

Disease Management Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen

Otto Laub, Kinder- und Jugendarzt, Rosenheim

Disease Management Programme wurden 2001 vom Gesetzgeber beschlossen und sollen nun in den einzelnen Bundesländern umgesetzt werden. Ein entsprechender Rahmen wurde von allen Versorgern gemeinsam auf Bundesebene erarbeitet.

Im Disease Management Programm (DMP) sollen

- der Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patienten kontinuierlich verbessert werden,
- die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf national und international anerkannten evidenzbasierten Leitlinien beruhen und
- mit geeigneten qualitätssichernden Maßnahmen verbunden sein.

Auf den ersten Blick erscheint dies alles

nicht neu; Asthma wurde auch bisher schon von Kinder- und Jugendärzten auf hohem Niveau therapiert. Allerdings gab es doch immer wieder Probleme, z.B. bei der Verordnung von Asthmaschulungen für Patienten und deren Familien oder bei der Erstattungsfähigkeit von dringend benötigten Hilfsmitteln. Zudem waren in Deutschland verschiedene Leitlinien der diversen Fachgesellschaften entstanden.

Verpflichtung zu Qualitätssicherung

Genau in diesen Bereichen schafft das DMP Asthma bronchiale nun klare Strukturen: So gewährleisten jetzt die Kassen, dass grundsätzlich jedes Kind und jeder Jugendliche im DMP ein Anrecht auf Schulung hat, sofern diese benötigt

wird. Notwendige Hilfsmittel werden für teilnehmende Patienten in der Regel problemlos erstattet. Zudem wurde eine gemeinsame Nationale Versorgungsleitlinie entwickelt. Neu ist außerdem die gemeinsame Verpflichtung zu Qualitätssicherung.

Die Behandlung der Patienten soll im DMP grundsätzlich durch den hausärztlich tätigen Kinder- und Jugendarzt erfolgen. Erst wenn Probleme auftreten, kann und soll der Hausarzt den Patienten an die nächst höhere Versorgungsstufe, den schwerpunktmäßig kinderpneumologisch oder -allergologisch tätigen Kollegen weiter verweisen. Diese Struktur hilft, Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Sicher ist, dass durch die vom DMP geforderte stärkere Dokumentation mehr

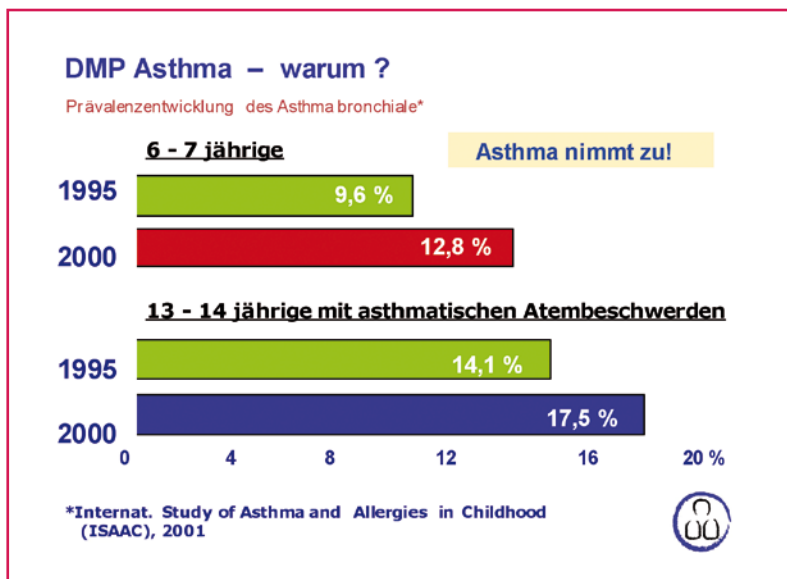


Abb. 1

Das DMP Asthma bronchiale in Bayern

Seit April 2006 ist der zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen (außer der LKK) in Bayern geschlossene Disease-Management-Vertrag für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale in Kraft. Mittlerweile nehmen weit über 400 Kinder- und Jugendarzt-Praxen an diesem Programm teil; bis Ende 2006 waren an die 10.000 Patienten eingeschrieben.

Bisher wurden mehr als 450 Kinder- und Jugendarzt-Praxen im Rahmen von Praxisseminaren „Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma“ zusätzlich geschult. Und noch immer wird Interesse an diesen Seminaren bekundet. Während des Jahres 2007 sollen nach Bedarf weitere Seminar-Angebote erfolgen.

Bemerkenswert ist das Interesse der Kollegen, sich weiter fortzubilden, um die im DMP geforderte leitlinienorientierte und moderne Asthmatherapie zu gewährleisten.

Arbeit zu leisten ist. Andererseits wird der Patient, der ja an einer ernst zu nehmenden chronischen Erkrankung leidet, enger als bisher an seinen betreuenden Arzt gebunden; dies wird die Versorgungssituation bei Asthma mittelfristig noch verbessern.

