleppen wir Ballast mit, der im Einzelfall von hochgradiger Bedeutung ist. Und ich würde in der Therapie eines Patienten nie darauf verzichten, diese Werte zu berücksichtigen. Aber ich glaube nicht, dass es im DMP eine Rolle spielt.

Moderatorin Michaela Eikermann: Vielen Dank. - Herr Worth noch mal.

Heinrich Worth: Herr Becker, dazu ist zu sagen, dass für diese Fälle die Indikation auch zur Überweisung zum Facharzt gehört, der dann diese Aufgabe übernimmt. Das ist sicherlich nicht Aufgabe des Hausarztes. Aber die Bedeutung der Komorbiditäten auch gerade der oberen Atemwege ist aus vielerlei Sicht sehr wichtig und ist in nicht vom IQWiG akzeptierten Leitlinien aufgrund von deren Methodik - das muss man ja immer sagen - dann nicht akzeptiert, aber im Alltag außerordentlich wichtig, wie Sie ja auch wissen.

Moderatorin Michaela Eikermann: Gut, Herr Worth. Frau Schaefer hat es ja eben ausführlich dargestellt. Das ist keine arbiträre Methodik, die wir hier nutzen, sondern wir haben eine gesetzliche Rahmenbedingung, was in ein DMP einbezogen werden kann. Anhand dieser gesetzlichen Rahmenbedingungen ist eine Methodik entwickelt und natürlich auch abgestimmt.

Ich glaube, hier im Raum sind zu diesem … Doch, es gibt noch eine Nachfrage. Frau Ein Waldt.

Susanne Ein Waldt: Nachfrage nicht, eine Anmerkung. Wenn Sie mal gucken, in der DMP-A-Richtlinie steht ja, dass eine Überweisung zum Facharzt erfolgen soll, wenn Komorbiditäten bestehen. Da sind beispielhaft Komorbiditäten genannt. Ich denke, auch die DMP-A-Richtlinie kann nicht alle Komorbiditäten nennen. Wir verstehen das dann immer so, dass beispielhaft Komorbiditäten genannt sind, aber jeder Hausarzt dann selber noch entscheiden soll: Wann komme ich mit der Behandlung und Therapie weiter oder wann überweise ich jetzt guten Gewissens an den Facharzt weiter? Also, diese Möglichkeit ist ja in der DMP-A-Richtlinie vorgesehen, dass bei Komorbiditäten an einen Facharzt oder eine Fachärztin jederzeit überwiesen werden kann. Das wollte ich nur noch mal anmerken.

Moderatorin Michaela Eikermann: Gut. Ich gucke mich hier im Raum um. Gibt es noch offene Fragen zu dem Punkt? - Dann sind wir mit TOP 2 durch und gehen über zu

2.4.4 TOP 3: Verschiedenes

Gibt es noch etwas, was unter TOP „Verschiedenes“ angesprochen werden soll? - Herr Lommatzsch.

Marek Lommatzsch: Jetzt war nicht ganz klar - ich spreche ja hier für die DGP; wir hatten eine ausführliche Stellungnahme gemacht -, inwieweit wir jetzt hier die anderen Themen, die ja viel wichtiger sind, heute diskutieren oder ob Sie sagen, dass die wichtigsten Themen hier heute ausgeklammert werden. Das allerwichtigste Thema ist ja die Überarbeitung der Dokumentation im DGP, sowohl der Diagnostik, wo entscheidende Dinge fehlen, als auch in der Therapie, wo auch entscheidende Dinge fehlen. Das heißt, der eigentliche Elephant in the room ist die komplett veraltete Dokumentation sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie. Deswegen ist jetzt meine Frage an Sie: Ist das ein Thema, das hoffentlich klar ist und das wir dann mit dem GBA alleine besprechen, oder ist das ein Thema, das wir auch hier heute erörtern?

Moderatorin Michaela Eikermann: Heute erörtern wir die Themen, zu denen wir Fragen haben. Das ist das Ziel der Erörterung zu der Anhörung. Nichtsdestotrotz gehen die Stellungnahmen in Gänze in den Bericht ein. Das heißt, der Gemeinsame Bundesausschuss bekommt eine Dokumentation der Anhörung und damit auch die gesamten Stellungnahmen im Originalwortlaut und hat diese Dinge eben auch. Das, was Sie ansprechen, die Dokumentation, ist aber tatsächlich etwas, was auf der Ebene Beratung der DMP-Anforderungs-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss stattfindet und tatsächlich gar nicht Gegenstand unseres Berichtes ist. - Herr Bahmer.

Thomas Bahmer: Das wollte ich nur noch einmal betonen. Ich will jetzt nicht unsere Stellungnahme noch mal nachvertonen, aber noch mal unterstreichen, dass die Stellungnehmenden, die jetzt hier auch in der Anhörung mit dabei sind, alles Personen sind, die in der täglichen Versorgung arbeiten, und denen es natürlich ein großes Anliegen ist, dass sich auch die Versorgung für die Patientinnen und Patienten verbessert. Deswegen ist es uns ein großes Anliegen, dass es sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Ärztinnen und Ärzte, die in der Versorgung tätig sind, eben durch eine Aktualisierung zu einer Verbesserung in der Versorgung und damit auch zu einer geringeren Krankheitslast kommt. Deswegen, glaube ich, der Hinweis, dass wir unsere Stellungnahme gut verstanden wissen möchten. - Vielen Dank.

Moderatorin Michaela Eikermann: Auf jeden Fall. Das ist auch gut und richtig so, dass wir keine Selektion machen, sondern dass wirklich die gesamten Stellungnahmen Teil des Berichtes am Ende sind. - Herr Becker.

Jens Becker: Von mir noch eine Anmerkung. Die Einreichung war ja nicht nur von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, sondern auch von uns, vom Berufsverband der

Pneumologogen. Wir haben sehr darauf geachtet, dass das Ganze auch praktikabel ist, gerade was den Dokumentationsbogen angeht. Wir möchten noch sehr dringlich das IQWiG bitten, dass quasi diese modernen Richtlinien, die im Moment teilweise moderner sind als das, was evidenzbasierte Empfehlungen zeigen, zur Phänotypisierung und zur Asthmakontrolle zumindest am Rand genannt werden bei der Weitergabe an den GBA. Das wäre uns von Bedeutung, denn nur dann können wir die Situation der Patienten verbessern. - Danke schön.

Moderatorin Michaela Eikermann: Gut. Vielen Dank auch für das Statement. - Ich sehe keine weiteren Hände mehr. Das heißt, wenn keine Fragen mehr offen sind … Doch. Herr Worth.

Heinrich Worth: Ich möchte, da wir unter „Verschiedenes“ sind, sagen: Ein Punkt ist besonders wichtig und in den letzten Jahren leider nicht gelungen. Wir nehmen die Nationale VersorgungsLeitlinie als die einzig wahre Leitlinie für die Behandlung der jeweils dort abgehandelten Erkrankungen und damit auch für das, was wir im DMP letztlich beschreiben und empfehlen. Wenn wir aktuell sein wollen, dann müssten wir eigentlich einen zeitlichen Ablauf hinbekommen, und vielleicht können Sie dahingehend auch mitwirken, dass die Nationale VersorgungsLeitlinie aktualisiert wird und man dann, wenn die Aktualisierung da ist, mit der Aktualisierung des jeweiligen DMP arbeitet. Das hat bisher leider gar nicht geklappt und hat sicher auch dazu geführt, dass aktuellere, vielleicht methodisch nicht so gute Leitlinien ins Hintertreffen geraten sind und vielleicht auch eine aktuellere und vielleicht sogar bessere Therapie hier im Falle des Asthmas verhindert wird. Also, die Bitte ist Koordinierung.

Moderatorin Michaela Eikermann: Ja, da sind uns leider die Hände gebunden. Wir werden ja dann tätig, wenn wir einen Auftrag bekommen, und dieser Auftrag kommt vom Gemeinsamen Bundesausschuss. Allerdings ist der Gemeinsame Bundesausschuss auch nicht ganz frei, wann er uns beauftragen kann, denn es gibt bestimmte Aktualisierungszyklen, an die sich wiederum der Gemeinsame Bundesausschuss halten muss. In unserem Interesse wäre es natürlich auch, wenn wir eine Leitliniensynopse machen auf Basis der aktuellen Leitlinien, die zu dem Zeitpunkt wirklich mehr oder weniger druckfrisch sind. Das wäre für uns eine sehr, sehr große Freude, weil man dann auch das Gefühl hat, dann im Grunde etwas Langlebigeres zu haben. Wenn diese Möglichkeit da wäre, würden wir sie mit Freude annehmen, weil es auch in unserem Interesse wäre, aber es ist einfach durch die Rahmenbedingungen nicht ganz einfach. Da müssen wir halt eben auch sehen, dass es ja verschiedene DMPs gibt und dass alles ja auch in dieser Gesamtheit der DMP-Anforderungs-Richtlinien, die regelmäßig aktualisiert werden bzw. ja auch zum Teil noch neu entwickelt werden, eben einfach koordiniert werden muss. Aber der Punkt ist wichtig. Natürlich wäre es auch für uns wunderbar, wir hätten immer die ganz aktuellen Leitlinien, insbesondere die aus dem deutschen Versorgungskontext. Also, da haben wir im Grunde das gleiche Interesse. Wir können aber nicht viel steuern.

Heinrich Worth: Ja, das verstehe ich. Aber dennoch, wenn jeder es weitergibt, kann man ja diese nicht in Stein gegossenen Bedingungen auch mal ändern, diese Rahmenbedingungen.

Und darum würde ich bitten. Das gilt wahrscheinlich für alle, die DMPs machen. Die Verzögerungen sind problematisch.

Moderatorin Michaela Eikermann: Das ist auch schon durchaus von unserer Seite mal angesprochen worden, wann Zeitpunkte vielleicht ein bisschen idealer sind. Aber wir nehmen das gerne noch mal mit, und es ist ja jetzt auch noch mal über das Protokoll dokumentiert. Vielen Dank.

Gibt es weitere Wortmeldungen? - Ich sehe keine mehr. Ich gucke mich auch noch mal im Raum um. Auch hier keine weiteren Punkte, die sich noch entwickelt haben.

Dann bedanke ich mich herzlich für Ihre Teilnahme. Wir sind schon am Ende der Erörterung angekommen. Ich wünsche Ihnen einen schönen Tag. Bis irgendwann demnächst. Machen Sie es gut.

