Ausfüllanleitung

zum indikationsspezifischen Datensatz

für das strukturierte Behandlungsprogramm

Asthma bronchiale

Stand der letzten Bearbeitung:	06.05.2024
Version	6.0
Anzuwenden ab:	01.10.2024

Anamnese- und Befunddaten

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

Mit den in den folgenden Tabellen genannten Kriterien kann die Güte der Asthmakontrolle, über die die medikamentöse Therapie gesteuert wird, in „kontrolliert“, „teilweise kontrolliert“ und „unkontrolliert“ eingeteilt werden. **Bezugszeitraum sind jeweils die letzten vier Wochen**.

Die Kriterien sind für Erwachsen (ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) und Kinder und Jugendliche unterschiedlich. Sie können den folgenden Tabellen altersspezifisch entnommen werden.

Bei „kontrolliertem“ Asthma ist die Therapie adäquat und kann eventuell sogar reduziert werden, bei „teilweiser Asthmakontrolle“ ist eine Intensivierung der Behandlung zu prüfen. Bei „unkontrolliertem“ Asthma sind sofortige Therapieanpassungen erforderlich.

Grade der Asthmakontrolle bei Erwachsenen

Grad der Asthmakontrolle (Angaben aus den letzten 4 Wochen)	kontrolliert	teilweise kontrolliert	unkontrolliert
Kriterium	Alle Kriterien erfüllt	1 bis 2 Kriterien erfüllt	Mindestens 3 der 4 Kriterien des teilweise kontrollierten Asthmas erfüllt
Symptome am Tage	≤ 2 x / Woche	> 2 x / Woche	> als 2 x / Woche
Nächtliche Symptome	Keine	Vorhanden	Vorhanden
Einschränkung der Alltagsaktivitäten	Keine	Vorhanden	Vorhanden
Einsatz der Bedarfsmedikation[1]	≤ 2 x / Woche	> 2 x / Woche	> 2 x / Woche

[1] Ohne den prophylaktischen Einsatz vor geplanter sportlicher Betätigung

Grade der Asthmakontrolle bei Kindern und Jugendlichen

Grad der Asthmakontrolle (Angaben aus den letzten 4 Wochen)	kontrolliert	teilweise kontrolliert	unkontrolliert
Kriterium	Alle Kriterien erfüllt	1 bis 2 Kriterien erfüllt	Mindestens 3 der 4 Kriterien des teilweise kontrollierten Asthmas erfüllt
Symptome am Tage	< 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche
Nächtliche Symptome	Keine	Vorhanden	Vorhanden
Einschränkung der Alltagsaktivitäten	Keine	Vorhanden	Vorhanden
Einsatz der Bedarfsmedikation	< 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche	≥ 1 x / Woche

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

Genau eine Angabe ist erforderlich.
Bitte geben Sie hier die Häufigkeit der tagsüber aufgetretenen Asthma-Symptome an. Die Angabe bezieht sich dabei auf die Einschätzung Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten zum Dokumentationszeitpunkt rückblickend für die letzten 4 Wochen und dient u. a. der Beurteilung der Asthmakontrolle.

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

In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation

Genau eine Angabe ist erforderlich.
Bitte geben Sie hier die Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation an. Die Angabe bezieht sich dabei auf die Einschätzung Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten zum Dokumentationszeitpunkt rückblickend für die letzten 4 Wochen und dient u. a. der Beurteilung der Asthmakontrolle.
Bitte beachten Sie bei den folgenden Angaben, dass der prophylaktische Einsatz einer Bedarfsmedikation vor einer geplanten sportlichen Betätigung bei Erwachsenen für die Angabe der Häufigkeit NICHT zu berücksichtigen ist. Bei Kindern und Jugendlichen hingegen ist auch der prophylaktische Einsatz einer Bedarfsmedikation vor Sport für die Angabe der Häufigkeit zu berücksichtigen.

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

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

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

In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachschlafes

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

Aktueller FEV_1-Wert (mindestens alle 12 Monate)

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

Genau eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie hier bitte den aktuell gemessenen FEV_1-Wert Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten als „Prozent-Wert des Sollwertes“ mit drei Stellen vor und einer Stelle hinter dem Komma oder „Nicht durchgeführt“ an.
Die Angabe „Nicht durchgeführt“ kann auch dann verwendet werden, wenn eine FEV_1-Messung z. B. aufgrund des Alters bei Kindern nicht valide durchgeführt werden kann.

