

Übersicht
Review

Aktuelle Aspekte der ICD-10-GM-Klassifikation des Asthma bronchiale in der ambulanten Kinderpneumologie

©2026 Dustri-Verlag Dr. K. Feistle
ISSN 0341-3055

M. Knappe¹ und J.O. Steiß^{2,3}

¹Schwerpunktpraxis Kinder-Pneumologie und Allergologie, Dresden, ²Schwerpunktpraxis Kinder-Pneumologie und Allergologie, Fulda, ³Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen

Schlüsselwörter

Asthma bronchiale – ICD-10-GM – Kinder- und Jugendpneumologie – Asthmakontrolle – Klassifikation

Key words

Asthma bronchiale – ICD-10-GM – pediatric and adolescent pulmonology – asthma control – classification

Aktuelle Aspekte der ICD-10-GM-Klassifikation des Asthma bronchiale in der ambulanten Kinderpneumologie

Asthma bronchiale zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und weist eine ausgeprägte altersabhängige klinische Heterogenität auf. Eine strukturierte Klassifikation ist Voraussetzung für eine leitliniengerechte Therapie, Verlaufsbeurteilung und Versorgungsforschung. Während aktuelle Leitlinien Asthmakontrolle und therapiedefinierten Schweregrad in den Mittelpunkt stellen, bildet die ICD-10-GM Klassifikation primär ätiologische Asthmaformen ab. In dieser Arbeit soll die aktuelle ICD-10-GM (Version 2025) im Kindesalter im Kontext aktueller nationaler und internationaler Leitlinien analysiert und ihre Bedeutung sowie ihre Limitationen für die ambulante kinder- und jugendpneumologische Versorgung dargestellt werden. Dabei ermöglicht die Erweiterung der ICD-10-GM um eine nunmehr 5. Stelle eine differenziertere Abbildung des Krankheitsverlaufs und bildet damit eine Brücke zwischen klinischer Realität, Leitlinienempfehlungen und versorgungssystemischen Anforderungen.

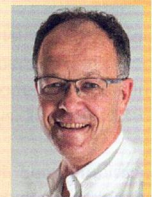
Current aspects of the ICD-10-GM classification of asthma bronchiale in outpatient pediatric pulmonology

Asthma bronchiale is one of the most common chronic diseases in childhood and adolescence and exhibits pronounced age-dependent clinical heterogeneity. A structured classification is essential for guideline-based therapy, assessment of disease progression, and health services research. While current guidelines focus on asthma control and therapy-defined severity, the ICD-10-GM classification primarily reflects etiological forms of asthma. This paper aims to analyze the current ICD-10-GM (version 2025) in childhood in the context of contemporary national and international guidelines and to highlight its significance and limitations for outpatient pediatric and adolescent pulmonology care. The expansion of the ICD-10-GM to include a fifth digit allows for a more detailed representation of disease progression, thereby bridging the gap between clinical reality, guideline recommendations, and health care system requirements.

Manuskripteingang: 03.01.2026; akzeptiert in überarbeiteter Form: 05.01.2026

Korrespondenzadresse: Dr. med. Martin Knappe, Schwerpunktpraxis, Kinderpneumologie und Allergologie, Otto-Dix-Ring 98, 01219 Dresden,
Martin.Knappe@praxisknappe.de

Prof. Dr. med. Jens-Oliver Steiß, Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Justus-Liebig-Universität Gießen, Feulgenstraße 12, 35385 Gießen,
Jens-Oliver.Steiss@paediat.med.uni-giessen.de



Knappe M, Steiß JO. Aktuelle Aspekte der ICD-10-GM-Klassifikation des Asthma bronchiale in der ambulanten Kinderpneumologie. Atemwegs- und Lungenkrankheiten. 2026; 52: 74-80.
DOI 10.5414/ATX02921