Auch die Krankenkassen haben ein erhebliches Interesse an diesem DMP-Vertrag, für sie sind es vor allem die wirtschaftliche Vorteile, die zählen: Für jeden eingeschriebenen Patienten erhält die betreffende Kasse eine Ausgleichszahlung, wodurch die Mehrkosten, die durch die langfristige Behandlung eines Asthmapatienten entstehen, zumindest teilweise aufgefangen werden.

Fazit

Zusammenfassend bringt das DMP Asthma bronchiale durchaus Vorteile für teilnehmende Patienten und deren Familien:

- eine Versorgung des Asthmas auf der Grundlage der jeweiligen aktuellen nationalen Versorgungsleitlinien;
- ein hohes Qualitätsniveau der Versorgung;
- eine standardisierte Instruktion hinsichtlich Inhalationstechniken, Notfallplan usw.;
- einen rascheren Zugang zu notwendigen Schulungsmaßnahmen für Patienten und Familien;

- die problemlose Erstattung von notwendigen Hilfsmitteln (z. B. Inhalierhilfen, Peak-Flow-Messgeräten).

Sicher wird es in der Organisation eines solchen Programms noch Anfangsprobleme geben, die erst bewältigt werden müssen. Grundsätzlich ist das DMP Asthma bei Kindern und Jugendlichen jedoch ein Schritt in die richtige Richtung.

Otto Laub

*Kinder- und Jugendarzt, Allergologie
Landessprecher Bayern der AG Asthma-
schulung im Kindes- und Jugendalter e. V.
Vorstandsmitglied PädNetz Bayern
Happinger Str. 98, 83026 Rosenheim
E-Mail: Praxis@kinderarztlaub.com*

Zehn Gründe für eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale

Frank Friedrichs, kinderarztpraxis laurenberg, Aachen

1. Privilegierte Patienten

Durch das DMP Asthma ist vielen Krankenkassenmitarbeitern erstmals bewusst geworden, dass es sich bei der Erkrankung Asthma bronchiale um eine der häufigsten chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter handelt. Die von uns betreuten Asthmapatienten erfahren ein ungewohntes Interesse seitens der Kassen, das natürlich in den erheblichen finanziellen Vorteilen, die eine Kasse mit möglichst vielen DMP-Patienten hat, begründet ist. Richtig ist, dass dies zu einer Diskriminierung anderer Patientengruppen führen kann. Es bleibt aber dennoch festzuhalten, dass die Position der DMP-Asthma-Patien-

ten im Gesundheitswesen verbessert wurde.

2. Schulung und Instruktion

Durch die Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale erhalten die Patienten und deren Eltern einen unkomplizierten Zugang zur strukturierten Asthmaschulung nach den Standards der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (AGAS). Anders als in der Vergangenheit können nun diagnosesnah und unabhängig von der Durchsetzungsfähigkeit der Eltern gegenüber der Krankenkasse Schulungsplätze angeboten werden. Die Zahl der angebotenen Schulungskurse ist in

vielen Regionen, in denen es bereits DMP-Verträge gibt, deutlich gestiegen. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. In der Regel beträgt die Vergütung für die 30-stündige Schulung einschließlich vierstündiger Nachschulung ca. 800 Euro.

Vor einigen Jahren wurde in einer DAK-Umfrage nachgewiesen, dass ca. die Hälfte der behandelten Asthmapatienten keine ausreichende Unterweisung („Instruktion“) im Umgang mit dem Inhalationsgerät (Spray, Pulverinhalator, Kompressionsvernebler usw.) erhalten hatte. Im DMP-Vertrag Nordrhein wurde diese delegierbare Leistung als extrabudgetäre Leistung aufgenommen.

Ausgebildete Arzthelferinnen sollten die Instruktion durchführen.

3. Finanzielle Anreize

7,9 Milliarden Euro betrug die Summe, die die Krankenkassen im Jahr 2005 für die Patienten ausgaben, die in eines der vier DMPs eingeschrieben waren. Auf ca. 160 Euro pro Kopf und Jahr werden die Kosten für die Verwaltung und Dokumentation eines DMP-Patienten geschätzt. Die Hälfte dieses Betrages erhalten die beteiligten Ärzte, die die Dokumentationsbögen viermal jährlich ausfüllen. In Nordrhein erhält ein teilnehmender Arzt der Stufe 1 („koordinierender Arzt“) im ersten Jahr 70,00 Euro pro Patient.

4. Bürokratie

Aus den Fehlern der Vergangenheit scheint man gelernt zu haben. Es gibt nur einen Erstdokumentationsbogen für Kinder und Erwachsene und einen Folgedokumentationsbogen. Das Ausfüllen der Bögen geschieht am Praxis-PC. Da Kinder- und Jugendärzte häufig durch das DMP Asthma erstmals mit der Datenverarbeitung im Rahmen eines DMP in Berührung kommen, ist mit einigen Stunden Einarbeitungszeit für den koordinierenden Arzt und sein Team zu rechnen. Das Ausfüllen des einseitigen Bogens mit weniger als 20 Fragen geschieht danach in wenigen Minuten.