Anhang A Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

Seite

A.1 Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen ..... A 2

A.1.1 AstraZeneca GmbH ..... A 2

A.1.2 Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG ..... A 21

A.1.3 Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e. V. ..... A 32

A.1.4 Deutsche Atemwegsliga e. V. ..... A 38

A.1.5 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) und Bundesverband der Pneumologie, Allergologie und Beatmungsmedizin e. V. (BdP) ..... A 45

A.1.6 GlaxoSmithKline GmbH & Co KG (GSK) ..... A 59

A.1.7 Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. (GPP) ..... A 65

A.1.8 Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) ..... A 68

A.1 Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 AstraZeneca GmbH

Autorinnen und Autoren

- Dohrmann, Anna-Lena
- Schattling, Stefanie

Stellungnahme zum Vorbericht
Berichtnr: V25-10
Titel: Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale
Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum (Berichtsplan / Vorbericht)“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
Dr. med. Anna-Lena Dohrmann
Dr. Stefanie Schattling
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen) ☒ **im Namen folgender Institution / Organisation: AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg** ☐ **als Privatperson(en)**

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte vor der Tabelle ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der Tabelle.

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.

Bezüglich der Einordnung der diskrepanten Empfehlungen der NICE-Leitlinie 2024 ist zu erwähnen, dass die NICE-Leitlinie 2024 formal keine Einteilung in Therapiestufen vornimmt. Dennoch lassen sich die Empfehlungen den Therapiestufen gemäß der NationalenVersorgungsLeitlinie (NVL) Asthma 2024 zuordnen. Die NICE-Leitlinie 2024 verfolgt grundsätzlich das folgende Vorgehen: Bedarfstherapie mit der Fixkombination aus niedrigdosiertem ICS-Formoterol (Therapiestufe 1), Maintenance and Reliever Therapy (MART) mit der Fixkombination aus niedrigdosiertem ICS-Formoterol (Therapiestufe 2), MART mit mitteldosiertem ICS-Formoterol (Therapiestufe 3) und dann – je nach FeNO-Level und Bluteosinophilenkonzentration entweder einen 8- bis 12-wöchigen Therapieversuch mit zusätzlichem LAMA und/oder LTRA oder Überweisung zum Facharzt (Therapiestufe 4). Nach einem Versuch mit LAMA und LTRA sieht die NICE-Leitlinie eine Überweisung zum Facharzt vor (Therapiestufe 5).

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*

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 überschreitet oder FeNO-Wert ≥ 50ppb (NICE 2024)*“ Bei dieser Übersetzung und Zusammenfassung 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)*“ 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

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	2024 vorgeschlagenem Grenzwert für die Diagnose eines schweren Asthmas unterscheiden.
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) 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.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
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 beta$_2$ 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 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. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Im Kapitel 4.4.3 „*Differenzierte Therapieplanung (V.1.4)*“ ist die Empfehlung zur risikostratifizierten Therapie u.a. aufgrund des proaktiven Ansatzes als diskrepante Empfehlung zu werten und als solche darzustellen.

4.4.4.9.1 (S.72)	<u>Anmerkung</u> 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 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

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	niedrigen Dosen und nur über den notwendigen Zeitraum hinweg. (GINA 2026, S. 177, Box 9-3) Da die Evidenz zu Nebenwirkungen naturgemäß nicht regelhaft aus RCTs erbracht werden kann, sollte folgende aktuelle Studie berücksichtigt werden: Die Analyse von Dreher et al. – die aktuell als Preprint veröffentlicht ist - mit 3,7 Millionen Patient:innen zu negativen Auswirkungen oraler Glukokortikoide bei entzündlichen Erkrankungen zeigt auf, dass es keine „sicheren" Schwellenwert für den Einsatz oraler Glukokortikoide gibt. Besonders hervorzuheben ist, dass insbesondere bei Asthma und COPD bereits bei Dosen unter 2,5mg/ Tag das Risiko für Pneumonien ansteigt. (Dreher 2026) Dies verdeutlicht den Stellenwert, den die Vermeidung der Gefahren von Nebenwirkungen aufgrund einer Corticosteroid-Therapie haben sollte. 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.*

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	<u>Vorgeschlagene Änderung</u> Es sollte eine zusätzliche Tabelle mit diskrepanten Empfehlungen zur Therapiestufe 5 eingefügt werden.
4.4.4.9.1 (S. 78)	<u>Anmerkung</u> In Tabelle 61 werden „*Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt V1.5.9.1 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 1*“ dargestellt. Die Aussage der NICE-Leitlinie 2024 „*Anwendung der Fixkombination ICS + Formoterol als niedrig dosierte MART-Therapie, wenn das Asthma unter niedrigdosierter Bedarfstherapie mit der Fixkombination ICS + Formoterol weiter unkontrolliert ist*“ ist allerdings als nächster Schritt – und somit unseres Erachtens Therapiestufe 2 der Asthma-Therapie einzuordnen. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Die diskrepante Empfehlung sollte Tabelle 63 „*Therapiestufe 2*“ zugeordnet werden.

4.4.4.9.1 (S. 87)	<u>Anmerkung</u> In Tabelle 67 werden „*Diskrepanzen zum Versorgungsaspekt V1.5.9.1 medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie gemäß Stufenplan für Erwachsene „Therapiestufe 4*“ dargestellt. Die wesentliche Empfehlung der NICE-Leitlinie 2024 für Patient:innen, die der Therapiestufe 4 gemäß NVL 2024 entsprechend, wird hier allerdings nicht deutlich. Die NICE-Leitlinie verfolgt grundsätzlich die Stufen: Bedarfstherapie mit der Fixkombination aus niedrigdosiertem ICS-Formoterol (Therapiestufe 1), MART mit der Fixkombination aus niedrigdosiertem ICS-Formoterol (Therapiestufe 2), MART mit mittel dosiertem ICS-Formoterol (Therapiestufe 3) und dann – je nach FeNO-Level und Bluteosinophilen entweder einen 8- bis 12-wöchigen Therapieversuch mit zusätzlichem LAMA oder LTRA oder Überweisung zum Facharzt (Therapiestufe 4). Diese wesentlichen Empfehlungen der NICE-Leitlinie werden in Tabelle 67 jedoch nicht aufgeführt. 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*

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	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 gegenüber potenziellen Nutzen abgewogen werden müssen. (GINA 2026, S. 77) Die GINA empfiehlt daher lediglich einen Therapieversuch von 3 bis 6 Monaten mit einer hochdosierten 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, das 17 randomisiert-kontrollierte Studien mit Patient:innen mit unkontrolliertem Asthma auswertet, 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. In dieser Metaanalyse zeigt sich, dass eine hochdosierte ICS/LABA Therapie bei ausgewählten Patient:innen mit einem hohen Exazerbationsrisiko das Risiko für schwere Exazerbationen senken kann, jedoch keinen Effekt auf weitere klinische Endpunkte wie Lungenfunktion, Asthmakontrolle

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	oder Krankenhauseinweisungen hat. (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 Versorgungskoordination 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).

4.4.4.9.1	<u>Anmerkung</u> 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. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Die aufgeführten diskrepanten Empfehlungen sollten in Tabelle 95 berücksichtigt werden.
5.2 Diskussionspunkte S. 144 ff	<u>Anmerkung</u> In dem Kapitel 5.2 wird unter „Medikamentöse Therapie: Monoklonale Antikörper“ gesagt, dass die Leitliniengruppe (der NVL) betont, *„dass*

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	Asthmaexazerbationen im Vorjahr zur Definition des schweren Asthmas gehören und somit eine wichtige Voraussetzung (klinischer Phänotyp) für die Therapieeskalation mit monoklonalen Antikörpern sind." Hier sollte zusätzlich jedoch berücksichtigt werden, dass Exazerbationen nicht zwingend Voraussetzung für die Diagnose eines schweren Asthmas sind. Die Definition eines schweren Asthmas bei Erwachsenen lautet gemäß NVL Asthma 2024 (S. 13): „Bei Erwachsenen ist ein schweres Asthma eine Untergruppe des schwer zu behandelnden Asthmas. Es liegt vor, wenn bei optimaler Adhärenz und Management relevanter aggravierender Faktoren unter Therapie mit inhalativen Corticosteroiden (ICS) in Hochdosis und mindestens einem zusätzlichen Langzeitmedikament (Lang wirkendes Beta-2- Sympathomimetikum) über 3 - 6 Monate/Jahr **mindestens einer** der folgenden Punkte zutrifft bzw. bei Reduktion der Therapie zutreffen würde: - Atemwegsobstruktion: FEV1 < 80% des Sollwertes (FEV1/FVC < LLN); - häufige Exazerbationen: ≥ 2 corticoidsteroidpflichtige Exazerbationen in den letzten 12 Monaten; - schwere Exazerbationen: ≥ 1 Exazerbation mit stationärer Behandlung oder Beatmung in den letzten 12 Monaten; - teilweise kontrolliertes oder unkontrolliertes Asthma (siehe Abbildung 2 *in der NVL*)." 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. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Die Definition des schweren Asthmas gemäß NVL Asthma 2024 sollte berücksichtigt werden und 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.

