

Disease Management Programm Asthma bronchiale: Wie läuft es an?

Jürgen Seidenberg, Kinderklinik Oldenburg

Die Umsetzung des Disease Management Programms (DMP) Asthma bronchiale erfolgt länderspezifisch sehr unterschiedlich. Die Bayern waren die schnellsten und verhandelten besser als die Niedersachsen, die das Vertragswerk erst am 1. März 2007 in Kraft setzten. Nicht nachvollziehbar ist die unterschiedliche Handhabung in vielerlei Aspekten, sei es im Bereich der qualitativen Anforderungen oder der Vergütung der erbrachten zusätzlichen Dokumentationsleistungen, z. B. beim Versorgungsebene-2-Arzt. In einigen Ländern wird dies kostenfrei erwartet. Die Vertreter der Fachgesellschaften hatten bei den Verhandlungen oft nicht einmal beratende Funktion, mehrfache Gesprächsangebote an die verhandelnden Krankenkassen oder kassenärztlichen Vereinigungen (KV) blieben ohne positive Resonanz.

Kaum war das Gesetz im Land verabschiedet, wurden schon viele Patienten durch die Krankenkassen über die hervorragende Qualitätsverbesserung ihrer zukünftigen Versorgung informiert, bevor mehr als eine Handvoll Ärzte den Antrag auf Versorgungsebene-1-Arzt ausgefüllt hatte. Verwirrte Patienten befragten ihren Arzt, der selbst noch nicht ausreichend informiert war und deshalb eine Einschreibung in diesem Fall für nicht so notwendig erachtete. Auf Nachfrage bei der Krankenkasse nach der nächsten Schulungsmöglichkeit erhielten die Patienten eine Adresse am anderen Ende der Stadt. Sie müssten aber erst DMP-Patient bei jenem Arzt werden und könnten nicht gleichzeitig bei ihrem bisherigen Arzt wohnortnah betreut werden. Das

war sicher nicht im Sinne der Schulungsärzte, die ihr Angebot den Kollegen ohne Patientenübernahme anbieten wollten.

Ist der Bedarf plötzlich gedeckt?

Während sich die Kinder- und Jugendärzte in dem einen Bundesland rasch zusammensetzten und eine kooperative Versorgungsstruktur für Ebene 1 bis 3 entwickelten, wird anderswo das Ziel der „besseren Qualität der Versorgung“ der asthmakranken Kinder und Jugendlichen hinter persönliche Interessen zurückgestellt. Zahlreiche langjährige Asthmaschuler oder frischgebackene Kinderpneumologen werden plötzlich aus der Behandlung asthmakranker Kinder ausgeschlossen, da sie nicht Vertragsarzt der KV sind, sondern als Kinderklinikarzt erst von der KV hierzu ermächtigt werden müssen. Der Bedarf sei gedeckt – kann dieses Argument wirklich gelten angesichts der Tatsache, dass das DMP Asthma ins Leben gerufen wurde, um die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/01 festgestellte deutliche Unter- und Fehlversorgung asthmakranker Kinder und Jugendlicher zu korrigieren? Wird die endlich erfolgreiche Bemühung, die speziellen Fähigkeiten kinderpneumologisch arbeitender Ärzte nun auch durch die Weiterbildungsordnung anerkannt zu haben, durch kinder- und jugendärztliche Kollegen in der Praxis unterlaufen? Die Mehrheit der asthmakranken Kinder wird auch heute noch nicht leitliniengerecht behandelt und selbst schwerranke Kinder erhalten nicht die notwendige

Überweisung zu Fachkollegen mit den entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Das hehre Ziel des DMP, die Verbesserung der Versorgung der asthmakranken Kinder, sollte aufgegriffen und nicht durch eitles Konkurrenzdenken blockiert werden.

Wer hat die primäre Zuständigkeit?

Dieser Appell ist auch an unsere internistischen Kollegen gerichtet. Selbstverständlich war und ist es noch weiterhin notwendig, dass Pneumologen ohne kinder- und jugendärztliche Ausbildung die vorhandenen Versorgungslücken schließen und viele Kinder fachpneumologisch betreuen. Aber ist es denn notwendig oder gar fachgerecht, dass im Nordwesten Deutschlands auf Antrag eines Pneumologen einem Kinderallergologen/-pneumologen und Asthmaschuler mit sofortiger Wirkung die Ermächtigung zur Durchführung der Lungenfunktion und Allergieteste entzogen wird, da der Internist den Bedarf allein ausreichend abdecken könnte? Setzt man die Quertalszahlen des Kinderarztes mit ca. 60 Patienten den nach eigenen Angaben 750 betreuten Kindern des Pneumologen entgegen, kann es wohl nicht eine ernstzunehmende Sorge um die Existenz der Praxis sein, die zu solch unkooperativem Verhalten Anlass gab. Eventuelle Einwände, besser pneumologisch ausgebildet zu sein, müssen anhand der fehlenden Aus- und Weiterbildung in der Kinderheilkunde und des bekannt großzügigen Einsatzes systemischer Steroide bei Kindern durch den Pneumologen