citation

In ICD-10-GM 2025 wurde erstmals Schweregrad und Kontrollstatus berücksichtigt

Einleitung

Asthma bronchiale ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und stellt eine zentrale Herausforderung in der pädiatrischen Pneumologie dar. Die Prävalenz liegt in industrialisierten Ländern je nach Altersgruppe zwischen 5 und 10%. Das Krankheitsbild ist durch eine hohe klinische Heterogenität gekennzeichnet und unterliegt insbesondere im Kindesalter dynamischen Veränderungen. Die Klassifikation des Asthma bronchiale bildet die Grundlage für Diagnostik, Therapieentscheidungen, Prognoseabschätzung und wissenschaftliche Analysen [1, 2]. Mit der ICD-10-GM 2025 (International Classification of Diseases, 10th Revision, German Modification) wurde erstmals ein System eingeführt, das nicht nur ätiologische Asthmaformen erfasst, sondern auch Schweregrad und Kontrollstatus systematisch berücksichtigt [3]. Diese erweiterte Klassifikation steht im Einklang mit modernen leitlinienorientierten Konzepten wie der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma und internationalen Empfehlungen (zum Beispiel GINA) [1, 2, 5, 6]. Besonders in der ambulanten Kinderpneumologie, in der die Behandlung häufig über Monate oder Jahre kontinuierlich erfolgt, ist eine präzise und nachvollziehbare Dokumentation essenziell. Die Erweiterung der ICD-10-GM um eine 5. Stelle ermöglicht nunmehr eine differenziertere Abbildung des Krankheitsverlaufs und bildet damit eine Brücke zwischen klinischer Realität, Leitlinienempfehlungen und versorgungssystemischen Anforderungen.

Epidemiologie und klinische Heterogenität des Asthma bronchiale im Kindesalter

Asthma bronchiale im Kindesalter umfasst ein breites Spektrum phänotypischer Ausprägungen. Frühkindliche obstruktive Atemwegserkrankungen sind häufig infekt-assoziiert, fluktuierend und nicht zwangsläufig Ausdruck eines persistierenden Asthma bronchiale. Im Schul- und Jugendalter treten dagegen häufiger allergische Sensibilisierungen, eosinophile Entzündungsprozesse und chronisch persistierende Verläufe auf (Abb. 1).

Altersspezifische Unterschiede

Altersgruppe	Typische Merkmale
Säuglinge	virusinduzierte obstruktive Episoden, Bronchiolitis
Kleinkinder (1 – 5 J.)	infektgetriggertes Giemen („viral wheeze“), transiente Formen
Schulkinder (6 – 12 J.)	allergisch getriggertes, persistierendes Asthma
Jugendliche	zunehmende Persistenz, Belastungsasthma, Adhärenzprobleme

Diese altersabhängige Heterogenität spiegelt sich bisher nur teilweise in der ICD-10-GM wider. Die Erweiterung um die 5. Stelle erlaubt jedoch zumindest eine Abbildung der unterschiedlichen Kontrollebenen, unabhängig vom Alter.

Grundlagen der ICD-10-GM-Klassifikation des Asthma bronchiale

Die ICD-10-GM unterscheidet Asthma bronchiale unter dem Code J45 in vier Hauptgruppen:

J45.0 Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale

- extrinsisches, IgE-vermitteltes Asthma
- Beginn häufig im Kindes- oder Schulalter
- Sensibilisierung gegenüber Aeroallergenen

J45.1 Nichtallergisches Asthma bronchiale

- infektassoziiertes Giemen
- Anstrengungsasthma
- Cough-variant Asthma
- transientes Kleinkindasthma („viral wheeze“)
- nicht allergische bronchiale Hyperreagibilität
- analgetikainduziertes Asthma

J45.8 Mischformen

Beinhaltet Kombinationen allergischer (J45.0) und nichtallergischer Merkmale (J45.1). Im Kindesalter sehr häufig.