A4 S. 161f	<u>Anmerkung</u> In „A 4 – Kommentare“ wird unter A 4.1 „*Ausgeschlossene Leitlinie GINA 2025, die aber im Versorgungsalltag herangezogen wird*“ die Leitlinie GINA update 2025 auf widersprüchliche Empfehlungen geprüft. Da mittlerweile der GINA-Bericht 2026 erschienen ist, sollte dieser herangezogen werden und auf diskrepante Änderungen geprüft werden. Es verwundert allerdings, dass im Abgleich mit den Empfehlungen des GINA-Berichts 2025 keine diskrepanten Empfehlungen mit hohem Evidenzgrad identifiziert werden. Ein den Kriterien der Methodik des IQWiG als hoch bewerteter Level of Evidence bedarf mindestens eines RCT, was dem Evidenzlevel A der GINA entspricht. Unter anderem folgende Empfehlungen des GINA-Berichts 2026 für Personen ab dem sechsten Lebensjahr, die diskrepant zu den Empfehlungen der aktuellen DMP-A-RL sind, sind mit Evidenzlevel A gekennzeichnet: - In Therapiestufe 1 und 2 wird die bevorzugte Therapie mit niedrig dosiertem ICS-Formoterol bei Bedarf mit Evidenz der Stufe A hinterlegt. (GINA 2026, S.85) - In Therapiestufe 3 wird die bevorzugte Therapie mit niedrig dosiertem ICS-Formoterol als MART mit Evidenz der Stufe A hinterlegt. (GINA 2026, S. 88) - In Therapiestufe 4 wird die bevorzugte Therapie mit mittel dosiertem ICS-Formoterol als MART mit Evidenz der Stufe A hinterlegt. (GINA 2026, S.89) Hier wird insbesondere auch darauf hingewiesen, dass dies einen Vorteil gegenüber einer höher dosierten ICS- oder ICS-LABA-Therapie bietet. - Die Negativempfehlung zum ausschließlichen SABA-Gebrauch wird mit Evidenz der Stufe A hinterlegt. (GINA 2026, S. 93) - In Therapiestufe 5 wird mit Evidenz der Stufe A hinterlegt, dass eine Erhöhung der ICS-Dosis auf eine hohe ICS Dosis nur einen geringfügigen zusätzlichen Nutzen für die meisten Patient:innen bietet. (GINA, S. 98) Allerdings steigt das Risiko für Nebenwirkungen. Daher empfiehlt die GINA eine hohe ICS-Dosis nur als Therapieversuch für drei bis sechs Monate, wenn unter mittel dosiertem MART(ICS-Formoterol) oder mitteldosiertem ICS + LABA und/oder einer weitere Dauermedikation keine Asthmakontrolle erreicht werden kann.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	Insbesondere vor dem Hintergrund der im Vorbericht geführten Diskussion zur Therapie in frühen Therapiestufen und dem Stellenwert von MART sollten diese Empfehlungen und die dahinterliegende Evidenz des GINA-Berichts berücksichtigt werden. Zudem sollte bedacht werden, dass die Evidenz zu Nebenwirkungen naturgemäß nicht regelhaft aus RCTs erbracht werden kann und daher hier andere Studien ebenfalls Berücksichtigung finden müssen. Die Risiken einer hochdosierten ICS-Therapie sind mittlerweile gut bekannt und sollten daher berücksichtigt werden, siehe dazu auch die Anmerkungen zu Kapitel 4.4.4.9.1. Vorgeschlagene Änderung Der GINA-Bericht 2026 sollte auf diskrepante Empfehlungen, die mit Evidenz der Stude A hinterlegt sind, überprüft werden.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Informationen zur Verfügbarkeit von salbutamolhaltigen Arzneimitteln in pulmonaler Darreichungsform und Empfehlung zur Abmilderung möglicher Engpässe [online]. 2026 [Zugriff: 26.06.2026]. URL: BfArM - Lieferengpässe - Informationen zur Verfügbarkeit von salbutamolhaltigen Arzneimitteln in pulmonaler Darreichungsform und Empfehlung zur Abmilderung möglicher Engpässe

Dreher, M. et al.: Preprints with the Lancet 2026; Adverse Outcomes Associated with Systemic Glucocorticoids: Dose–Time Effects in Real-World Inflammatory Disease Cohorts covering 3.7 million patients. Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=6201892 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.6201892

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: 25.06.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4088/DMP-A-RL_2025-11-20_iK-2026-04-01.pdf.

Global Initiative for Asthma (GINA). 2026 GINA Strategy Report; Global strategy for asthma management and prevention [online]. 2026 [Zugriff: 26.06.2026]. URL: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2026/05/GINA-2026-Strategy-Report-WMS.pdf.

Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale; Berichtsplan V25-10; Version 1.0 [online]. 2026 [Zugriff: 25.06.2026]. URL: V25-10 - DMP Asthma bronchiale - Berichtsplan - Version 1.0

Janson C. et al.: Adv Ther. 2020; 37: 1124-1135

Kankaanrante, H. et al.: J. Allergy Clin. Immunol. Pract. 2024; 12: 135-145

Lommatzsch M. et al.: Pneumologie 2026; 80: 341–349

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Asthma; diagnosis, monitoring and chronic asthma management (BTS, NICE, SIGN) [online]. 2024 [Zugriff: 26.06.2026]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng245/resources/asthma-diagnosis-monitoring-and-chronic-asthma-management-bts-nice-sign-pdf-66143958279109.

Noble, J. H. et al.: Chest 2025; 168: 1304-1316

NVL-Programm. S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma [online]. 2024 [Zugriff: 26.06.2026]. URL: Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma – Langfassung, Version 5.0.

Oba Y. et a.: Effectiveness and tolerability of dual and triple combination inhaler therapies compared with each other and varying doses of inhaled corticosteroids in adolescents and adults with asthma: a systematic review and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 12. Art. No.: CD013799. DOI: 10.1002/14651858.CD013799.pub2.

Von Bülow A. et al.: J. Allergy Clin. Immunol. Pract. 2025; 13: 1609-1619

A.1.2 Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

Autorinnen und Autoren

- Frank, Anna Sophie
- Jani, Dhimitraq
- Kondla, Anke
- Raming, Burkhard
- Rieke-Hollstein, Thomas

Stellungnahme zum Vorbericht
Berichtnr: V25-10
Titel: Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale
Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum (Berichtsplan / Vorbericht)“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
Dr. Burkhard Raming, Senior Medical Manager
Dr. Anke Kondla, Senior Medical Manager
Anna Sophie Frank, Senior Manager Healthcare Affairs
Dhimitraq Jani, Teamlead Medical Affairs TA ILD
Thomas Rieke-Hollstein, Head of Healthcare Affairs & Regional Management
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen) ☒ **im Namen folgender Institution / Organisation:** **Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG** ☐ **als Privatperson(en)**

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte vor der Tabelle ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der Tabelle.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
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 differentialdiagnostisch und klinisch relevante pulmonale Begleiterkrankungen bzw. Komorbiditäten ergänzt und zur umfassenden Erfassung der patientenindividuellen Krankheitssituation konkretisiert werden. Hierzu zählen insbesondere Bronchiektasen. So zeigen eine

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	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]. Somit erscheint es sachgerecht, die im Rahmen der Anamnese und körperlichen Untersuchung zu berücksichtigenden Komorbiditäten um Erkrankungen der oberen Atemwege, Bronchiektasen sowie dysfunktionale Atmung zu ergänzen. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> 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.

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)	<u>Anmerkung</u> 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“ 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. Diese dient sowohl der Überprüfung der Diagnose (insbesondere beim Vorliegen einer unzureichenden Asthmakontrolle), dem Ausschluss von Fehldiagnosen, der Abgrenzung anderer obstruktiver Lungen- und Atemwegserkrankungen als auch der Therapiekontrolle (vgl. Abschnitt 2.4 „objektive Messungen zur Sicherung der Diagnose“). Darüber hinaus benennt Tabelle 3 der NVL Asthma mehrere Erkrankungen, die bei Verdacht auf Asthma bronchiale differentialdiagnostisch berücksichtigt werden sollen [2]. 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]. Diese respiratorischen Erkrankungsgruppen können mit asthmatypischen Symptomen wie chronischem Husten, Dyspnoe und Veränderungen der Lungenfunktion einhergehen und dadurch die Diagnosestellung und -abgrenzung erschweren [4]. Gleichzeitig unterscheiden sie sich hinsichtlich Pathophysiologie, Krankheitsverlauf, Prognose und therapeutischem Management wesentlich vom Asthma bronchiale. Ihrer frühzeitigen Identifikation kommt daher besondere Bedeutung zu.

	Besonders interstitielle Lungenerkrankungen (ILD) bzw. Lungenfibrosen stellen eine klinisch relevante Differentialdiagnose des Asthmas bronchiale dar. Dies unterstreicht beispielsweise auch die internationale Leitlinienempfehlung zur idiopathischen Lungenfibrose (IPF), die eine starke Empfehlung gegen die Kombinationstherapie aus N-Acetylcystein, Azathioprin und Prednison mit oralen Kortikosteroiden bei Patientinnen und Patienten mit IPF ausspricht [5]. Dies verdeutlicht, dass die zuverlässige Abgrenzung interstitieller Lungenerkrankungen von anderen pulmonalen Erkrankungen eine wesentliche Voraussetzung für ein leitliniengerechtes Therapiemanagement darstellt. Darüber hinaus weisen aktuelle Daten darauf hin, dass frühe Formen interstitieller Veränderungen der Lunge (Interstitial Lung Abnormalities (ILAs)) bei etwa 7 % der Patientinnen und Patienten in Kohorten mit Computertomographie-(CT-)Untersuchungen vorkommen und mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer klinisch manifesten ILD assoziiert sein können [6]. Vor diesem Hintergrund erscheint die derzeitige Beschränkung auf die differentialdiagnostische Abgrenzung zu „anderen obstruktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten“ nicht ausreichend. 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 alveolokapillären 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].

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	<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)*“) 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 differentialdiagnostischen Abklärung eingesetzt werden. Diese können insbesondere bei Verdacht auf relevante Differentialdiagnosen oder Begleiterkrankungen zur Erhöhung der diagnostischen Sicherheit beitragen“.*
Tabelle 9: „Darstellung der Diskrepanzen zu V1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik: Erwachsene „Spirometrie“ (Seite 15)	Im Abschnitt 1.2.2 „Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik“ verlangt die DMP-A-RL Asthma bronchiale im Rahmen der Basisdiagnostik die Messung einer Atemwegsobstruktion zusammen mit ihrer Reversibilität und Variabilität [1]. Die NVL Asthma empfiehlt in Abschnitt 2.4 „objektive Messungen zur Sicherung der Diagnose“ mit hohem Empfehlungsgrad die Diagnosestellung anhand eines strukturierten diagnostischen Algorithmus. Wesentlicher Bestandteil dieses Vorgehens ist die objektive Sicherung der Diagnose durch eine Lungenfunktionsprüfung, typischerweise mittels Spirometrie, um das Vorliegen einer variablen Atemwegsobstruktion nachzuweisen [2]. Vor diesem Hintergrund kommt der Spirometrie eine zentrale Bedeutung für die leitliniengerechte Diagnosestellung und die Abgrenzung

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	gegenüber anderen Ursachen respiratorischer Symptome zu. In der Versorgungspraxis ist jedoch davon auszugehen, dass dieser Nachweis nicht bei allen im DMP eingeschlossenen Patientinnen und Patienten tatsächlich vorliegt. So zeigt sich bei Asthma bronchiale im deutschen hausärztlichen Versorgungskontext eine niedrige dokumentierte Nutzung der Spirometrie: In einer retrospektiven Analyse deutscher Allgemeinarztpraxen erhielten lediglich 7,0 % der Patientinnen und Patienten mit Asthma ohne COPD innerhalb eines Jahres eine Spirometrie, obwohl die objektive Lungenfunktions-diagnostik ein zentraler Bestandteil der Asthmadiagnostik ist [9]. Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht, die bestehende Basisdiagnostik bei Bedarf durch ergänzende objektive Lungenfunktionsverfahren zu erweitern. Die Bestimmung der Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid (DLCO) kann die Spirometrie hierbei sinnvoll ergänzen, da sie über die Erfassung einer Atemwegsobstruktion hinaus eine Beurteilung des pulmonalen Gasaustauschs ermöglicht. Dadurch kann sie insbesondere zusätzliche Hinweise auf relevante Differentialdiagnosen wie interstitielle Lungen-erkrankungen liefern und zur diagnostischen Absicherung beitragen. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Aufnahme und Ergänzung in Abschnitt 1.2.2 „Lungenfunktions-analytische Stufendiagnostik“ oder Integration eines neuen Abschnitts „Weitere objektive Untersuchungsverfahren“ in der DMP-A-RL Asthma bronchiale: – „Die Basisdiagnostik umfasst die Messung der Atemwegsobstruktion; *bei entsprechender klinischer Indikation können ergänzend zur Spirometrie weitere objektive Untersuchungsverfahren (z. B. die Bestim-mung der DLCO) zur diagnostischen Absicherung oder differentialdiagnostischer Abklärung herangezogen werden.“*