zumindest für diese Altersgruppe relativiert werden. Doch da dies kein Einzelfall ist: Hand aufs Herz, liebe internistische Kollegen, wer von Ihnen würde die geforderten Kenntnisse zu den Differenzialdiagnosen des Kleinkind-Asthas wie der transienten obstruktiven Bronchitis, dem Postbronchiolitis-Syndrom, der New-BPD, angeborenen Fehlbildungen, Mukoviszidose etc. mit Leichtigkeit darstellen können? Und wie geläufig sind Ihnen Medikamentendosierungen und Intubation bei einem anaphylaktischen Notfall eines Sechsjährigen nach einer Hyposensibilisierung? Auch Asthaschulungen für Kinder können im DMP nur mit entsprechender Ausbildung gemäß den Richtlinien der AG Asthaschulung im Kindesalter erfolgen. Mit Entzug der Ermächtigung darf der erwähnte Pädiater nun auch nicht am DMP teilnehmen und hierüber ambulante Schulungsleistungen erbringen. Somit ist das bisher einzige Schulungsangebot für

Kinder in dieser Region blockiert. Bedarf ausreichend abgedeckt?

Während die Anforderungen des DMP an Ebene-3-Ärzte (zur stationären Versorgung in der Kinderklinik) die kinder- und jugendärztliche Weiterbildung voraussetzen, ist diese klare Zuordnung der Kinder zu Kinder- und Jugendärzten dem Vertragswerk für Versorgungsebene 1 und 2 nicht sicher zu entnehmen. Der Deutsche Bundestag hat in seiner Sitzung am 27. Juni 2002 einstimmig den Beschluss gefasst, „... die primäre Zuständigkeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen liegt aufgrund seiner speziellen Ausbildung beim Pädiater“. Die Nationale Versorgungsleitlinie Asthma bronchiale wurde speziell für Kinder und Jugendliche von Pädiatrischen Pneumologen erstellt, ebenso die AWMF-Leitlinie Asthma bronchiale für Kinder und Jugendliche. Entsprechend sollten die KVen umdenken und sicherstellen, dass für Ebene 2 primär ein

entsprechend ausgebildeter Pädiater zur Verfügung steht und erst der zusätzliche Bedarf durch unsere internistischen Kollegen ergänzt wird. Die neu entwickelte intensive Zusammenarbeit zwischen den internistischen und pädiatrischen Fachgesellschaften sowohl in der Pneumologie als auch in der Allergologie, z. B. bei Kongressen und der Leitlinienerstellung, sollte Vorbild sein für die Kooperation in der Betreuung der Patienten vor Ort.

Weitere Erfahrungsberichte und Stellungnahmen zur Umsetzung des DMPs sind erwünscht.

*Prof. Dr. med. Jürgen Seidenberg
Klinik für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Neonatologie und Intensivmedizin, Zentrum für Kinder und Jugendmedizin, Klinikum Oldenburg
Dr.-Eden-Str. 10, 26131 Oldenburg
E-Mail: seidenberg.juergen@kliniken-oldenburg.de*

Das DMP in der Region Nordrhein

Die Situation der Kinder und Jugendlichen bei Einschreibung

Bernd Hagen, Lutz Altenhofen, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln

Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Genetische Faktoren und Umwelteinflüsse sind sehr bedeutsam für die Manifestation der Erkrankung. Ein Hauptanliegen des Disease Management Programms (DMP) Asthma bronchiale/Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD) ist es, über die Förderung von Selbstmanagement und Verhaltensänderungen bei den Patienten den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Hierbei können, wie der DMP-Vertrag

[1] ausführt, eine „adäquate Betreuung und der kompetente Umgang der Patienten mit der Erkrankung“ den Gesundheitszustand und die Lebensqualität verbessern und das Auftretensrisiko von Folgeerkrankungen vermindern. Eine möglichst „frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Patientenbetreuung sowie eine individualisierte Therapie“ sollen darüber hinaus auch helfen, die Behandlungskosten zu verringern.

Das DMP verfolgt die Ziele:

1. Vermeidung/Reduktion von
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen,
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
 - einer Progredienz der Krankheit,

- unerwünschten Wirkungen der Therapie bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität;
2. Reduktion der asthmabedingten Letalität.