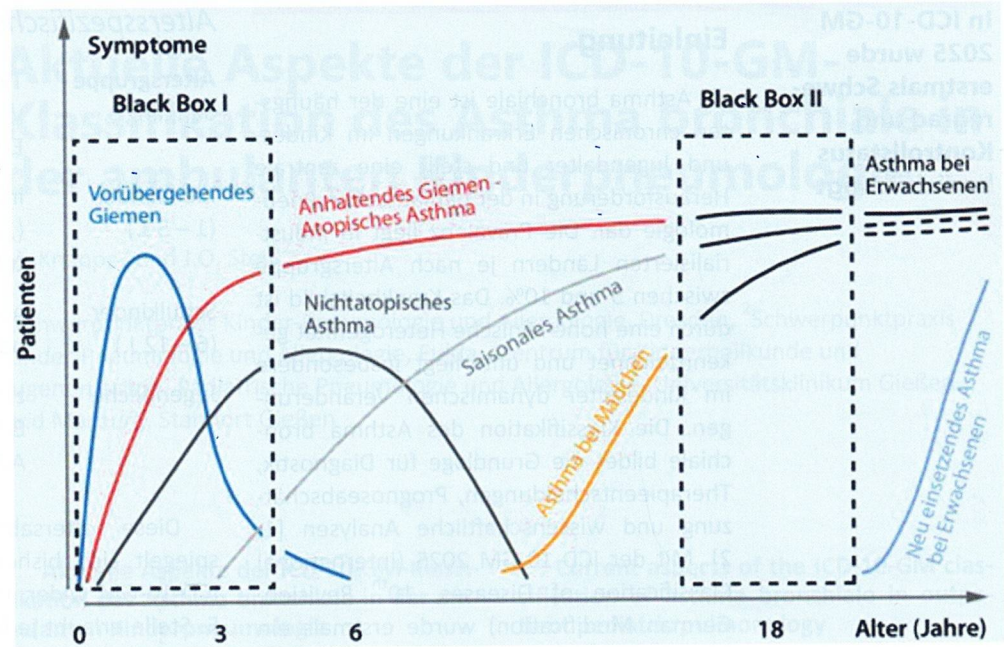


Abb. 1. Giemen und Asthma-Phänotypen im Kindes- und Erwachsenenalter. Etwa 25 – 30% der Kinder haben mindestens eine Episode von Giemen vor ihrem 3. Geburtstag, jedoch besteht eine erhebliche klinische Heterogenität (gestrichelter Kasten I). Welche Patienten tatsächlich im Kindesalter ihre Beschwerden wieder verlieren oder ein anhaltendes Asthma entwickeln, ist noch immer nicht vollständig verstanden. Kinder mit transientem Giemen werden vor dem Schulalter symptomfrei, diejenigen mit nicht atopischem Asthma etwa nach dem 8. Lebensjahr. Einige jedoch, insbesondere Kinder mit persistierendem atopischem Giemen und saisonalen Auslösern des Giemens, entwickeln im späteren Kindes- und Erwachsenenalter ein persistierendes Asthma. Interessanterweise tritt bei Mädchen während der Adoleszenz in signifikanter Zahl ein neu beginnendes Asthma auf, was zur Verschiebung der geschlechtsbezogenen Dominanz von männlich zu weiblich beiträgt. Zwar kommt es auch im Erwachsenenalter zu neu auftretendem Asthma, jedoch ist unklar, ob sich die Unterschiede zwischen persistierenden Asthma-Phänotypen aus der Kindheit über den Übergang (gestrichelter Kasten II) ins Erwachsenenalter hinweg fortsetzen (modifiziert nach Fuchs et al. [4]).

**In ICD-10-GM
Version 2025
wird jeder
Asthma-Code um
eine Endziffer
ergänzt**

J45.9 Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet

In der fachärztlichen Versorgung sollte dieser Code nur in Ausnahmefällen verwendet werden.

Die neue 5. Stelle: Einordnung von Schweregrad und Kontrollstatus

Überblick

Mit der ICD-10-GM Version 2025 wird jeder Asthma-Code um eine Endziffer ergänzt. Diese Klassifikation ist erstmals multidimensional, indem sie sowohl die prognostisch bedeutsame Schwere als auch die Kurzzeitkontrolle abbildet (Tab. 1).

Schweregraddefinition nach NVL Asthma (Version 2024)

Schweres Asthma soll Asthma bei Kindern und Jugendlichen genannt werden, wenn trotz fachgerechter und adäquater

Therapie mit dem Ziel einer guten Asthmakontrolle dauerhaft (> 6 Monate) eine Add-on-Therapie mit einem langwirkendem Anticholinergikum (LAMA) oder einem Biologikum (zum Beispiel Omalizumab, Dupilumab, Tezepelumab, Mepolizumab) erfolgen und/oder eine hohe ICS-Tagesdosis verabreicht werden muss [1]:

Der Schweregrad richtet sich dabei nicht nach der aktuellen Symptomatik, sondern der zum Erreichen der Asthmakontrolle minimal erforderlichen Therapie (Abb. 2) [3].

Definition der Asthmakontrolle

Die NVL definiert drei Kontrollstufen:

- gut kontrolliert: keine relevanten Symptome
- teilweise kontrolliert: gelegentliche Symptome
- unkontrolliert: häufige Beschwerden, erhebliche Einschränkungen

Tab. 1. Bedeutung der Endziffern ICD-10-GM Version 2025.