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]. In einer großen europäischen Bronchiektasen-Registeranalyse war die Koexistenz von Asthma und Bronchiektasen ebenfalls mit einem erhöhten Exazerbationsrisiko verbunden [10]. Da respiratorische Komorbiditäten und strukturelle Lungenerkrankungen den Eindruck einer unzureichenden Asthmakontrolle verstärken, Exazerbationen begünstigen und therapeutische Entscheidungen beeinflussen können, wird insbesondere bei schwierig behandelbarem oder schwerem Asthma eine systematische und wiederholte Evaluation von Komorbiditäten empfohlen. Aktuelle Übersichtsarbeiten betonen, dass unbehandelte Komorbiditäten die Beurteilung der Asthmakontrolle verfälschen und zu unnötiger Therapieeskalation führen können; ihre strukturierte Identifikation und Behandlung sind daher ein zentraler Bestandteil des Managements von schwerem bzw. schwierig behandelbarem Asthma [4, 11]. Die Notwendigkeit einer frühzeitigen und proaktiven Diagnostik ist auch deshalb relevant, weil strukturelle Lungenschäden im Verlauf entstehen oder klinisch apparent werden können. Ein klinisch wichtiges Beispiel ist die allergische bronchopulmonale Aspergillose (ABPA) bei Asthma, bei der eine verzögerte Diagnose zu Bronchiektasen und fibrotischen Veränderungen beitragen kann [12]. 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. So ergab eine Untersuchung zu Todesursachen bei hospitalisierten Asthma-Patientinnen und -Patienten, dass

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	kardiovaskuläre Erkrankungen, Malignome und Infektionen die häufigsten Todesursachen ausmachten [13]. In einer weiteren Kohorte von Patientinnen und Patienten mit Asthma bzw. Asthma-COPD-Overlap war Malignität die häufigste Todesursache, während nur ein Todesfall direkt durch einen Asthmaanfall verursacht wurde [14]. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Asthma nicht isoliert, sondern im Kontext relevanter Begleit- und Differentialdiagnosen zu beurteilen. Vorgeschlagene Änderung Ergänzung in Abschnitt „1.3 Therapieziele“ der DMP-A-RL Asthma bronchiale: – „*Früherkennung* und adäquate Behandlung der Komorbiditäten“ Sowie entsprechende Ergänzungen zur regelmäßigen Diagnostik bzw. Kontrolle von Komorbiditäten und Begleiterkrankungen z. B. in Abschnitt „1.4.2 Ärztliche Kontrolluntersuchungen“ der DMP-A-RL und in damit verbundenen möglichen Qualitätszielen.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

1. 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). 2025. Aufgerufen am 07.07.2026 unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4088/DMP-A-RL_2025-11-20_iK-2026-04-01.pdf

2. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma. Version 5.0; Langfassung. 2024. [Zugriff am 07.07.2026]. https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-002l_S3_Asthma_2024-08.pdf

3. Zhang SQ, et al. Clinical features of asthma with comorbid bronchiectasis: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(4):e23858. doi:10.1097/MD.0000000000023858.

4. Ledford DK, et al. Asthma and respiratory comorbidities. *J Allergy Clin Immunol*. 2025;155(2):316–326. doi: 10.1016/j.jaci.2024.11.006.

5. Raghu G, et al. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline: Treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;192(2):e3-e19. doi:10.1164/rccm.201506-1063ST.

6. Grant-Orser A, et al. Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Adult Interstitial Lung Abnormalities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2023;208(6):695–708. doi:10.1164/rccm.202302-0271OC.

7. Pugashetti JV, et al. Derivation and Validation of a Diagnostic Prediction Tool for Interstitial Lung Disease. *Chest*. 2020;158(2):620–629. doi:10.1016/j.chest.2020.02.044.

8. Guan WJ, et al. Characterization of Lung Function Impairment in Adults with Bronchiectasis. *PLOS ONE*. 2014;9(11):e113373. doi:10.1371/journal.pone.0113373.

9. Härtel A, et al. Prevalence of Spirometry Testing among Patients with Asthma and COPD in German General Practices. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(12):2570. doi:10.3390/healthcare10122570.

10. Polverino E, et al.; EMBARC registry investigators. Bronchiectasis and asthma: Data from the European Bronchiectasis Registry (EMBARC). *J Allergy Clin Immunol*. 2024;153(6):1553–1562. doi:10.1016/j.jaci.2024.01.027.

11. Khan J, et al. Management of comorbidities in difficult and severe asthma. *Breathe*. 2023;19(3):230133. doi:10.1183/20734735.0133-2023.

12. Agarwal R, et al. Allergic bronchopulmonary aspergillosis. *Indian J Med Res*. 2020;151(6):529–549. doi:10.4103/ijmr.IJMR_1187_19.

13. Soto-Campos JG, et al. Causes of death in asthma, COPD and non-respiratory hospitalized patients: a multicentric study. *BMC Pulm Med*. 2013;13:73. doi:10.1186/1471-2466-13-73.

14. Harada T, et al. Causes of death in patients with asthma and asthma–chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;10:595–602. doi:10.2147/COPD.S77491.

A.1.3 Deutscher Allergie- und Asthmabund (DAAB) e. V.

Autorinnen und Autoren

- Bernhardt-Alsdorf, Elke

Stellungnahme zum Vorbericht
Berichtnr: V25-10
Titel: Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale
Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum (Berichtsplan / Vorbericht)“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
Bernhardt-Alsdorf, Elke
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen) ☒ **im Namen folgender Institution / Organisation:** Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB) ☐ **als Privatperson(en)**

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte vor der Tabelle ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der Tabelle.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
z. B. 3.4 (S. 16)	<u>Anmerkung</u> 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. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> 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). Die Patientenphänotypisierung besteht aus: ▪ Klinischen Merkmalen 1. Symptombeginn (Erstmanifestationsalter) 2. Symptome 3. Exazerbationen 4. Komorbiditäten ▪ Biomarker 1. Bluteosinophile 2. Fraktion des exhalierten Stickstoffmonoxids (FeNO) 3. Aeroallergen-Sensibilierung

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	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 stellt für die Mehrheit der Patient:innen mit Asthma eine entsprechende Allergiediagnostik einen entscheidenden Schritt bei der erfolgreichen Asthmatherapie dar. Die allergologische Stufendiagnostik ermöglicht mit der exakten Allergenbestimmung eine zielgerichtete Behandlung mit der Allergie-Immuntherapie (AIT), der (neben einer möglichen Allergenkarenz) einzigen kausalen Therapieoption für allergisches Asthma. Dieses Vorgehen trägt nicht nur zum Ziel der Symptomkontrolle und Krankheitsremission bei, sondern entspricht der NVL Asthma [1], der nationalen fachärztlichen Leitlinie [2] sowie internationalen Empfehlungen [4,5]. Somit hilft die AIT im Sinne der Solidargemeinschaft, direkte und indirekte asthmaassoziierte Kosten zu vermeiden. 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. Vorgeschlagene Änderung „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.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

1. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Asthma – Langfassung, 3. Auflage. Berlin: Bundesärztekammer; 2024. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-002.
2. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP). S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma. März 2023 [Zugriff am 14.08.2025]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-009.
3. Agache I, Lau S, Akdis CA, Smolinska S, Bonini M, Cavkaytar O, et al. EAACI guidelines on allergen immunotherapy: House dust mite-driven allergic asthma. Allergy. 2019; 74(5): 855–73. doi:10.1111/all.13749.
4. Polverino E, Goeminne PC, McDonnell MJ, Aliberti S, Marshall SE, Loebinger MR, et al. European Respiratory Society guidelines for the management of adult bronchiectasis. European Respiratory Journal. 2017; 50(3), 1700629. doi:10.1183/13993003.00629-2017.
5. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. Juli 2023 [Zugriff am 14.08.2025]. Verfügbar unter: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23_07_06-WMS.pdf.

A.1.4 Deutsche Atemwegsliga e. V.

Autorinnen und Autoren

- Criée, Carl Peter
- Worth, Heinrich

Stellungnahme zum Berichtsplan
Berichtnr: V25-10
Titel: Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum (Berichtsplan / Vorbericht)“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
Worth, Heinrich; Prof. Dr. med.
Criée, Carl Peter; Prof. Dr. med.
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen) ☒ **im Namen folgender Institution / Organisation:** **Deutsche Atemwegsliga e.V.** ☐ **als Privatperson(en)**

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte vor der Tabelle ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der Tabelle.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
Allgemein	Anmerkung 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 Asthmamanagement (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

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
4.4.1.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik *Tab.11 (S.17),* *Tab. 12 (S. 18) und* *Einschreibekriterien*	<u>Anmerkung</u> Das Kriterium des Nachweises der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 12% gegenüber dem Ausgangswert und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums sollte durch das Kriterium Zunahme der FEV_1 um mindestens 10% des Sollwertes ersetzt werden, da letzteres von Alter, Geschlecht, Größe und Ausgangswert unabhängig ist und eine geringere Streuung der Messwerte zeigt (4,5). Das Ausmaß der Bronchodilatator-Response bei Patienten mit Atemwegsobstruktion kann nicht zwischen Asthma bronchiale oder COPD unterscheiden (6) mit Ausnahme des Falles einer kompletten Normalisierung der Obstruktion. Letzteres spricht für die Diagnose Asthma. *Tab.11 (S.17): Empfehlung der Messung von FeNO und der Eosinophilenzahl* Die In Tab. 11 enthaltene Empfehlung nach (7), bei unzureichender Sicherheit über die Diagnose Asthma bronchiale nach Anamnese, klinischer Untersuchung und Lungenfunktionsprüfung FeNO zu messen und die Eosinophilen, sollte berücksichtigt werden. Indikationsfelder für die FeNO- Messung sind die Sicherung der Diagnose Asthma bronchiale, die Steuerung der inhalativen Therapie, die Prüfung der Adhärenz und die Evaluation einer Biologika- Therapie (8). <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Das Kriterium des Nachweises der (Teil-) Reversibilität durch Zunahme der FEV_1 um mindestens 12% gegenüber dem Ausgangswert und mindestens 200 ml nach Inhalation eines kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums durch das Kriterium Zunahme der FEV_1 um mindestens 10% des Sollwertes ersetzen