Kinder und Jugendliche als besonderer Schwerpunkt

Die Erkrankung an Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter unterscheidet sich hinsichtlich Auslösern, Auftretenshäufigkeit, Behandlung und Krankheitsverlauf zum Teil ausgeprägt von dem Asthma im Erwachsenenalter. Bezüglich ihrer Prävalenz wird angenommen, dass diese unter Kindern mit zehn Prozent etwa doppelt so groß ist wie unter Erwachsenen mit ca. fünf Prozent und weiter zunimmt. Deshalb wurde bereits im zweiten Absatz der Präambel des DMP-Vertrags festgelegt, dass der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen sei. Die nachfolgenden Darstellungen versuchen vor diesem Hintergrund, einen ersten Überblick über die Situation der Kinder und Jugendlichen bei Einschreibung in das DMP zu geben.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist auch Inhalt der halbjährlich an alle teilnehmenden Praxen versandten Feedback-Berichte. Diese werden vom Zentralinstitut für die kassenärzt-

liche Versorgung produziert. Den aktuellen Feedback-Bericht für das DMP Asthma bronchiale erhalten insgesamt 1.871 Ärzte, die mindestens zwei Patienten in das DMP eingeschrieben haben. Neben einer allgemeinen Übersicht der Ergebnisse in allen Praxen finden die teilnehmenden Ärzte in dem Bericht eine individuelle Auswertung der Ergebnisse ihrer Patienten. Alle nachfolgenden Darstellungen finden sich auch in dem aktuellen Feedback-Bericht für Ärzte, die ausschließlich Kinder und Jugendliche im DMP Asthma bronchiale betreuen.

Keine Unterscheidung nach Schweregraden

Zugrunde liegen die Daten aller 4.624 Kinder und Jugendlichen, die bis zum 30. Juni 2007 in das DMP eingeschrieben wurden. Diese werden von insgesamt 659 Ärzten aus 478 Praxen betreut. Im Mittel sind dies etwa zehn Patienten pro Praxis. 1.391 (37,1%) dieser Patienten sind Mädchen. 879 (19,0%) Patienten kann aufgrund der vorliegenden Informationen kein Geschlecht zugeordnet werden, von fünf (0,1%) Patienten ist die Erkrankungsdauer unbekannt. Abb. 1 zeigt die Verteilung der Altersgruppen.

Die meisten Kinder und Jugendlichen (74,2%) wurden über eine diagnose-spezifische Regelmedikation in das DMP eingeschrieben. Alternativ oder ergänzend hierzu erfolgte bei 33,8 Pro-

zent dieser Patienten die Einschreibung über einen Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika, bei 32,6 Prozent über den Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität.

Luftnot verursachende Begleiterkrankungen sind unter den jungen Asthma-bronchiale-Patienten sehr selten und lediglich bei 1,3 Prozent zu beobachten. Das Dokumentationsschema für eine asthmatische Symptomatik gestattet im Rahmen des DMP keine Unterscheidung zwischen den unterschiedlichen Asthma-Schweregraden. Hierzu müssten, wie z.B. in der Nationalen Versorgungsleitlinie dargestellt, nächtliche getrennt von tagsüber auftretenden Symptomen, die Sekundenkapazität der Lunge (FEV₁), Beeinträchtigungen der körperlichen Aktivität sowie bei erwachsenen Asthmatikern auch der tägliche Medikationsbedarf genauer erfasst werden. Stattdessen kann lediglich die Symptom-Häufigkeit dokumentiert werden. Hierbei ist aber zu beachten, dass aus den Dokumentationen nicht der Zeitraum hervorgeht, auf den sich die angegebene Symptomatik bezieht. Abb. 2 zeigt, dass bei etwa nur jedem zehnten Patienten eine tägliche Asthma-Symptomatik dokumentiert ist.