J45.0x/J45.1x/J45.8x	gut kontrolliert	teilweise kontrolliert	unkontrolliert	Ohne Angabe zu Kontrollstatus
nicht schwer	0	1	2	
schwer	3	4	5	
Ohne Angabe zu Schweregrad				9

Maßgebliche Indikatoren sind u. a. nächtliche Beschwerden, Aktivitätsniveau, Lungenfunktion, Exazerbationsfrequenz und Bedarf an SABA.

- Exazerbationen meist durch Virusinfekte getriggert werden,
- allergische Sensibilisierungen seltener sind.

Dennoch erfordert die Versorgung vieler dieser Kinder einen erheblichen Therapieaufwand. Daher ist es klinisch sinnvoll, die 5. Stelle 3 – 5 bei Kindern im Alter von 1 – 5 Jahren dann zu verwenden, wenn:

- unter regelmäßiger ICS-Therapie häufige Exazerbationen auftreten,
- ICS/LABA oder LTRA erforderlich sind,
- systemische Steroide wiederholt benötigt werden.

Dies bildet die tatsächliche Versorgungsrealität besser ab als eine strikte Leitlinieninterpretation.

Besondere Situation im Vorschulalter

Etwa 25 – 30% der Kleinkinder erleben vor dem 3. Geburtstag bzw. etwa 40% vor dem 6. Lebensjahr mindestens eine Episode mit Virus induzierter bronchialer Obstruktion. Nur ein Teil entwickelt später Asthma bronchiale.

Die Leitlinienkriterien zur Definition von „schwer“ lassen sich auf diese Altersgruppe kaum anwenden, da:

- Lungenfunktionsuntersuchungen häufig nicht möglich sind,

Praktische Anwendung der neuen Kodierung

Dokumentationsqualität

Die neuen Codes fördern eine präzisere Darstellung des Verlaufs, erleichtern die Kommunikation zwischen Versorgern und verbessern die Strukturierung der Praxisdokumentation.

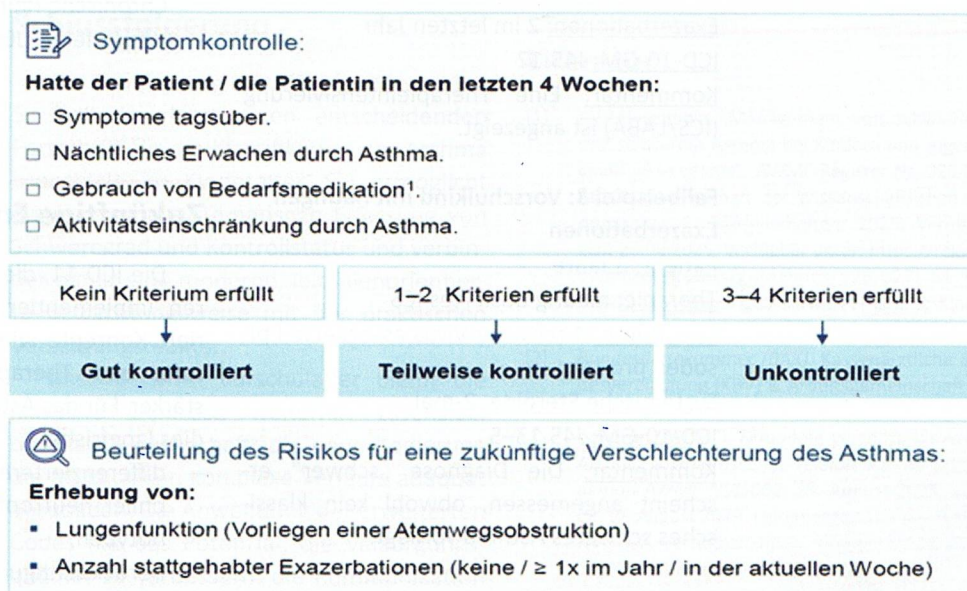


Abb. 2. Grade der Asthmakontrolle (aus Nationaler Versorgungsleitlinie Asthma bronchiale; AWMF [2]).

¹ Bei Jugendlichen ab 12 Jahren, die in Stufe 2 ausschließlich die Fixkombination (ICS niedrigdosiert und Formoterol) bedarfsweise anwenden, ist das Kriterium nicht anwendbar: Bei gut kontrolliertem Asthma wird die Fixkombination nicht häufiger als zweimal pro Woche angewandt.