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
4.4.3.3 Selbstmanagement *Tab. 34, S.45*	Die Darstellung, dass physiotherapeutische Maßnahmen und Lungensport Selbsthilfetechniken bei Atemnot nach der NVL Asthma (1) vermitteln, ist irreführend. Die Selbsthilfetechniken werden zum einen über die physiotherapeutische Atemtherapie und zum anderen auch in einer strukturierten Patientenschulung vermittelt. Sie können von Patienten beim Lungensport im Falle von Atemnot angewandt werden. Primäres Ziel von Lungensport ist jedoch nicht die Vermittlung von Selbsthilfetechniken. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Selbsthilfetechniken werden über die physiotherapeutische Atemtherapie und/oder in einer strukturierten Patientenschulung vermittelt.
4.4.3.3 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme *Tab. 42, S.54* *Tab. 44, S.56*	Die Empfehlung der NVL-Asthma (1), Nachschulungen bei Bedarf anzubieten, sollten bei der Aktualisierung des DMP-Asthma berücksichtigt werden. Nicht jeder Patient mit Asthma kann einen individuellen Aktions- und Behandlungsplan wirklich nutzen. Er muss in der Anwendung des Plans geschult werden. Dies ist ein wichtiger Punkt des Selbstmanagements. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Nachschulungen werden bei Bedarf angeboten.
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.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	Hierauf sollte, ähnlich wie bei den Komorbiditäten im DMP-COPD, eingegangen werden. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> allergische Rhinitis, chronische Rhinosinusitis, atopische Dermatitis, COPD, Nahrungsmittelallergien, obstruktives Schlafapnoesyndrom und psychische Komorbiditäten nennen
4.4.4.9.1 Medikamentöse Bedarfs- und Dauertherapie *Tab. 59, S.73*	Die in aktuellen Leitlinien empfohlene Bedarfstherapie (2,7) besteht bei leichtem Asthma im Einsatz der Kombination aus einem inhalativen Kortikosteroid (ICS) und einem kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) bzw. Formoterol/ICS. Problematisch ist, dass die Kombination Formoterol/ICS in Deutschland für diesen Einsatz nicht zugelassen ist und die Kombination SABA/ICS nicht erhältlich ist. <u>Vorgeschlagene Änderung</u> Es ist zu klären, ob die nach Datenlage besseren Optionen in eine DMP-A- Richtlinie aufgenommen werden können.
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.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	Vorgeschlagene Änderung Abbildung analog Abb. 7 der S2k-Leitlinie (3) einfügen: Inzwischen zugelassenen Biologika ergänzen.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

Literatur

1. NVL-Programm. S3-Nationale Versorgungsleitlinie Asthma [online].2024. URL: Nationale Versorgungsleitlinie Asthma-Langfassung, Version 5.0.
2. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated May 2026. www.ginasthma.org
3. Lommatzsch M et al. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma 2023. AWMF-Registernr.: 020-009
4. Criée CP et al. Aktuelle Empfehlungen zur Lungenfunktionsdiagnostik. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Deutsche Atemwegsliga, Deutsche Lungenstiftung und Deutsche Gesellschaft für Arbeitmedizin und Umweltmedizin. Atemwegs- und Lungenkrankheiten 2024. S. 57-59
5. Stanojevic S et al. ERS/ATS technical standard on interpretive strategies for routine lung function tests. Eur Respir J 2022; 60: 2101499
6. Beasley R et al. Prevalence, diagnostic utility and associated characteristics of bronchdilator responsiveness. Am J Respir Crit Care Med. 2024; 209:390-401
7. 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
8. Lommatzsch M 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; 80:341-349

A.1.5 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) und Bundesverband der Pneumologie, Allergologie und Beatmungsmedizin e. V. (BdP)

Autorinnen und Autoren

- Bahmer, Thomas
- Becker, Jens
- Bendig, Stefanie
- Lommatzsch, Marek
- Milger-Kneidinger, Katrin
- Suhling, Hendrik

Stellungnahme zum Vorbericht
Berichtnr: V25-10
Titel: Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale
Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum (Berichtsplan / Vorbericht)“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
Prof. Dr. Thomas Bahmer
Prof. Dr. Marek Lommatzsch
Prof. Dr. Katrin Milger-Kneidinger
Prof. Dr. Hendrik Suhling
Dr. Stefanie Bendig
Dr. Jens Becker
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen) ☒ **im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und Bundesverband der Pneumologie, Allergologie und Beatmungsmedizin (BdP)** ☐ **als Privatperson(en)**

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte vor der Tabelle ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der Tabelle.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
Generell	Anmerkung Die S2k-Leitlinie Asthma 2023 (AWMF-Register-Nummer: 020-009) wurde nicht berücksichtigt. Vorgeschlagene Änderung Die S2k-Leitlinie Asthma 2023 ist ein grundlegendes Dokument und muss inhaltlich Berücksichtigung finden, da viele spezifische Aspekte des Asthma-Managements, die in der NVL Asthma 2024 nicht erwähnt werden, hier dargelegt sind. Zudem sind einzelne Aspekte (z.B. Tabelle zur Differenzierung Asthma/COPD, siehe unten) in der NVL Asthma 2024 nicht korrekt, und nur in der S2k-LL Asthma 2023 ausreichend präzise dargestellt.
Dokumentation (Anlage 10)	Anmerkung Die bisherige DMP-Dokumentation enthält einerseits Fragen, die veraltet und verzichtbar sind, andererseits fehlen essentielle Fragen zur modernen Diagnostik und Therapie von Asthma. Vorgeschlagene Änderung Der Dokumentationsbogen muss korrigiert werden, siehe Anlage (Streichungen: BLAU, Neuerungen: ROT). Durch Streichung verzichtbarer Informationen stellt der neue Bogen keinen Dokumentations-Mehraufwand dar, enthält nun aber essentielle Informationen zur Asthma-Phänotypisierung und nennt erstmals alle aktuellen Therapie-Optionen.
Anlage 9, Tabelle 1	Anmerkung Die Tabelle zur Differenzierung von Asthma und COPD enthält gravierende Fehler (z.B. Erkrankungsbeginn bei Asthma: dieses kann in jedem Lebensalter auftreten). Vorgeschlagene Änderung Die Tabelle 1 muss korrigiert werden, siehe Anlage (entsprechend Tabelle 4 der S2k-Leitlinie Asthma).

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
Anlage 9, Punkt 1.2.3	Anmerkung Gemäß NVL Asthma 2024 soll die allergologische Stufendiagnostik bei allen Patienten mit der Diagnose Asthma erfolgen. Vorgeschlagene Änderung „Allergologische Stufendiagnostik: Nach Sicherung der Diagnose Asthma bronchiale soll eine allergologische Stufendiagnostik durchgeführt werden“. (s. auch Anlage 9 Tabelle 4 bzw. 5)
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)
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.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
Anlage 9, Punkt 2 (Qualitäts-sichernde Maßnahmen)	Anmerkung Gemäß NVL Asthma 2024 und NICE sollen die Biomarker „FeNO“ und „Bluteosinophile“ in der Diagnostik und im Management von Asthma eingesetzt werden. Vorgeschlagene Änderung Unter den Qualitäts-Zielen muss unter Punkt 10 zusätzlich vermerkt werden: „Hoher Anteil mit dokumentierter Bluteosinophilenzahl und dokumentiertem FeNO“.
Anlage 9, Punkt 2 (Qualitäts-sichernde Maßnahmen)	Anmerkung Gemäß NVL Asthma 2024 sollen ICS nicht nur in der Dauermedikation, sondern auch als Bedarfs-Therapie vorzugsweise eingesetzt werden (ICS/-Formoterol-Bedarfstherapie). Vorgeschlagene Änderung Unter den Qualitäts-Zielen muss unter Punkt 6 der Zusatz „Dauermedikation“ gestrichen werden und vereinfacht formuliert werden: Linke Spalte: „Hoher Anteil mit inhalativen Glukokortikosteroiden“. Rechte Spalte: „Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden erhalten.“
Anlage 9, Punkt 2 (Qualitäts-sichernde Maßnahmen)	Anmerkung Die Allergen-spezifische Immuntherapie (AIT) stellt ein wesentliches Therapie-Element bei Patienten mit allergischem Asthma dar (siehe NVL Asthma 2024), welches nicht nur der Verbesserung der Asthma-Kontrolle, sondern auch zur Vermeidung von hohen Folgekosten (z.B. teuren Biologika-Therapien) führt (siehe Anlage: Positionspapier Alsdorf et al. 2026). Vorgeschlagene Änderung Unter den Qualitäts-Zielen muss unter dem neuen Punkt 11 vermerkt werden: Linke Spalte: „Bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit allergischem Asthma: Hoher Anteil an Patienten, bei denen eine Allergen-spezifische Immuntherapie (AIT) geprüft wurde“. Rechte Spalte: „Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen eine Allergen-spezifische Immuntherapie (AIT) geprüft wurde, bezogen auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit allergischem Asthma.“

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

Tabelle 1. Korrekturempfehlung in Anlehnung an S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma (dort Tabelle 4): Typische Merkmale Asthma versus COPD.

Merkmal	Asthma	COPD
Alter bei Erstdiagnose	Entweder im Kindes- und Jugendalter oder im Erwachsenenalter	Meist nicht vor der 6. Lebensdekade
Beginn der Erkrankung	Oft relativ abrupter Beginn	Schleichender Beginn
Tabakrauchen	Kein direkter Kausalzusammenhang; Verschlechterung durch Rauchen möglich	Direkter Kausalzusammenhang
Beschwerdebild	Anfallsartig und variabel auftretende Beschwerden (Luftnot, Husten, Brustenge). Oft nächtliche respiratorischen Beschwerden	Atemnot bei Belastung Meist keine nächtlichen respiratorischen Beschwerden
Verlauf	Variabel und episodisch	Chronisch und meist progredient
Allergien	Häufig (bei intrinsischem Asthma aber fehlend)	Kein direkter Kausalzusammenhang
Obstruktion	Variabel, oft reversibel, oft aktuell nicht nachweisbar	Immer nachweisbar, nie voll reversibel
Ansprechen der Obstruktion auf Steroide	Regelhaft vorhanden	Selten
Diffusionskapazität	Normal	Erniedrigt
Bronchiale Hyperreagibilität	Meist vorhanden	Eher selten
FeNO	Oft erhöht	Normal bis niedrig
Bluteosinophile	Typischerweise erhöht	Bei einer Minderheit (mäßig) erhöht

Tab. 4. Typische Merkmale von Asthma und COPD bei Erwachsenen.