Entwicklung bis zur Folgedokumentation

Bis zum 30. Juni 2007 lagen von 2.439 (52,7%) Kindern und Jugendlichen ak-

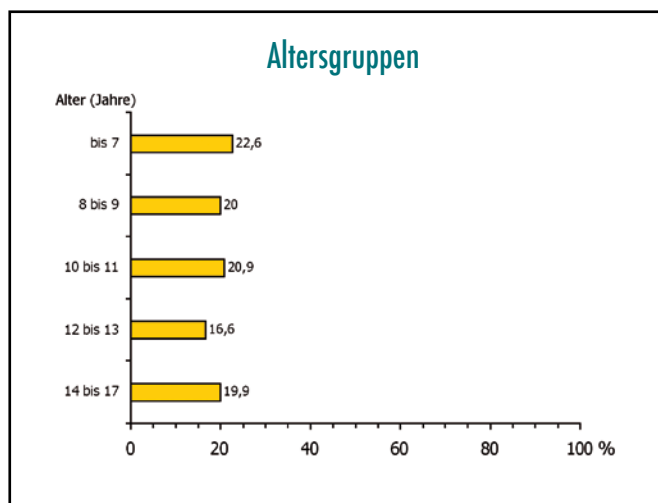


Abb. 1

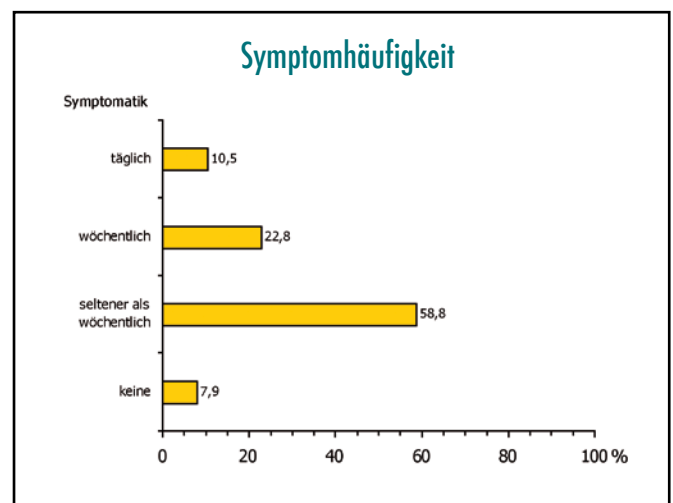


Abb. 2

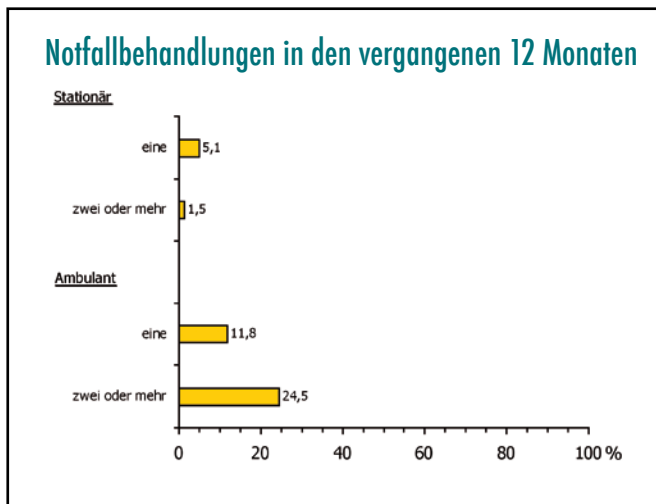


Abb. 3

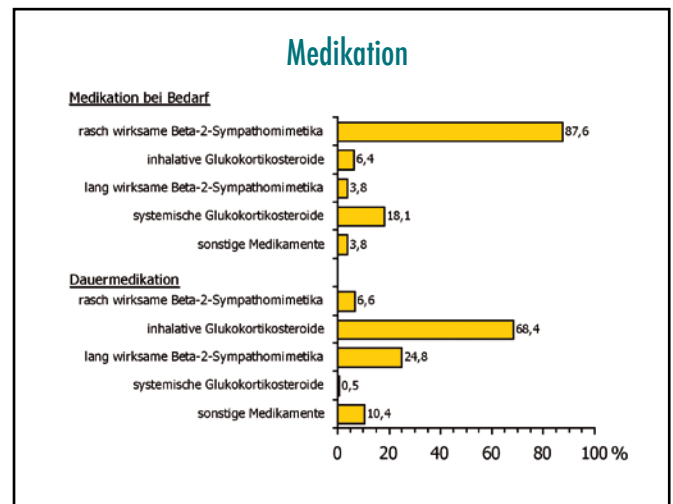


Abb. 4

tuelle Folgedokumentationen vor. In der Zeit zwischen Einschreibung und Folgedokumentation, die momentan im Mittel bei 4 ± 2 Monaten liegt, hat sich bei 40,4 Prozent dieser Patienten die Asthma-Symptomatik verbessert, bei 50,2 Prozent treten die Asthma-Symptome mit gleicher Häufigkeit auf und bei 9,3 Prozent der Patienten hat sich die Symptomatik verschlechtert.

Rauchen und Übergewicht sind als wichtige Begleitfaktoren für eine Verschlechterung einer Asthma-Symptomatik anzusehen. Insgesamt sind jedoch sehr wenige, nämlich 85 (1,8%) aller jungen Asthma-Patienten als Raucher dokumentiert. Deutlich übergewichtig sind 16,8 Prozent der Kinder und Jugendlichen. Als weiterer Befund kann auf dem Dokumentationsbogen die Veränderung des durchschnittlichen Peak-flow-Wertes vermerkt werden. Überwiegend wird hiervon bislang aber kein Gebrauch gemacht oder der Peak-flow-Wert erstmalig dokumentiert. Bei 34,7 Prozent aller Kinder und Jugendlichen wurde der mittlere Peak-flow-Wert wiederholt gemessen. Bei 29,3 Prozent dieser Patienten hat er sich verbessert, bei 13,3 Prozent verschlechtert. Genauere Aussagen zur Veränderung des durchschnittlichen Peak-flow-Wertes werden offensichtlich erst im weiteren Verlauf des DMP möglich sein, wenn Vergleichswerte zu der erstmaligen Dokumentation in größerer Menge vorliegen.

Die Vermeidung notfallmäßiger Asthma-Behandlungen ist das erste DMP-Qualitätsziel. Abb. 3 zeigt, dass stationäre Notfallbehandlungen eher selten erfolgen, ambulante jedoch bei etwa einem Drittel aller Patienten dokumentiert sind.