Eine sorgfältige Nebendiagnosen-Kodierung bildet den Versorgungsbedarf ab

Steuerung therapeutischer Entscheidungen

Therapieeskalation oder -deeskalation können auf Basis des dokumentierten Kontrollstatus objektiviert werden.

Epidemiologische Bedeutung

Eine differenziertere Erfassung schwerer und komplexer Verläufe wird möglich, was zukünftige Forschung erleichtert.

Fallbeispiele

Fallbeispiel 1: Gut kontrolliertes allergisches Asthma

Patient: 10 Jahre, Hausstaubmilbenallergie

Therapie: niedrig dosiertes ICS

Symptome: keine nächtlichen Beschwerden, keine Exazerbationen

Lungenfunktion: normal

ICD-10-GM: J45.00

Kommentar: Eine stabile, gut kontrollierte Form unter Minimaltherapie.

Fallbeispiel 2: Nichtallergisches Asthma – unkontrolliert

Patientin: 14 Jahre

Therapie: mitteldosiertes ICS

Symptome: nächtliche Beschwerden, häufig SABA

Exazerbationen: 2 im letzten Jahr

ICD-10-GM: J45.12

Kommentar: Eine Therapieintensivierung (ICS/LABA) ist angezeigt.

Fallbeispiel 3: Vorschulkind mit häufigen Exazerbationen

Patient: 3 Jahre

Therapie: niedrig dosiertes ICS

Symptome: 4 schwere Virus assoziierte Episoden pro Jahr

Systemische Steroide: 2-mal

ICD-10-GM: J45.13–5

Kommentar: Die Diagnose „schwer“ erscheint angemessen, obwohl kein klassisches schweres Asthma vorliegt.

Fallbeispiel 4: Schweres allergisches Asthma unter Biologikum

Patientin: 16 Jahre

Therapie: hochdosiertes ICS/LABA + LAMA, seit 8 Monaten Biologikum

Kontrolle: gut

ICD-10-GM: J45.03

Kommentar: Die Schwere bleibt bestehen, auch bei guter Kontrolle unter Biologika.

Fallbeispiel 5: Mischtyp mit saisonaler Symptomatik

Patient: 12 Jahre

Symptome: Belastungsasthma + Pollenallergie

Therapie: ICS bei Bedarf

Kontrolle: teilweise

ICD-10-GM: J45.81.

Zusatz- und Begleitdiagnosen

Asthma ist häufig mit Komorbiditäten assoziiert. Eine sorgfältige Nebendiagnosen-Kodierung verbessert die Dokumentation und bildet den Versorgungsbedarf ab (Abb. 3).

Wichtige Zusatzdiagnosen

- Allergische Rhinitis (J30.x)
- Atopische Dermatitis (L20)
- Adipositas (E66.x)
- Gastroösophagealer Reflux (K21.x)
- Chronische Rhinosinusitis (J32.x)
- Virusinfekte (J00 – J06)

Zukünftige Entwicklungen

Die ICD-11, die in den kommenden Jahren implementiert werden könnte, integriert Konzepte wie Biomarker, Endotypisierung und Therapieantworten wesentlich stärker. Für das Asthma bronchiale bedeutet dies langfristig:

- differenziertere Klassifikationen eosinophiler, neutrophiler und gemischter Phänotypen,
- Berücksichtigung von Biomarkern (FeNO, Blut-Eosinophile),
- differenzierte Abbildung von Biologika-Ansprechern.