Tabelle 4: Medikamentöses Stufenschema Asthma-Therapie: Erwachsene

<table>
<tr><th>Stufe</th><th>Bedarfstherapie</th><th>Dauertherapie</th><th>Bei gegebener Indikation</th></tr>
<tr><td>Stufe 1</td><td colspan="2">Keine Dauertherapie

Bedarfstherapie als Fixkombination aus ICS (niedrig-dosiert) + Formoterol in einer Fixkombination

oder SABA</td><td rowspan="5">Allergen-Spezifische Immuntherapie (AIT)</td></tr>
<tr><td>Stufe 2</td><td colspan="2">ICS niedrigdosiert als Dauertherapie + Bedarfstherapie mit SABA

oder <u>ausschließlich Bedarfstherapie</u> aus ICS (niedrigdosiert) + Formoterol in einer Fixkombination</td></tr>
<tr><td>Stufe 3</td><td rowspan="2">SABA
oder
Fixkombination aus ICS + Formoterol
(wenn Teil der Dauertherapie)</td><td>ICS niedrigdosiert + LABA (1. Wahl)
oder
ICS mitteldosiert</td></tr>
<tr><td>Stufe 4</td><td>ICS mittel- bis hochdosiert + LABA
(1. Wahl)
oder
ICS mittel- bis hochdosiert + LABA + LAMA</td></tr>
<tr><td>Stufe 5</td><td></td><td>ICS-Hochdosis + LABA + LAMA

Bei unzureichender Kontrolle:
• Überweisung zur qualifizierten fachärztlichen Ebene
• Prüfung der Indikation und ggf. Beginn einer Therapie mit einem geeigneten Monoklonalen Antikörper
• Nachrangig: OCS-Dauertherapie</td></tr>
<tr><td colspan="4">In allen Behandlungsstufen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen andere Therapieoptionen in begründeten Fällen individuell geprüft werden.</td></tr>
</table>

Tabelle 5: Medikamentöses Stufenschema Asthma-Therapie: Kinder und Jugendliche

<table>
<tr><th>Stufe</th><th>Bedarfstherapie</th><th>Dauertherapie</th><th>Bei gegebener Indikation</th></tr>
<tr><td>Stufe 1</td><td colspan="2">Keine Dauertherapie

Bedarfstherapie mit SABA

oder ICS (niedrig-dosiert) + Formoterol in einer Fixkombination (ab ≥12 Jahren)</td><td rowspan="5">Allergen-Spezifische Immuntherapie (AIT)</td></tr>
<tr><td>Stufe 2</td><td>SABA</td><td>ICS niedrigdosiert (1. Wahl)
oder
LTRA
oder (in Einzelfällen)
ICS (niedrig-dosiert) + Formoterol in einer Fixkombination (ab ≥12 Jahren) bedarfsorientiert ohne zusätzliche Anwendung von SABA</td></tr>
<tr><td>Stufe 3</td><td>SABA</td><td>ICS mitteldosiert</td></tr>
<tr><td>Stufe 4</td><td rowspan="2">SABA

oder ICS (niedrig-dosiert) + Formoterol in einer Fix-kombination (ab ≥12 Jahren) (wenn auch Teil der Dauer-therapie)</td><td>ICS mitteldosiert + LABA
oder
ICS mitteldosiert + LTRA
oder
ICS mitteldosiert + LABA + LTRA
Bei unzureichender Kontrolle:
ICS mitteldosiert + LABA + LTRA + LAMA (Tiotropium)</td></tr>
<tr><td>Stufe 5</td><td>Analog Stufe 4,
ICS jeweils hochdosiert

Bei einem ab Stufe 4 nicht ausreichend kontrollierten Asthma Überweisung zur qualifizierten fachärztlichen Ebene (pädiatrische Pneumologie bzw. in ein kinderpneumologisches Zentrum) zur Evaluation weiterer therapeutischer Optionen</td></tr>
</table>

Stufe 6		Zusätzlich zu Stufe 5 • Prüfung der Indikation und ggf. Beginn einer Therapie mit einem geeigneten Monoklonalen Antikörper • Nachrangig: OCS-Dauertherapie	
In allen Behandlungsstufen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen andere Therapieoptionen in begründeten Fällen individuell geprüft werden.			

Anlage 10 Asthma bronchiale - Dokumentation

~~Blaue Schrift und durchgestrichen:~~ Streichungen im Vergleich zur bisherigen Version

Rote Schrift: Neu aufzunehmende Items / Fragen

Asthma bronchiale - Dokumentation		
Laufende Nummer	**Parameter**	**Ausprägung**
Anamnese- und Befunddaten		
1	~~In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber~~[1] Asthma Control Test (ACT) – Gesamtpunktwert[1]	~~Häufiger als 2-mal wöchentlich / 2-mal wöchentlich / 1-mal wöchentlich / < 1-mal wöchentlich / Keine~~ Punktwert: ___ (0–25). *Bei einem ACT < 20:* *Therapie-Änderung erwägen.*
1a	~~In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation~~[4] Allergologische Stufendiagnostik erfolgt? Klinisch relevante Allergie gefunden (Symptome + positiver Test)? Allergen-Immuntherapie (AIT) erwogen?	~~Häufiger als 2-mal wöchentlich / 2-mal wöchentlich / 1-mal wöchentlich / < 1-mal wöchentlich / Keine~~ ☐ Nein ☐ Ja ☐ Keine Änderung zum Vorbefund ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja
2a	~~In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale~~ Messung der Bluteosinophilen erfolgt?	~~Ja / Nein~~ ☐ Nein ☐ Ja, zuletzt: /µl
2b	~~In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes~~ Messung des FeNO erfolgt?	~~Ja / Nein~~ ☐ Nein ☐ Ja, zuletzt: ppb
2c	Aktueller FEV_1-Wert (mindestens alle zwölf Monate)	X Prozent des Soll-Wertes / Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
3	~~Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant Anzahl und stationär) ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten~~	☐ Nein ☐ Ja _____ (Anzahl)

	~~Dokumentation~~[2] Exazerbationen (mit Prednisolontherapie oder mit stationärer Therapie) in den letzten 12 Monaten?	
	Medikamente	
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine ~~/ Kontraindikation~~
5	Inhalative lang wirksame Beta-2- Sympathomimetika Inhalative lang wirksame Anticholinergika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / ~~Kontraindikation~~ Dauermedikation / Keine
6	Kurz wirksame inhalative Beta-2- Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / ~~Kontraindikation~~
6a	Systemische Glukokortikosteroide (für die Indikation Asthma)	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / ~~Kontraindikation~~ *Bei der Auswahl von „Bei Bedarf“ oder „Dauermedikation“: Pneumologische Vorstellung empfohlen.*
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation: Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten Biologika (für Indikation Asthma bronchiale) Allergenspezifische Immuntherapie (AIT)	~~Nein / Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten / Andere~~ ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja
8	Inhalationstechnik ~~überprüft~~ demonstriert und geprüft	Ja / Nein
	Schulung	
9	Asthma-Schulung ~~empfohlen~~ erfolgt ~~(bei aktueller Dokumentation)~~	Ja / Nein / Angeboten, aber vom Patienten abgelehnt.
~~9a~~	~~Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen~~[3]	~~Ja / Nein~~
~~10~~	~~Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen~~	~~Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine~~

		~~Schulung empfohlen~~
Behandlungsplanung		
11	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan	Ja / Nein
11a	Therapieanpassung	Keine / Steigerung der Medikation / Verbesserung der Anwendung der Medikation / Reduktion der Medikation / Pneumologische Vorstellung [2]
11b	Weitere, dem Patienten empfohlene Maßnahmen	☐ Tabak-/Nikotin-Entwöhnung ☐ Rehabilitation / Lungensport ☐ Gewichtsreduktion

1 Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt.

2 ~~Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.~~

3 ~~Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.~~

4 ~~Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei Kindern und Jugendlichen mit, bei Erwachsenen ohne prophylaktische Anwendung vor Sport.~~

5 [2] Hinweis für die Ausfüllanleitung: Mehrfachnennungen möglich

A.1.6 GlaxoSmithKline GmbH & Co KG (GSK)

Autorinnen und Autoren

- Klein, Friederike
- Lukas, Marco

Stellungnahme zum Vorbericht
Berichtnr: V25-10
Titel: Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale
Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum (Berichtsplan / Vorbericht)“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
Dr. Friederike Klein
Marco Lukas
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen) ☒ **im Namen folgender Institution / Organisation: GlaxoSmithKline GmbH & Co KG (GSK)** ☐ **als Privatperson(en)**

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme <u>kann</u> beliebig <u>durch eigene Anlagen ergänzt</u> oder <u>ersetzt</u> werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte vor der Tabelle ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der Tabelle.

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
Abschnitt 5.1, „FeNO-Messung und Bestimmung der Eosinophilenzahl in Rahmen der Primärdiagnostik“, S. 140 f.	<u>Anmerkung</u> <u>Vorgeschlagene Änderung</u> • 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.

	Anmerkung „Auch können nach Einschätzung der Leitliniengruppe speziell Patientinnen und Patienten mit wiederholten Exazerbationen von einem Monitoring mittels FeNO-Messung profitieren." Vorgeschlagene Änderung Monitoring: • 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. Phänotypisierung: • 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) • Ohne routinemäßige Erfassung der Eosinophilen bleibt eine leitliniengerechte Phänotyp-basierte Versorgung unvollständig. Dies widerspricht dem aktuellen medizinischen Standard. Therapieentscheidung: • 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. Fazit: Die Eosinophilenmessung ist ein zentraler Bestandteil der modernen Asthmaversorgung. Sie ermöglicht eine evidenzbasierte Diagnostik,

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	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.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

1. GINA, Global Iniiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2026 07.07.2026. Available from: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2026/05/GINA-2026-Strategy-Report-WMS.pdf.

2. BÄK, Bundesärztekammer; KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung; AWMF, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma 2024 07.07.2026. Available from: register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-002.

3. Lommatzsch M; Criée C-P; de Jong CC; Gappa M; Geßner C; Gerstlauer M, et al. S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von asthma 2023. Pneumologie. 2023; 77(08): 461-543.

4. Matsunaga K; Koarai A; Koto H; Shirai T; Muraki M; Yamaguchi M, et al. Guidance for type 2 inflammatory biomarkers. Respiratory investigation. 2025; 63(3): 273-88.