Medikation

Wir möchten an dieser Stelle keine allgemeine Einführung in die Asthma-Behandlung von Kindern und Jugendlichen geben, da hierzu bereits eine Vielzahl aktueller Veröffentlichungen vorliegen [u. a. 4, 5, 7, 10–12]. Ebenfalls erfolgt hier keine separate Ausführung zu Auslösern und Risikofaktoren, der kinderspezifischen Prävalenz und Differenzialdiagnostik, den Effekten der Schulungen auf die Fähigkeit zum Selbstmanagement oder zu den verschiedenen Präventionsansätzen. Auch zu diesen Themen findet der interessierte Leser mühelos eine umfangreiche Menge neuerer Beiträge [z. B. 2, 3, 6, 8, 9, 13, 14].

Bei der medikamentösen Therapie des Asthma bronchiale wird zwischen Langzeittherapeutika (long-term control medications) und Bedarfstherapeutika (quick-relief medications) differenziert. Gemäß den Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zählen zu den Dauermedikamenten vorrangig inhalative Glukokortikosteroide (syn. Kortikoide, ICS). Als erweiterte Dauerme-

dikation kommen lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (syn. Beta-Agonisten, LABA) in Betracht, in begründeten Fällen daneben systemische/orale Glukokortikosteroide (OCS), Antileukotriene oder Theophyllin mit verzögerter Wirkstofffreisetzung. Als Bedarfstherapeutika werden primär rasch wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika (SABA) empfohlen. In begründeten Fällen kommen auch rasch wirksame Anticholinergika, Theophyllin mit rascher Wirkstofffreisetzung und für maximal ein bis zwei Wochen systemische Glukokortikosteroide in Betracht.

Als wirksamste Bronchodilatoren bei der symptomatischen Behandlung der Atemwegsobstruktion und Dyspnoe sind die rasch wirksamen Beta-2-Sympathomimetika anzusehen. Inhalative Glukokortikosteroide gelten als derzeit wirksamste Langzeittherapeutika des Asthma, deren antiinflammatorische Wirkung vielfach belegt ist. Bei der Langzeittherapie sind dosisabhängig allerdings Auswirkungen auf die Nebennierenrinde, das Osteoporose-Risiko und (bei Kindern) das Körperwachstum zu beachten.

Insgesamt erhalten 90,2 Prozent aller Kinder und Jugendlichen eine Medikation bei Bedarf und 75,0 Prozent eine Dauermedikation. 66,3 Prozent aller Kinder und Jugendlichen erhalten eine Kombination aus Bedarfs- und Dauermedikation. Nicht medikamentös werden nur 1,1 Prozent dieser Patienten

Die derzeit häufigsten Kombinationsverordnungen bei Kindern und Jugendlichen im DMP Asthma bronchiale Nordrhein

	abs.	in %
SABAb + ICSD	1.397	30,2
SABAb	935	20,2
SABAb + ICSD + LABAd	532	11,5
SABAb + OCSb + ICSD	292	6,3
SABAb + OCSb + ICSD + LABAd	266	5,8

b: bei Bedarf; d: dauerhaft; alle anderen Kombinationen liegen unter 5 Prozent;
 SABA: Short Acting Beta Agonists (kurz wirksame Beta-Agonisten), ICS: Inhaled Corticosteroids (inhalative Kortikoide), LABA: Long Acting Beta Agonists (lang wirksame Beta-Agonisten), OCS: Oral Corticosteroids (orale Kortikoide)

Tab. 1

behandelt. In Abb. 4 ist dargestellt, mit welcher Verordnungshäufigkeit Kinder und Jugendliche bei Einschreibung in das DMP die einzelnen Präparategruppen erhalten.

Die Ergebnisse zeigen, dass inhalative Kortikoide zusammen mit lang wirksamen Beta-Agonisten die dominierende Rolle in der Dauertherapie spielen. Orale Kortikoide sind hier dagegen von eher untergeordneter Bedeutung. Dieser Befund sollte bei der Interpretation der beiden, auf die genannten Therapien bezogenen DMP-Qualitätsziele berücksichtigt werden.

Tab. 1 beschreibt die fünf derzeit im DMP Asthma bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten zu beobachtenden Kombinationsverordnungen aus den beiden häufigsten Bedarfs- und sämtlichen Dauermedikationen. Als klinisch kritisch zu bewerten wäre unter den genannten Kombinationen vor allem eine Verordnung rasch wirksamer Beta-Agonisten bei Bedarf und lang wirksamer als einziger Dauermedikation ohne Einschluss inhalativer Kortikoide in der Dauerbehandlung. Dies Muster findet sich jedoch nur bei 5,5 Prozent der Patienten.

Eine Dauermedikation hängt mit der Asthma-Symptomatik zusammen: 87,3 Prozent der Patienten mit täglich auftretenden Symptomen erhalten eine Dauermedikation, hingegen nur 70,1 Prozent der Patienten, bei denen Symptome seltener als wöchentlich auftreten. Pati-

enten, die unter einer täglichen Asthma-Symptomatik leiden, erhalten nur selten rasch wirksamen Beta-Agonisten bei Bedarf. Unter allen Patienten ist dies bei 2,9 Prozent der Fall.

