

"integrierte Versorgung von Kindern (mit Asthma)"

Die Rolle des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes

Dr. med Martin Tiedgen

Kinder- und Jugendarzt

Allergologie

Hamburg

Worum geht es ?

- **Die Rolle des Kinder- und Jugendarztes**
Hausarzt? - Facharzt?
- **Leitlinien(EbM)** **und** **EBM**
Soll und Ist
Anspruch und Wirklichkeit
- **Integrierte Versorgung / DMP / Hausarztmodelle**
Einsparungen oder bessere Versorgungsqualität?



Die Rolle des Kinder-und Jugendarztes Der Deutsche Bundestag stellt am 25.06.2002 einstimmig fest:

"Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sichern und verbessern".

- In Deutschland leben nahezu 17 Millionen **Kinder und Jugendliche**. Ihre Physiologie **unterscheidet sich ganz erheblich von der des erwachsenen Menschen**. Deshalb müssen präventive, kurative und rehabilitative Versorgungskonzepte auf ihre spezifischen Belange zugeschnitten werden. Bereits das Kindesalter hat seine eigenen akuten und chronischen Erkrankungen.....
- Die **primäre Zuständigkeit** für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen liegt auf Grund seiner speziellen Ausbildung beim **Pädiater**. Er ist mit den physiologischen und psychologischen Aspekten der Behandlung dieser Patientengruppe am besten vertraut....."

Der niedergelassene Kinder-und Jugendarzt (KJA) Hausarzt oder Facharzt ?

Beides !

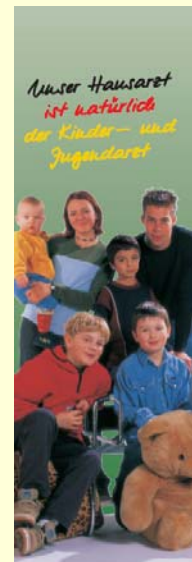
Hausarzt

Nach HVM und SGBV gehören die KJÄ zum hausärztlichen Versorgungsbereich

Facharzt

Bei Bedarf auch Zulassung zur fachärztlichen Versorgungsebene

Der **Kinder-und Jugendarzt** ist ein im hausärztlichen Versorgungsbereich tätiger Facharzt



Sachverständigenrat für konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001)

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit:
Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung

- **Qualitative Mängel** der Behandlung durch Nichtspezialisten
- Keine Korrelation Überweisung zu Schweregrad
- Zu wenige Kinder-/Jugendpneumologen und -allergologen
- **Häufig Betreuung durch Erwachsenenmediziner**
- Keine Weiterbildungsordnung päd. Pneumologie
- Regelung der Finanzierung/Sicherstellung von Qualität



Nationales Programm für Versorgungs-Leitlinien

Träger:

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Bundesärztekammer
Kassenärztliche Bundesvereinigung

Nationale Versorgungs-Leitlinie
Asthma bronchiale

Gilt nur für Erwachsene

Gilt nur für
Kinder/Jugendl.

Allgemeine
Empfehlungen

"Unser" DMP- Asthma bronchiale= DMP Soll



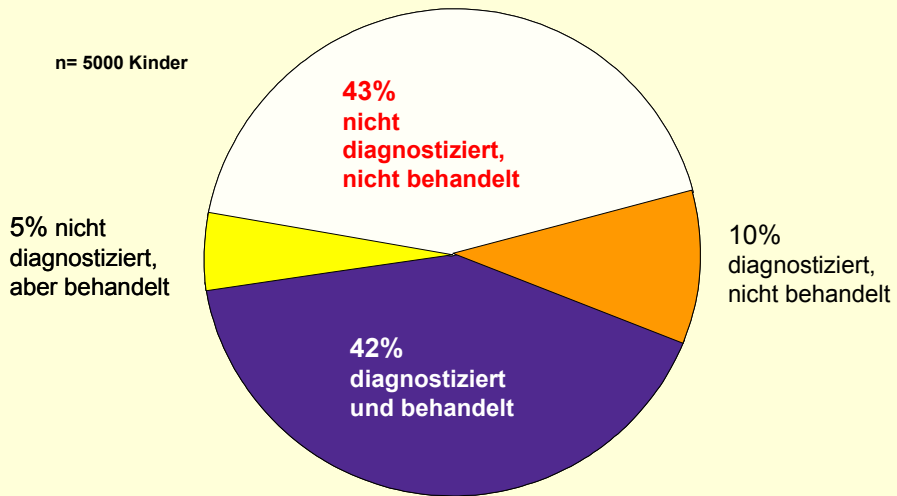
Eine gemeinsame Stellungnahme von:

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
- Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V.
- Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V.
- Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V.
- Fachgesellschaft für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin

DMP Ist

- **Das Interesse der Kassen RSA (€)**
Viele Teilnehmer
niedriger Preis
"Low Level"
- **Der Entwurf des Koordinierungsausschusses**
Kinder noch nicht angemessen berücksichtigt
- **Gefahr:**
Die Mehrarbeit für das Ausfüllen von Formularen kostet Zeit, die den Patienten entzogen wird

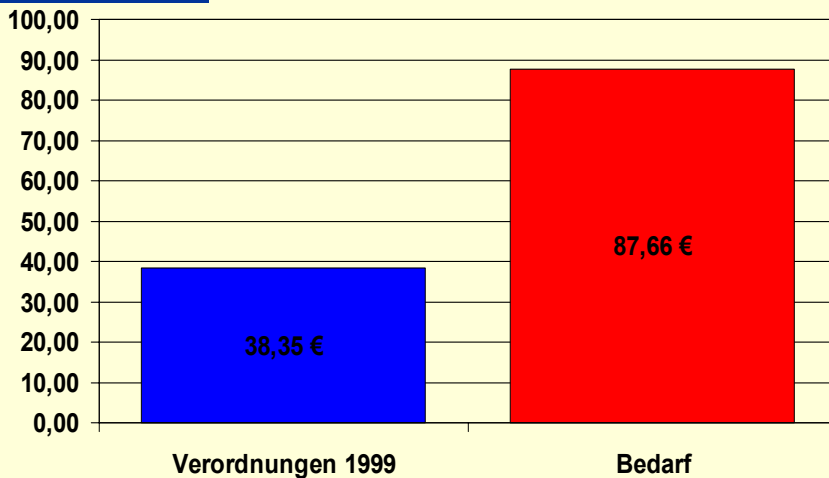
Versorgungsrealität kindliches Asthma



Warner, O. J.: Management of Childhood Asthma, Allergy Proc., 12 (1): 5-8, (1991)
Nach Hill et al.: Arch. Dis. Child. 64: 246-250 (1989)

Kann eine leitliniengestützte Therapie Kosten sparen ?

Euro / Quartal



Konietzko N., Fabel, H. Weißbuch Lunge, 2000 Stuttgart, IMS Health

Hindernisse für eine leitliniengerechte Therapie in der Praxis 1- Richtgröße

Stufe 2:

- IHC + Notfallspray 50- 85 €
- IHC + Bedarf Feuchtinhalation 80-120 €
- LA + Bedarf Feuchtinhalation 200 €

Stufe 3:

- IHC + LA + Notfallspray 220-255 €
- IHC + langw.β-Mim+ NF-Spray 220-255 €

Richtgröße KJA in HH 15.99 € !!

(Allgemeinmed. 34,65€ ; internPneumologe 101,90€)

Leitliniengerechte Therapie darf nicht betrafft werden!

Hindernisse für eine leitliniengerechte Therapie in der Praxis 2: Off-label

Off-label:

- Budesonid ab 1.LbJ (aber wie)
- Beclomethason ab 5 J
- Fluticason ab 4J
- DNCG ab 2 Jahre
- Montelukast ab 6 Monate (aber teuer)

Fehlende Studien

- Qualitativ hochwertige Studien (RCTs) **teuer**
- Eine Finanzierung ist für Industrie nach der Zulassung wenig interessant
- Zulassung für Kleinkinder **unrentabel**
- Mehr "Real World" pragmatic trials ?

Hindernisse für eine leitliniengerechte Therapie in der Praxis 3- Gebührenordnung

Im **EBM 2004** war zunächst kein eigenes Kapitel für die KJM vorgesehen !

Wie HVM und EBM eine leitliniengerechte Versorgung behindern:

- HVM: Pauschale Vergütung bestraft Ärzte die chronisch Kranke behandeln
- RAW wird mit Honorarabzug bestraft
Laufbelastung existiert nicht

Eine leitliniengerechte Therapie und Diagnostik wird nur dann umgesetzt werden, wenn sie durch die Gebührenordnung abgebildet wird.