Relevante Ereignisse

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

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

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

Medikamente

Bitte machen Sie zu jeder Wirkstoffgruppe eine Angabe. Bitte machen Sie bei der Angabe „Keine“ – wo zutreffend - zusätzlich eine Angabe, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe des jeweiligen Medikamentes zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.
Die Angaben können - je nach Praxissoftware - direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

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

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

In der medikamentösen Behandlung des Asthma bronchiale werden Dauertherapeutika (Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden) und Bedarfstherapeutika (Medikamente, die bei Bedarf, z. B. zur Behandlung von akuten Symptomen, z. B. Atemnot und insbesondere bei Asthma-Anfällen eingesetzt werden) unterschieden.

Die medikamentöse Therapie von Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale soll nach einem Stufenplan für Erwachsene (Stufen 1-5) oder Kinder und Jugendliche (Stufen 1-6) erfolgen (siehe Tabelle: Medikamentöses Stufenschema Asthma-Therapie).

Tabelle: Medikamentöses Stufenschema Asthma-Therapie: Erwachsene

<table>
<tr><th>Stufe</th><th>Bedarfstherapie</th><th>Dauertherapie</th></tr>
<tr><td>Stufe 1</td><td rowspan="2">SABA</td><td>Keine

Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden.</td></tr>
<tr><td>Stufe 2</td><td>ICS niedrigdosiert</td></tr>
<tr><td>Stufe 3</td><td rowspan="3">SABA
oder
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>ICS Höchstdosis + LABA + LAMA
Bei unzureichender Kontrolle:
Überweisung zur qualifizierten fachärztlichen Ebene:
Zur Indikationsstellung und gegebenenfalls Therapie mit geeigneten Monoklonalen Antikörper
Nachrangig: OCS</td></tr>
</table>

(In der Tabelle verwendete Abkürzungen: ICS: Inhalative Glukokortikosteroide, LABA: Lang wirkende Beta-2-Sympathomimetika, LAMA: Lang wirkende Anticholinergika, SABA: kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika, OCS: orale Glukokortikosteroide)

Tabelle: Medikamentöses Stufenschema Asthma-Therapie: Kinder und Jugendliche

<table>
<tr><th>Stufe</th><th>Bedarfstherapie</th><th>Dauertherapie</th></tr>
<tr><td>Stufe 1</td><td rowspan="3">SABA**</td><td>Keine

Andere Therapieoptionen können unter Beachtung der Zulassungseinschränkungen individuell geprüft werden.</td></tr>
<tr><td>Stufe 2</td><td>ICS niedrigdosiert (1. Wahl)
oder
LTRA*</td></tr>
<tr><td>Stufe 3</td><td>ICS mitteldosiert</td></tr>
<tr><td>Stufe 4</td><td rowspan="3">SABA**
oder
ICS + Formoterol ab dem vollendeten zwölften Lebensjahr (wenn auch Teil der Langzeittherapie)</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>Bei einem ab Stufe 4 nicht ausreichend kontrollierten Asthma Überweisung zu einer pädiatrischen Pneumologin/ zu einem pädiatrischen Pneumologen oder in ein kinderpneumologisches Zentrum, um weitere therapeutische Optionen (wie eine hohe ICS-Dosis) zu erwägen.</td></tr>
<tr><td>Stufe 6</td><td>Zusätzlich zu Stufe 5
Geeignete Monoklonale Antikörper
(wenn Indikation es erlaubt)
Nachrangig: OCS</td></tr>
</table>

* *Als Monotherapie nur zugelassen vom vollendeten zweiten bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.*

** *Alternativ kann in begründeten Fällen zusätzlich oder alternativ Ipratropiumbromid gegeben werden.*

*** *Zulassung für Tiotropium ab dem vollendeten sechsten Lebensjahr.*

(In der Tabelle verwendete Abkürzungen: ICS: Inhalative Kortikosteroide, LABA: Lang wirkende Beta 2 Sympathomimetika, LAMA: Lang wirkende Anticholinergika, LTRA: Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten, SABA: Kurz wirkende Beta-2-Sympathomimetika, OCS: orale Glukokortikosteroide)

Bei bisher medikamentös unbehandelten Patientinnen und Patienten ergibt sich die Einordnung in eine konkrete Stufe gemäß der Tabelle „Grade der Asthmakontrolle“ mit den aufgeführten Kriterien zur Asthmakontrolle. Liegen bei bisher medikamentös unbehandelten Patientinnen und Patienten die Kriterien eines „teilweise kontrollierten“ Asthmas vor, soll die medikamentöse Therapie in der Regel auf Stufe 2 des Stufenschemas begonnen werden. Liegen die Kriterien eines „unkontrollierten“ Asthmas vor, sollte die medikamentöse Therapie mindestens auf Stufe 3 begonnen werden.