Diagnose:	Ggf. zusätzlich Begleitdiagnosen	Ggf. zusätzlich Zusatzkodierung	Ggf. zusätzlich Besonderes	Ggf. zusätzlich Therapie
J 45.0 0 bis 5 (oder 9) Allergisches Asthma	J30.1 Allergische Rhinitis durch Pollen			
J45.1 0 bis 5 (oder 9) Intrinsisches Asthma Infekt-Asthma Anstrengungs-Asthma Kleinkind-Asthma	J30.2 Sonstige saisonale allergische Rhinitis J30.3 Perenniale allergische Rhinitis J31.0 Chronische Rhinitis		Z58 Nikotinbelastung Umgebung	
J45.8 0 bis 5 (oder 9) Mischform des Asthma bronchiale	J30.0 Vasomotorische Rhinitis	Z00.0 Erstuntersuchung fachärztlicher Patient	Z72.0 Nikotinkonsum	
J45.9 0 bis 5 (oder 9) Asthma, nicht näher bezeichnet*	H10.1 Allergische Konjunktivitis L20.8 Atopisches Ekzem	Z01.9 Fachärztlicher Patient	F17.1 Rauchen (Abhängigkeit)	Z51.6 Allergen-spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung)
J46 Asthmaanfall/Status/ Asthmaexazerbation	K12.3 Orale Mucositis (Medikamenteninduziert) T78.1 Pollenassoziierte Nahrungsmittelallergie (OAS) T78.1 Nahrungsmittelallergie T78.0 Anaphylaxie auf Nahrungsmittel K20.0 Eosinophile Ösophagitis K21.9 Gastroösophagealer Reflux (GÖR) F45.33 Dysfunktionelle respiratorische Symptome (DRS)	Z04.9 Überwiesener fachärztlicher Patient	F19.1 Medikamenten- Abusus (Salbutamol) T88.7 Medikamenten- unverträglichkeit Z91.1 Non-Compliance	Z51.88 Biologikatherapie
	* unzureichende fachärztliche Diagnose			

Abb. 3. Begleitdiagnosen bei ICD-10-GM 2025-Asthma bronchiale.

Die ICD-10-GM 2025 stellt somit einen Übergangsschritt dar.

Interessenkonflikt

Keine.

Schlussfolgerung

Die Erweiterung der ICD-10-GM um eine 5. Stelle markiert einen entscheidenden Fortschritt für die Klassifikation des Asthma bronchiale im Kindesalter. Sie ermöglicht erstmals eine systematische Erfassung von Schweregrad und Kontrollstatus und verbindet damit eine moderne, leitlinienorientierte Betrachtungsweise mit der praktischen Versorgungsrealität.

Besonders im Vorschulalter bleibt die klinische Expertise weiterhin essenziell, doch auch hier schafft die neue Kodierung die Möglichkeit, komplexe Verläufe adäquat abzubilden. Die Anwendung der erweiterten Codes hat das Potenzial, die Versorgungsqualität zu verbessern, die Kommunikation zwischen Versorgungsebenen zu erleichtern und die Grundlage für epidemiologische Forschung zu stärken.

Literatur

- [1] AWMF-Leitlinie „Management von schwierigem und schwerem Asthma bei Kindern und Jugendlichen“ (S1-Leitlinie). AWMF-Register-Nr. 026-027. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; 2025. Veröffentlicht 23.06.2025. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/026-0271_S1_Management-schwieriges-schweres-Asthma-Kinder-Jugendliche_2025-09.pdf (Zugriff am 29.12.2025).
- [2] Bundesärztekammer (BÄK). Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). *Nationale Versorgungsleitlinie Asthma – Langfassung, Version 5.0, S3-Leitlinie gemäß AWMF NVL-002*. 23. August 2024, gültig bis 14. August 2029. Leitlinienregister der AWMF: NVL-002. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-002>.
- [3] BfArM. ICD-10-GM Version 2025. German Modification of the ICD-10. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte; 2025. Verfügbar unter: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10->

- gm/kode-suche/htmlgm2025/block-j40-j47.htm (Zugriff am 29.12.2025).
- [4] Fuchs O, Bahmer T, Weckmann M, Dittrich AM, Schaub B, Rösler B, Happle C, Brinkmann F, Ricklefs I, König IR, Watz H, Rabe KF, Kopp MV, Hansen G, von Mutius E; ALLIANCE Study Group as part of the German Centre for Lung Research (DZL). The all age asthma cohort (ALLIANCE) – from early beginnings to chronic disease: a longitudinal cohort study. *BMC Pulm Med.* 2018; 18: 140.
- [5] GINA – *Global Initiative for Asthma*. Global Strategy for Asthma Management and Prevention: 2025 Report. Global Initiative for Asthma; 2025. Verfügbar unter: <https://ginasthma.org/2025-gina-strategy-report/> (Zugriff am 29.12.2025). Global Initiative for Asthma – GINA.
- [6] *European Respiratory Society (ERS) Paediatric Asthma Guidelines*. European Respiratory Society clinical practice guidelines for the diagnosis and management of asthma in children. *Eur Respir J.* 2021; 58: 2004173.