A.1.7 Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. (GPP)

Autorinnen und Autoren

- Brinkmann, Folke
- Lex, Christiane
- Schütz, Katharina
- Trischler, Jordis

Stellungnahme zum Vorbericht
Berichtnr: V25-10
Titel: Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale
Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum (Berichtsplan / Vorbericht)“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
Trischler, Jordis; Dr. med.
Lex, Christiane; Prof. Dr. med.
Schütz, Katharina; PD Dr. med.
Brinkmann Folke; Prof. Dr. med.
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen) ☒ **im Namen folgender Institution / Organisation: Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. - GPP** ☐ **als Privatperson(en)**

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Stellungnahme der Gesellschaft für pädiatrische Pneumologie (GPP) zum Vorbericht V25-10 „Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale“

Der Bericht identifiziert mehrere relevante Diskrepanzen zwischen der DMP-A-RL und aktuellen Leitlinien (insbesondere NICE 2024 und NVL 2024). In der DMP-A-RL wurden Leitlinien anhand des AGREE-II Instruments bewertet und eingeschlossen. Obwohl für die klinische Versorgung in Deutschland relevant und als Handlungsempfehlung wegweisend, wurden deshalb sowohl die S2k-Leitlinie „Fachärztliche Diagnostik und Therapie von Asthma“, als auch die GINA Leitlinie 2025 nicht berücksichtigt.

Die größte Relevanz für Kinder und Jugendliche haben Unterschiede in der Diagnostik und in der frühen medikamentösen Therapie. Folgende 3 Punkte wurden in der Stellungnahme hinsichtlich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen besonders behandelt, die auch von Seiten der GPP als dringend zu bearbeiten eingestuft werden:

Erstens berücksichtigt das DMP im Bereich der Diagnostik die FeNO-Messung bislang nicht, obwohl sie in aktuellen Leitlinien – insbesondere NICE 2024 – für Kinder zunehmend empfohlen wird; die Übertragbarkeit auf die deutsche Versorgung ist jedoch aufgrund der fehlenden GKV-Regelversorgung eingeschränkt.

Zweitens empfehlen sowohl NICE als auch NVL FeNO in besonderen Therapiesituationen inzwischen auch zur Therapiesteuerung bzw. zum Monitoring, während dieser Aspekt im DMP bislang fehlt. Die Evidenz wird unterschiedlich bewertet (NICE stärker, NVL zurückhaltender), insgesamt besteht aber Einigkeit, dass FeNO insbesondere bei unzureichender Asthmakontrolle oder wiederholten Exazerbationen hilfreich sein kann.

Drittens zeigt sich die größte Abweichung in der Therapie der frühen Asthmastufen: Im Gegensatz zum DMP, das weiterhin eine SABA-Monotherapie in Therapiestufe 1 empfiehlt, rät NICE 2024 auch bei Kindern zu einer frühzeitigen kombinierten ICS+SABA-, bzw. ICS/Formoterol-Bedarfstherapie, da diese mit einer geringeren Exazerbationsrate verbunden ist. Zwar sind die GINA 2025 Leitlinien nicht in der Leitliniensynopsis enthalten, aber auch hier wird zu einer gleichzeitigen SABA und ICS Gabe in Stufe 1 geraten. Die Empfehlungen zu einer bedarfsgesteuerten ICS/Formoterol-Therapie sind zumindest für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren auch in der NVL zu finden, während sie im DMP weder für Kinder noch Jugendliche berücksichtigt wurden.

Die Gesellschaft für pädiatrische Pneumologie unterstützt deshalb eine Überarbeitung des DMP Asthma, um aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Empfehlungen – insbesondere zur Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen – angemessen im Versorgungskonzept abzubilden. Dabei sollten insbesondere auch neuere Entwicklungen in der Diagnostik, als auch der bedarfsgesteuerten antiinflammatorischen Therapie sowie deren Bedeutung für die pädiatrische Versorgung berücksichtigt werden.

A.1.8 Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)

Autorinnen und Autoren

- Blumenschein, Birgit
- Flöhrmann, Iris
- Meteling-Eeken, Marleen

Stellungnahme zum Vorbericht
Berichtnr: V25-10
Titel: Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale
Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum (Berichtsplan / Vorbericht)“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden *Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.*
Meteling-Eeken, Marleen
Flöhrmann, Iris
Blumenschein, Birgit
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen) ☒ **im Namen folgender Institution / Organisation:** **Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)** ☐ **als Privatperson(en)**

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte vor der Tabelle ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der Tabelle.

Der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) nimmt die Gelegenheit zur Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht „Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma Bronchiale, Projekt: V25-10“ [1], wahr.

Unter dem Begriff „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ verstehen wir Diätassistentinnen und Diätassistenten und für die Ernährungstherapie gleichwertig qualifizierte Absolventinnen und Absolventen ökotrophologischer und ernährungswissenschaftlicher Studiengänge [2-5].

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
1. (S. 1)	<u>Anmerkung</u> Im Vorbericht wird unter „Hintergrund, Betreffendes Krankheitsbild“, Seite 1 [1], erwähnt, dass “Asthma, das im Kindes- oder Jugendalter auftritt, häufig allergische Ursachen hat und bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben oder sich verstärken kann. Dem Adult-onset Asthma liegen seltener Allergien zugrunde. Der Verlauf ist häufig schwerer als beim Early-onset Asthma und es treten häufiger Exazerbationen auf“.
4.4.1.3 (S. 30)	Laut der Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma 2024, Seite 13 [6], ist allergisches Asthma „häufig mit dem Auftreten anderer allergischer Erkrankungen und/oder mit Erkrankungen des atopischen Formenkreises vergesellschaftet“. Nach der Empfehlung 2-12 zur Allergiediagnostik, Seite 25 [6] „**soll** bei Patientinnen und Patienten mit Asthma eine allergologische Stufendiagnostik durchgeführt werden. Diese besteht aus: 1. „vertiefender Allergieanamnese einschließlich Berufsanamnese (ggf. Fragebogen); 2. Nachweis der allergenspezifischen, Immunglobulin E (IgE) vermittelten Sensibilisierung mittels: ▪ Prick-Hauttest und/oder ▪ Bestimmung des spezifischen IgE; ▪ ggf. allergenspezifischen Organprovokationstests“, Als begleitende Rationale wird angegeben, dass „mit der starken Empfehlung gute klinische Praxis beschrieben wird, von der Erkrankte profitieren, da sich an einen positiven Befund *eine spezifische, kausale Therapie* anschließen kann“ [6]. Diesbezüglich wird dann unter „6.8 Verminderung der Allergenexposition, 6.8.1 Allergenkarenz“, Seite 108, [6] die Empfehlung 6-15 gegeben: „Allergenkarenz **soll** – soweit möglich – eine der Grundlagen der Behandlung des allergischen Asthmas sein“. Nach der zugehörigen Rationale „ist die Reduktion allergener Triggerfaktoren für die optimale Therapiegestaltung wichtig, um sicherzustellen, dass jede weitere (v. a. medikamentöse) Therapie in der niedrigsten nötigen Dosierung und mit möglichst reduziertem Risiko für unerwünschte Wirkungen die bestmögliche Asthmakontrolle erzielt“.
4.4.4.1 (S. 48)	In der DMP-Anforderungen-Richtlinie, Anlage 9 zu Asthma bronchiale, werden diese Empfehlungen unter „1.5 Therapeutische Maßnahmen“, aufgegriffen, spezifisch unter „1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen“, Seite 96 [7]: „Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt **soll** die Patientin oder den Patienten insbesondere hinweisen auf:

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
4.4.1.3 (S. 30) 4.4.4.1 (S. 48)	– relevante Allergene und deren Vermeidung, – […]“, sowie unter „1.5.9.4 Spezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung“, Seite 104 [7]: „Bei Vorliegen eines allergischen Asthma bronchiale sind zeitnah zur Erstdiagnose die Möglichkeiten einer Allergenkarenz und die Indikation zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie zu prüfen. Auch im Verlauf eines behandelten Asthma bronchiale **soll** neben der Allergenkarenz die Indikation zur spezifischen Immuntherapie geprüft werden“. Hier liegen wie obenstehend belegt zwischen der NVL Asthma [6] und der DMP-A-RL Anlage 9 zu Asthma bronchiale [7] keine Diskrepanzen vor. Bezüglich Nahrungsmittelallergien als Ursache eines allergischen Asthmas, entspricht jedoch nur ein Hinweis auf die Vermeidung relevanter Allergene nicht der Leitliniengerechten Therapie, die eine ernährungstherapeutischen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit allergischem Asthma und Nahrungsmittelallergie beinhaltet. Diesbezüglich haben der Deutschen Allergie- und Asthmabund e. V. (DAAB) und der VDD schon im Jahr 2023 gemeinsam den Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale - Dokumentation) kommentiert und bemängelt [8]. Laut den Autoren des Kapitels Ernährungstherapie bei Nahrungsmittelallergien im „Weißbuch Allergie in Deutschland“ [9] gehören zu einer effizienten Ernährungstherapie auf der Basis eines detaillierten Ernährungs- und Symptomprotokolls neben der Allergenkarenz „der Erhalt bestehender Toleranz, die Vermeidung möglicher Nährstoffdefizite und eine diesbezügliche individuelle Aufklärung der Patientin oder des Patienten, damit im Alltag eine hohe Lebensqualität durch ein erfolgreiches Allergenmanagement erreicht werden kann“.
1. (S. 1)	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] in Zusammenspiel mit der onkologischen

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
1. (S. 1) A5 (S. 164-166) A6 (S. 167-170)	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. Wir bitten daher die S3-Leitlinie AD 2023 [10] im Vorbericht zu berücksichtigen. Zur Unterstützung haben wir die diskrepanten konsensbasierten **Soll**-Empfehlungen zur DMP-A-RL dieser S3-Leitlinie AD [10], die relevant sind für eine qualitativ hochwertige Betreuung von Patientinnen und Patienten mit allergischem Asthma, Nahrungsmittelallergie und atopischer Dermatitis, nachfolgend aufgelistet. Weil das IQWiG die Berücksichtigung der S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma [15] im Vorbericht, trotz Bitte der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Seite 163, wegen des nicht Erfüllens des Kriteriums der Evidenzbasierung (Nicht E10) abgelehnt hat [1], gehen wir davon aus, dass die anderen beiden Leitlinien, relevant für Erkrankungen des atopischen Formenkreises [11-12], auch wegen Nicht E10 und/oder, wenn vor Oktober 2021 publiziert, wegen Nicht E7, vom IQWiG nicht im Vorbericht eingeschlossen werden. Obwohl Patientinnen und Patienten mit komorbidem Asthma bronchiale die Zielpopulation der S3-Leitlinie AD [10] bilden, könnte auch diese evidenzbasierte, aktuelle Leitlinie, wenn E1 so ausgelegt wird, dass nur spezifisch für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale entwickelte Leitlinien im Vorbericht berücksichtigt werden, ausgeschlossen werden. Deshalb ist das Ziel dieser Stellungnahme, die Aufmerksamkeit auf die diskrepanten **Soll**-Empfehlungen zur DMP-A-RL der S3-Leitlinie AD [10] zu lenken, die relevant sind für eine qualitativ hochwertige Betreuung von Patientinnen und Patienten mit allergischem Asthma, Nahrungsmittelallergie und atopischer Dermatitis. Bei Akzeptanz unserer Stellungnahme würden sie