5. Position der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder-Pneumologie

Auch wenn bisher an vielen Orten niedergelassene Kinder-Pneumologen fehlen, hat das DMP ihre Rolle akzeptiert. Akzeptiert und besonders betont wurde auch, dass in der Regel der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt und nicht der Hausarzt der Spezialist für die Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher im Rahmen des DMP ist. Gleiches gilt für den internistischen Pneumologen, der nur in Ausnahmefällen für die fachärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen zuständig sein kann. Besonders wichtig ist hierbei, dass für Patienten bis zum 18. Geburtstag ausschließlich die Schulungen nach den Standards der AGAS durchgeführt

werden können. Insgesamt wurde die Kompetenz der Kinder- und Jugendärzte anerkannt und in vielen Veröffentlichungen betont.

6. Förderung der leitliniengerechten Therapie

Durch das DMP wird die leitliniengerechte Therapie gefördert. Dies mag einem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt, der seine Patienten seit vielen Jahren nach seinem eigenen Stufenplan behandelt, zunächst als Bedrohung seiner individuellen Therapiefreiheit erscheinen. Die Therapien chronischer Krankheiten können aber nicht weiterhin auf individuellen, nicht evidenzbasierten Überzeugen beruhen. Hustensäfte, Homöopathika oder Akupunktur sind keine anerkannten und belegten Therapieformen des Asthma bronchiale.

7. Arzneimittelregresse für Antiasthmatica

Ziel des Chronikerprogramms DMP Asthma bronchiale ist die Verbesserung der Therapie asthmakranker Patienten. Die soll sich zeigen in einer Zunahme der Verordnung inhalativer Steroide und in einer Abnahme erforderlicher Notfallbehandlungen. Allen Patienten soll eine Schulung angeboten werden, durch die u.a. die Therapiecompliance gesteigert wird. Kinder- und Jugendärzte der Versorgungsstufen 1 und 2 erwarten zurecht, dass die Zunahme der Verordnung inhalativer und eher hochpreisiger Arzneimittel für Asthmapatienten nicht eine Zunahme von Regressverfahren nach sich ziehen wird. DMP-Patienten sind eine Praxisbesonderheit! In einigen KV-Bereichen wurden bereits entsprechende Vorstöße seitens der Ärzteschaft unternommen.

8. Kooperationen werden gefördert

Tatsächlich fördert ein DMP die notwendige innerärztliche Kooperation. Koordinierende Ärzte der Stufe 1 benötigen die Unterstützung der Kinder-Pneumologen, die in Schwerpunkten tätig sind. Die Einschreibung in das DMP soll auf der hausärztlich-kinderärztlichen Ebene

erfolgen. Die so genannte Facharzteebene (Stufe 2) ist hier gefordert, zeitnah die entsprechenden Daten über die Patientenuntersuchung (Lungenfunktion, Therapieumstellung) zu liefern, damit der koordinierende Arzt quartalsweise (in Ausnahmen halbjährlich) dokumentieren kann.

9. Druckmittel DMP?

Da die Krankenkassen aus wirtschaftlichen Gründen ein besonderes Interesse an jedem einzelnen DMP-Patienten haben, halten sowohl Patienten(eltern) als auch betreuende Ärzte einen Trumpf in der Hand, der nicht unterschätzt werden darf. Ist man sich in einer Region („Netzwerk“) einig, so kann die Verweigerung der Teilnahme am DMP auch zu einem politischen Druckmittel in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung werden.

10. Ausblick in die Zukunft

„Die reinste Form des Wahnsinns ist es, alles beim Alten zu lassen und gleichzeitig zu hoffen, dass sich etwas ändert“, sagte Albert Einstein. Medizinische Versorgungszentren, Integrierte Versorgungs-Verträge, IGEL-Leistungen, DMP-Teilnahme und viele andere Neuerungen verändern rasant die gesundheitspolitische Landschaft. Während noch vor wenigen Jahren das Einkommen einer Praxis aus KV- und Privatpatienteneinnahmen bestand, muss man sich jetzt mit verschiedensten Modellen und Vereinbarungen auseinandersetzen, die teilweise ohne Beteiligung der KVen verhandelt werden. Klar ist, dass der Arzt in seiner Einzelpraxis hierbei ungleich größerem Druck ausgesetzt wird. Das DMP will die Kooperation ärztlicher Versorgungsebenen. Die zukünftige Entwicklung wird dies ohnehin unumgänglich machen.

*Dr. med. Frank Friedrichs
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Allergologie, Umweltmedizin und Kinder-Pneumologie
kinderarztpraxis laurensberg
Rathausstr. 10, 52072 Aachen
E-Mail: Frank.Friedrichs@t-online.de*