Schulungen

Im Rahmen fast aller DMPs wird von den eingeschriebenen Patienten eine aktive Teilnahme an Schulungen erwartet. Entsprechend wurde auch im DMP Asthma bronchiale als ein Qualitätsindikator festgelegt, den Anteil der Patienten zu erhöhen, die nach einer Schulungsempfehlung an einer solchen teilgenommen haben. Ergänzend hierzu sollte bei einer Neuerkrankung oder Medikationsumstellung eine Überprüfung der Inhalationstechnik erfolgen. In Abb. 5 wird gezeigt, in welchem Ausmaß bei der Einschreibung bereits eine Schulung erfolgt war bzw. eine Schulungsempfehlung ausgesprochen und/oder die Inhalationstechnik überprüft wurde.

Neben der Patientenschulung kann ein körperliches Training sowie bei übergewichtigen Asthmatikern eine Gewichtsreduktion zu einer Verringerung der Asthma-Symptomatik beitragen. Von großer Bedeutung hierfür sind auch ein Vermeiden des aktiven und passiven Rauchens sowie psychosoziale Behandlungskonzepte, zumal Asthma auch häufig psychosoziale Beeinträchtigungen bei den Patienten hervorruft. In diesem

Schulungen

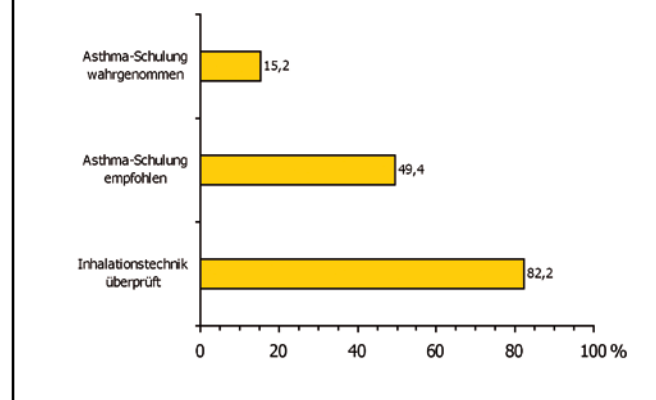


Abb. 5

Kontext ist auch das Qualitätsziel einer möglichst hohen Anzahl an Patienten zu sehen, die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan einsetzen. Dieser sollte Hinweise geben zur Dauer-, Bedarfs- und Notfallbehandlung sowie zum Peakflow-Grenzwert. Abb. 6 stellt dar, in welchem Ausmaß Rauchern bzw. Nicht-Rauchern ein Rauchverzicht bzw. das Vermeiden des Passivrauchens nahegelegt wurde, ein Selbstmanagement-Plan ausgegeben wurde und wie häufig hausärztliche betreute Patienten überwiesen wurden.

Qualitätssicherung

Laut Anlage 9 des DMP-Vertrags soll die Qualitätssicherung gewährleisten, dass die zentralen Programmziele umgesetzt werden. Nach den entsprechenden Ausführungen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung müssen dabei die folgenden Bereiche abgedeckt werden:

- Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen
- Einhaltung der in Verträgen vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität
- Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation
- Aktive Teilnahme der Versicherten

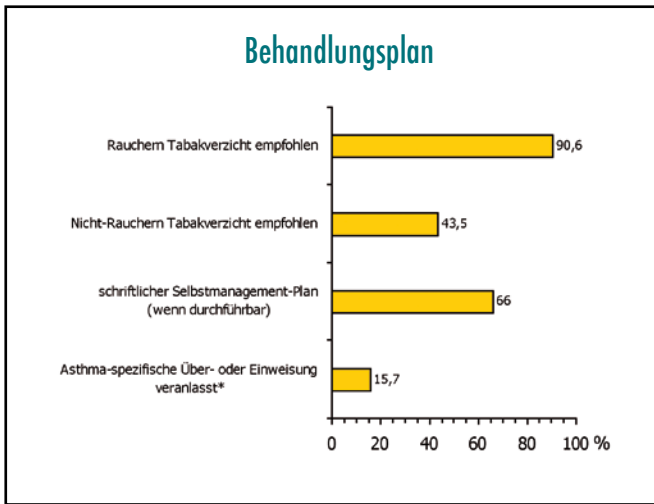


Abb. 6: Mehrfachnennungen möglich; Raucher: 85, Nicht-Raucher: 4.539, Patienten, bei denen ein Selbstmanagement-Plan durchführbar ist: 4.438
* nur bei hausärztlich betreuten Patienten: 2.935