Bei bereits medikamentös behandelten Patientinnen und Patienten ist eine Reduktion („Herabstufung“) oder Intensivierung („Hochstufung“) der Therapie anhand des Stufenplans zu prüfen.

In der Therapie der Exazerbation soll vorrangig bei einer akuten Verschlechterung in allen Altersgruppen die individuellen Bedarfsmedikamente gemäß Stufenschema eingesetzt werden.

Bei unzureichendem Ansprechen kommen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen in Betracht:

- der kurzfristige Einsatz systemischer oraler Glukokortikosteroide (maximal bis zu zwei Wochen). In der Regel ist bei Kindern ein Einsatz für drei bis fünf Tage, bei Erwachsenen für fünf bis sieben Tage ausreichend.

- kurz wirkende Anticholinergika

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

Inhalative Glukokortikosteroide

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

Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika

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

Kurz wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika

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

Systemische Glukokortikosteroide

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

Sonstige asthmaspezifische Medikation

Eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.
Sollte Ihr Patient Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten oder andere bzw. weitere Medikamente zur Behandlung des Asthma bronchiale erhalten, geben Sie dies bitte hier an.
Die Ausprägung „Andere“ umfasst z. B. Anticholinergika oder auch Anti-IgE Antikörper.

Inhalationstechnik überprüft

Genau eine Angabe ist erforderlich.
Sie sollten die Inhalationstechnik Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten mindestens einmal im Dokumentationszeitraum überprüfen.
Geben Sie hier bitte an, ob Sie dies bei der heutigen Konsultation getan haben.

Schulung

Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist erforderlich.
Wenn Sie Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an. Wenn Sie bereits zuvor eine Schulung empfohlen haben, diese aber aktuell noch nicht stattfinden konnte, sprechen Sie die Empfehlung bitte erneut aus und kreuzen hier „Ja“ an.

Wurde *keine Schulung* empfohlen (z. B. weil Ihre Patientin bzw. Ihr Patient bereits eine Schulung wahrgenommen hat), geben Sie dies bitte entsprechend mit „Nein“ an.

Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen

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

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

Sofern eine Teilnahme stattgefunden hat, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an. Eine erneute Teilnahme an einer Schulung ist dadurch NICHT ausgeschlossen!
Wurde vor der Einschreibung in das DMP keine Schulung wahrgenommen, dokumentieren Sie dies bitte mit der Angabe „Nein“.

Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen

Eine Angabe ist erforderlich.
Die Angaben zur Schulung beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf eine Schulung, die Sie Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten bei dem letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend. Bei der Erstdokumentation ist hier keine Angabe möglich

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

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

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

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte an: „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“.
Die Angaben „Ja“, „War aktuell nicht möglich“ und „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ führen nicht zum Ausschluss Ihrer Patientin oder Ihres Patienten aus dem Programm.

Behandlungsplanung

Schriftlicher Selbstmanagementplan

Eine Angabe ist erforderlich.
Für die weitere Behandlung sollen Sie gemeinsam mit Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten einen Behandlungsplan erstellen und Therapieziele vereinbaren.
Hierzu zählt insbesondere das Monitoring der Asthmaerkrankung durch die Patienten (z. B. durch Peak-Flow-Kontrolle) und die Erstellung eines darauf abgestimmten Medikationsplans zum Selbstmanagement insbesondere für Notfälle.
Geben Sie bitte an, ob Sie für Ihre Patientin bzw. Ihren Patienten einen solchen Plan erstellt haben oder nicht.

Therapieanpassung

Eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.
Bitte geben Sie hier, ob Sie eine Anpassung der asthmaspezifischen Therapie vorgenommen haben.
Es soll regelmäßig, insbesondere vor einer Steigerung der medikamentösen Therapie, die richtige Anwendung überprüft werden. Geben Sie bitte „Verbesserung der Anwendung der Medikation“ an, wenn die Patientin bzw. der Patient in einer verbesserten Anwendung unterwiesen wurde. Diese Angabe kann gemeinsam mit „Steigerung der Medikation“ sowie mit „Reduktion der Medikation“ erfolgen.
Geben Sie bitte „Steigerung der Medikation“ an, wenn Sie die Dosis oder die Anzahl der verordneten Medikamente erhöht haben.

Vor einer Reduktion der Therapie sollte das Asthma mindestens drei Monate kontrolliert sein. Dies gilt insbesondere für eine Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden.
Geben Sie bitte „Reduktion der Medikation“ an, wenn Sie die Dosis oder die Anzahl der verordneten Medikamente reduziert haben.

Geben Sie bitte „Keine“ an, wenn keine Therapieanpassung erfolgt ist.