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	**Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung** *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
1. (S. 1)	zumindest in der Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht V25-10 zu lesen sein und im IQWiG Abschlussbericht V25-10 kommentiert werden müssen. Die S3-Leitlinie Atopische Dermatitis (AD) 2023 [10] hebt auf Seite 11 unter „1.1 Definition und Klassifikation“ hervor, dass „ein signifikanter Anteil der Patientinnen und Patienten (je nach Studie 50-80%) IgE-vermittelte Sensibilisierungen gegen Aeroallergene und/oder Nahrungsmittelallergene aufweist, die z. T. in Assoziation mit einer Rhinokonjunktivitis allergica, einem allergischen Asthma bronchiale oder einer klinisch relevanten Nahrungsmittel-allergie auftreten (extrinsische Form der AD)“. Auf Seite 17 wird im Rahmen der Diagnostik unter „Komorbidität“ ergänzend konsensbasiert empfohlen: „AD-typische somatische (z. B. Nahrungsmittel-allergie, Asthma, Rhinitis allergica) und psychische (z. B. Depression, Suizidalität) Komorbiditäten **sollen** bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit AD berücksichtigt werden [10].“ Bezüglich nichtmedikamentösen Therapieverfahren werden in dieser Leitlinie, Seite 95-96 [10], unter 5.3 Nahrungsmittelallergien und diätetische Interventionen bei AD“ konsensbasierte **Soll**-Empfehlungen gelistet, die also gleichzeitig für die Behandlung des allergischen Asthmas relevant sind [10]: – „Individuelle diätetische Triggerfaktoren **sollen** bei mittelschwerer und schwerer AD identifiziert werden, um diese mit dem Ziel einer verlängerten Remission oder Clearance meiden zu können“. – <u>„IgE-vermittelte Nahrungsmittelallergie (Sofortreaktion):</u> Bei Patientinnen und Patienten mit AD mit einer Vorgeschichte mit *nahrungsmittelinduzierten Sofortsymptomen* **sollen** diagnostische Verfahren zur Abklärung einer IgE-vermittelten Nahrungsmittelallergie (nahrungsmittelspezifisches IgE und/oder SPT, diagnostische Eliminationsdiäten und Provokationstests) durchgeführt werden.“ – <u>„IgE-vermittelte Nahrungsmittelallergie (Sofortreaktion) plus nahrungsmittelinduzierte AD, verzögerte Überempfindlichkeit (delayed hypersensitivity):</u> Bei Patientinnen und Patienten mit AD mit einer Vorgeschichte mit *nahrungsmittelbedingten Symptomen, einschließlich einer Verschlimmerung der AD* **sollen** zur Abklärung kombinierter Reaktionen auf Nahrungsmittel (Sofortreaktionen plus nahrungsmittelbedingtes Ekzem) diagnostische Verfahren (nahrungsmittelspezifisches IgE und/oder SPT, diagnostische Eliminationsdiäten und Provokationstests) eingesetzt werden.“

Kapitel / Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung *Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Alle Volltexte der Literaturstellen, die zitiert werden, müssen als PDF-Dateien eindeutig benannt, im Online-Formular hochgeladen werden.*
	– „Bei klinisch relevanter und diagnostisch gesicherter Nahrungsmittelallergie **soll** bei Patientinnen und Patienten mit AD eine therapeutische Eliminationsdiät durchgeführt werden." – „Eine erneute Beurteilung der IgE-vermittelten Nahrungsmittelallergie **soll** bei Kindern in Abhängigkeit von Anamnese, Diagnostik und des auslösenden Nahrungsmittels erfolgen." – „Im Falle einer Nahrungsmittelallergie **soll** eine Beratung durch eine allergologisch geschulte Ernährungsfachkraft erfolgen, um eine ausgewogene Ernährung bei therapeutischer Eliminationsdiät zu gewährleisten und Diätfehler zu vermeiden." Leider fehlen diese Empfehlungen in der NVL Astma [6], weshalb wir sie hier hervorgehoben haben. Allergologisch geschulte qualifizierte Ernährungsfachkräfte arbeiten prozessgeleitet nach dem German-Nutrition Care Prozess (G-NCP) [3,4]. Wenn sie Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale behandeln, werden sie automatisch Komorbidität wie Adipositas und/oder COPD evidenzbasiert [16-18] mitberücksichtigen.
A5 (S. 164-166)	<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.
A6 (S. 167-170)	Unter A6 Leitlinienlisten sollten die ausgeschlossenen Leitlinien der Erkrankungen des atopischen Formenkreises unter den entsprechenden Ausschlussgrund genannt werden.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale. Vorbericht (vorläufige Bewertung). Projekt: V25-10, Version: 1.0, Stand: 05.06.2026. Köln: IQWiG, 2026.

2. Bundestag, Bundesrat. Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Artikel 1 des Gesetzes über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten und zur Änderung verschiedener Gesetze über den Zugang zu anderen Heilberufen) (Diätassistentengesetz DiätAssG). Diätassistentengesetz vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist. Zugriff am [12.06.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/DiätAssG.pdf

3. Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET). EMET Vision Nutrition. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET). Zusammenarbeit in der ambulanten ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Versorgung. 02.12.2021. [Zugriff: 12.06.2026]. URL: https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier-ag-emet-final-upload-tmp-upload-tmp.pdf

4. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/--therapie und Ernährungsbildung. Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Version 2.0 vom 04.07.2025 Seite 16 von 21 Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 01.02.2024. p. 1-30. [Zugriff: 12.06.2026]. URL: https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf

5. GKV-Spitzenverband. Anlage 5: Zulassungsvoraussetzungen zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung [online]. 2022. [Zugriff: 12.06.2026]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/aeltere_dokumente/20220131_geaenderte_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf

6. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma, Version 5.0. 2024. [Zugriff: 05.07.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-002l_S3_Asthma_2024-08.pdf

7. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL). [Zugriff: 17.06.2026]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4088/DMP-A-RL_2025-11-20_iK-2026-04-01.pdf

8. Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 32. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 9 (DMP Asthma bronchiale) und der Anlage 10 (Asthma bronchiale – Dokumentation) vom 20. Juli 2023. Anlage 3: Stellungnahme „VDD“ (= VDD und DAAB) + Servicedokument (S. 130-165 von 333), Stellungnahme DAAB (S. 175-184 von 333), Stellungnahme VDD & DAAB (= Doppelung der Stellungnahme VDD ohne Servicedokument) (S. 185-194 von 333). Berlin: G-BA; 2023.

9. Reese I, Dölle-Bierke S, Kugler C, Schäfer C, Schnadt S, Ziegert M. Weisheiten aus dem Weißbuch – Kapitel 4.9. Ernährungstherapie bei Nahrungsmittelallergien. Übernahme aus „Klimek L, Vogelberg C, Werfel T (Hrsg.). Weißbuch Allergie in Deutschland; 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Springer Medizin Verlag; 2018: Kapitel 4.9, S. 296-304. Allergo J 2022;31(7):14-20. Gekennzeichnete PDF angefügt.

10. Werfel T, Heratizadeh A, Aberer W, Augustin M, Biedermann T, Bauer A, et al. S3-Leitlinie „Atopische Dermatitis“ (AWMF-Registernummer. 013-027) 2023 [Zugriff: 05.07.2026]. URL: https://derma.de/fileadmin/derma/1_derma.de_WebRoot/Aerzte/Leitlinien/013-027l_S3_Atopische-Dermatitis-AD-Neurodermitis-atopisches-Ekzem_2023-07_1_01.pdf

11. Klimek L, Bachert C, Pfaar O, Becker S, Bieber T, Brehler R, et al. ARIA guideline 2019: treatment of allergic rhinitis in the German health system. Allergo J Int 2019; 28: 255-76. DOI: 10.1007/s40629-019-00110-9. [Zugriff: 09.07.2026]. URL: https://www.wehrmann-derma.de/uploads/n2LnlZiz/ARIA-Leitlinie2019BehandlungderAllergischenRhinitis.pdf

12. Worm M, Reese I, Ballmer-Weber B, Beyer K, Bischoff SC, Bohle B, et al. Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien. S2k-Leitline der DGAKI. Allergologie 2021; 44(7): 488-541. DOI: 10.5414/ALX02257. AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061-031. [Zugriff: 05.07.2026]. URL: https://archiv.dgaki.de/wp-content/uploads/2022/02/Worm-2021-Update-Leitlinie-Management-IgE-vermittelter-Nahrungsmittelallergien-1.pdf

13. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Langversion 5.0, 2025, AWMF-Registernummer: 032-045OL, Zugriff am [18.06.2026]. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom_4_0/Version_5/LL_Mammakarzinom_Langversion_5.0.pdf

14. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen, Langversion 2.0, 2024, AWMF-Registernummer: 032-055OL Zugriff am

[18.06.2026]. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie/

15. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. S2k-Leitlinie Fachärztliche Diagnostik und Therapie von Asthma. 2023 [Zugriff: 09.07.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-009l_S2k_Fachaerztliche-Diagnostik-Therapie-von-Asthma_2023-07.pdf

16. Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V. S3-Leitlinie Adipositas - Prävention und Therapie Version 5.0 Oktober 2024 [Zugriff: 07.07.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-001l_S3_Praevention-Therapie-Adipositas_2024-10.pdf

17. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungs-medizin e. V. (Federführende Gesellschaft). S2k-Leitlinie Fachärztliche Diagnostik und Therapie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) 2026. Auflage Februar 2026. Version 5.2. AWMF-Register: Nr. 020-006. [Zugriff: 08.07.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-006l_S2k_Fachaerztliche-Diagnostik-Therapie-COPD_2026-03_1.pdf

18. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie COPD – Teilpublikation der Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2021. DOI: 10.6101/AZQ/000477. [Zugriff: 09.07.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-003l_S3_COPD_2026-02.pdf