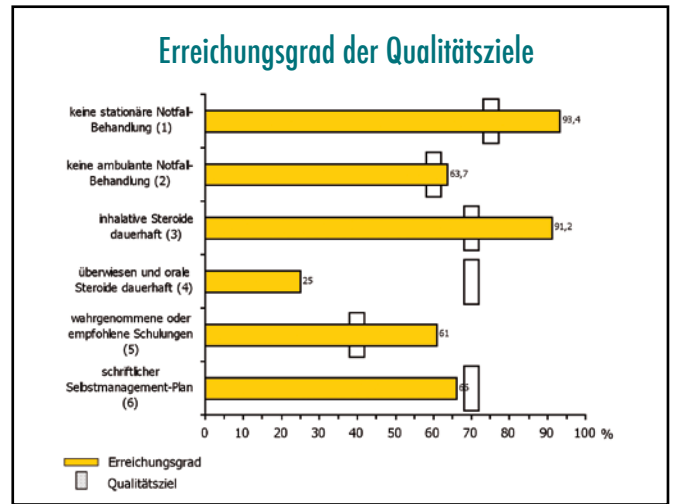


Abb. 7: Bezugsbasis: 1, 2 und 5: alle Patienten; 3: Patienten mit einer Dauermedikation; 4: hausärztlich betreute Patienten, denen orale Kortikoide als Dauermedikation verordnet werden; 6: Patienten, bei denen dieser durchführbar ist.

Im Vordergrund stehen bei den Qualitätszielen im DMP Asthma neben der medikamentösen antiasthmatischen Therapie insbesondere nicht medikamentöse Maßnahmen. Hierzu zählen das Erstellen eines Selbstmanagement-Plans und körperliche Aktivitäten ebenso wie Schulungsmaßnahmen. Diese Maßnahmen setzten eine aktive Teilnahme der Versicherten voraus.

Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Verringerung notfallmäßiger stationärer und ambulanter Behandlungen. Hier schränken die Autoren allerdings ein, dass die derzeitige Studienlage nur ei-

ne grobe Abschätzung darüber erlaubt, in welchem Ausmaß eine leitliniengerechte Therapie tatsächlich die Anzahl notfallmäßiger Behandlungen reduzieren kann.

Die in Tab. 2 genannten Qualitätsziele wurden für das DMP Asthma bronchiale, unabhängig vom Alter der Patienten, definiert.

Aufgrund der noch sehr kurzen Vertragslaufzeit sind erst wenige Patienten in das DMP Asthma bronchiale eingeschrieben. Nachfolgend wird auf der Basis der Situation bei Einschreibung ein erster Versuch unternommen, zu klären,

inwieweit die in den Qualitätszielen definierten Aspekte erreicht werden. Die Darstellung in Abb. 7 hat aber vor dem Hintergrund der eingeschränkten Datenbasis vorrangig eine orientierende Bedeutung.

Die Darstellung zeigt, dass bei den Kindern und Jugendlichen bereits zum Zeitpunkt der Einschreibung in das DMP vier von sechs Zielen (vermindern ambulanter und stationärer Notfallbehandlungen, inhalative Steroide dauerhaft verordnen, empfohlene Schulungen wahrnehmen) erreicht werden und ein Ziel (Selbstmanagement-Plan ausge-

Die Qualitätsziele im DMP Asthma bronchiale	
<p>Notfallmäßige stationäre Behandlungen: Der Anteil der Versicherten ohne eine stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthma bronchiale in den vergangenen zwölf Monaten soll im ersten Jahr des DMP 75 Prozent oder mehr, im zweiten Jahr 85 Prozent oder mehr und im dritten Jahr 90 Prozent oder mehr betragen.</p>	<p>Überweisung bei Beginn einer Dauertherapie mit oralen Glukokortikosteroiden: Von den Versicherten, bei denen eine Dauertherapie mit oralen Kortikoiden begonnen wird, sollen im ersten Jahr des DMP 70 Prozent oder mehr, im zweiten Jahr 80 Prozent oder mehr und im dritten Jahr 90 Prozent oder mehr zum Facharzt überwiesen werden.*</p>
<p>Notfallmäßige ambulante Behandlungen: Der Anteil der Versicherten ohne eine ambulante notfallmäßige Behandlung des Asthma bronchiale in den vergangenen zwölf Monaten soll im ersten Jahr des DMP 60 Prozent oder mehr, im zweiten Jahr 70 Prozent oder mehr und im dritten Jahr 75 Prozent oder mehr betragen.</p>	<p>Wahrgenommene bei empfohlener Schulung: Von den Versicherten, denen eine Schulung empfohlen wurde, sollen bis zur nächsten Dokumentation im ersten Jahr des DMP 40 Prozent oder mehr, im zweiten Jahr 50 Prozent oder mehr und im dritten Jahr 60 Prozent oder mehr diese wahrgenommen haben.*</p>
<p>Inhalative Glukokortikosteroide als Dauermedikation: Von den Versicherten mit einer Dauermedikation sollen im ersten Jahr des DMP 70 Prozent oder mehr, im zweiten Jahr 80 Prozent oder mehr und im dritten Jahr 90 Prozent oder mehr inhalative Kortikoide erhalten.</p>	<p>Schriftlicher Selbstmanagement-Plan: Der Anteil der Versicherten, die einen schriftlichen Selbstmanagement-Plan einsetzen, soll im ersten Jahr des DMP 70 Prozent oder mehr, im zweiten Jahr 80 Prozent oder mehr und im dritten Jahr 90 Prozent oder mehr betragen.</p>

Tab. 2: * Da diese Ziele explizit auf Veränderungen bezogen sind, kann hier nur näherungsweise ein Ausgangszustand bei Einschreibung dargestellt werden.

ben) nur knapp verfehlt wird. Lediglich bei der Überweisung von Patienten mit dauerhafter Verordnung oraler Steroide wird das Ziel unterschritten. Dies betrifft aber mit 0,5 Prozent aller Patienten ein nur sehr kleines Patientenkollektiv.

Fazit

Als Fazit ist festzuhalten, dass mit dem DMP Asthma bronchiale in Nordrhein

erstmals eine allgemeine Übersicht der Erkrankungssituation von Kindern und Jugendlichen gegeben werden kann, die in ein DMP eingeschrieben wurden. Im Sinne der DMP-Qualitätsziele zeigt sich eine sehr gute Zielerreichung bereits bei Einschreibung. Zukünftige Analysen werden darüber Auskunft geben, inwieweit sich die Gesundheitssituation der Teilnehmer verändert bzw. verbessert und in welchem Ausmaß sich

beispielsweise die Bereitschaft erhöht, Schulungen wahrzunehmen bzw. einen Selbstmanagement-Plan auszugeben.

*Dr. phil. Bernd Hagen, Dr. rer. soc. Lutz Altenhofen
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, DMP Projektbüro
Sedanstr. 10–16, 50668 Köln
E-Mail: bhagen@kbv.de*

Literatur

- [1] AOK Rheinland, Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW, Innungskassenkasse Nordrhein, Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW, Knappschaft, Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. Landesvertretung NRW, Verband der Arbeiter Ersatzkassen e.V. Landesvertretung NRW, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein u.a. (Hg.): Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale und COPD. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf 2006.
- [2] Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, Busse WW, Clark TJH, Pauwels RA, Pedersen SE for the GOAL Investigators Group: Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma control study (GOAL). *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2004, 170 (8), 836–844.
- [3] Bel EH: Severe asthma. *Review. Breathe* 2006, 3 (2), 129–139.
- [4] Berdel D, Forster J, Gappa M, Kiosz D, Leupold W, Pfeiffer-Kascha D, Rietschel E, Schuster A, Sitter H, Spindler T, Wahlen W, Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (Hg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. Leitlinie. Erstellt 1998, letzte Überarbeitung 2006. Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, Hamburg 2006.
- [5] Buhl R, Berdel D, Criée CP, Gillissen A, Kardos P, Kroegel C, Leupold W, Lindemann H, Magnussen H, Nowak D, Pfeiffer-Kascha D, Rabe K, Rolke M, Schultze-Werninghaus G, Sitter H, Ukena D, Vogelmeier C, Welte T, Wettengel R, Worth H: Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Asthma. Hg. von der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. *Pneumologie* 2006, 60 (3), 139–183.
- [6] Eder W, Ege MJ, von Mutius E: The asthma epidemic. *Review. New England Journal of Medicine* 2006, 355 (21), 2226–2235.
- [7] Global Initiative for Asthma GINA (Hg.): Global strategy for asthma management and prevention 2006. Global Initiative for Asthma, Hamilton, Ontario 2006.
- [8] Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM: Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 2003, 326 (7402), 1308–1309.
- [9] Kaiser T, Waltering A, Franz H, Sawicki PT, Arbeitsgruppe Praktische evidenzbasierte Medizin, DiEM Institut für evidenzbasierte Medizin: Entscheidungsgrundlage zur evidenzbasierten Diagnostik und Therapie bei Disease Management Programmen für Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen. DiEM – Institut für evidenzbasierte Medizin, Köln 2004.
- [10] Nowak D, von Mutius E: Asthma bronchiale im Kindes- und Erwachsenenalter: Risikofaktoren, Diagnose, Standardtherapie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2004, 129 (10), 509–516.
- [11] Rees J, Kanabar D: ABC of Asthma, 5th ed. (1. Aufl. 1984). London: British Medical Journal Books/Blackwell 2006.
- [12] Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN (Hg.): British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline. SIGN publication number 63. Royal College of Physicians, Edinburgh 2005.
- [13] Sears MR, Greene JM, Willan AR, Wieczek EM, Taylor DR, Flannery EM, Cowan JO, Herbison GP, Silva PA, Poulton R: A longitudinal, population-based, cohort study of childhood asthma followed to adulthood. *New England Journal of Medicine* 2003, 349 (15), 1414–1422.
- [14] Tattersfield A, Knox A, Britton J, Hall I: Asthma. *Review. Lancet* 2002, 360 (9342), 1313–1322.