Integrierte Versorgung Warum?

- Die Situation ist gekennzeichnet durch starre Abschottung zwischen den einzelnen **Sektoren**
- Mangelnde/ fehlende **Kommunikation**:
Doppeluntersuchungen
keine Abstimmung der Therapie
- Einsparpotential **ca. 1,8 Milliarden € im Jahr !**
- Patienten sind überfordert, weil zwischen den Sektoren der Ansprechpartner fehlt.
- **Ein kompetenter Patient ist das Ziel**
- Dies bringt neue Aufgaben, denen wir uns stellen müssen und die wir nicht den Kassen überlassen sollten!

Integrierte Versorgung ?



Anamnese:

Leider war die Mütter nicht in der Lage, Untersuchungsbefunde oder Krankenberichte zu ihren durchgemachten Erkrankungen bzw. zu ihren aktuellen Beschwerden vorzulegen. Wir konnten uns deshalb allein auf die mündlichen Angaben zur Vorgeschichte stützen.

- Was denkt der Klinikkollege?
- Werden Patienteninteressen berücksichtigt?
Was denkt der Patient?
- Was habe ich gedacht ?

Integrierte Versorgung Warum ein Thema jetzt?



KBV Konkret 01.02.2004 : **Goldgräberfieber**

"Das Goldgräberfieber ist ausgebrochen und dagegen ist man machtlos", ... (weil) Krankenhäuser und Ärzte sich nun um einen Topf prügeln sollen, in dem immerhin **680 Millionen Euro** sind.

Der Betrag wird von der **Gesamtvergütung** für ärztliche Leistungen **abgezogen**.

Die Ärzte müssen ihn dann **zurückerobern**.

Die Kliniken haben hier die die besseren Management-Voraussetzungen, aber

Gründe für hausarztorientierte Disease-Management-Programme

- Nur der HA kann chronische Erkrankungen **flächendeckend erkennen und versorgen**.
Kinder und Jugendliche haben fast immer einen KJA / Hausarzt und werden regelmäßig durch diesen langfristig betreut.
- Hausärzte kennen die individuellen **Lebenswirklichkeit im sozialen Bezugssystem des Patienten**.
Der HA kann noch am ehesten beurteilen, welcher Patient für welches Programm geeignet ist.
- Der Hausarzt kann am besten Compliance beurteilen/bewirken
- Auch chronisch Kranke Kinder-und Jugendliche haben oft mehr als Problem.

Was nützt eine genau ausgefeilte integrierte Anbieterstruktur, wenn die Patienten sie nicht annehmen?

mod. n. Gerlach, Szecsenyi (2002)

"Gesundheitsreform" 2004 GMG

- Wege um die **Versorgung** zu **verbessern**,
oder um **Geld** zu **sparen** ?
- Integrierte Versorgung (1%,gemeinsamer "Topf")
- DMP (RSA)
- Hausarztmodelle (Bonus)

Zusammenfassung

Das jetzige durch eine strenge **Sektionierung** gekennzeichneten Gesundheitssystem ist schwer durchschaubar.

Es verschwendet Ressourcen durch

Doppel-Inanspruchnahmen und uneinheitliche Therapien.

Die vorhandenen **Einsparpotenziale** müssen zur **Verbesserung der Versorgung** genutzt werden.

Voraussetzung für den Erfolg der Programme:

- Praxisrelevante evidenzbasierte **pädiatrische Leitlinien**
- ein angepasstes **Vergütungssystem**
- **Verordnungssicherheit** bei leitlinienkonformer Therapie durch Beseitigung der "off-label" Problematik
- ein verbesserter **Informationsaustausch**
- mit möglichst **wenig zusätzlicher Bürokratie**
- **Motivation der Patienten/Familien** zur Teilnahme

Integrierte Versorgung muss hausarztzentriert sein!

"integrierte Versorgung von Kindern (mit Asthma)"

Die Rolle des niedergelassenen
Kinder- und Jugendarztes

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Indikation zur Überweisung zum Spezialisten

obligatorisch:

- Kontinuierliche Symptome trotz leitliniengerechter Therapie
- Entscheidung über endgültige Beendigung einer Dauertherapie

fakultativ: **Konsiliarbedarf** des teilnehmenden Arztes z.B.:

- - Durchführung von diagnostischen Maßnahmen außerhalb der „Routinekontrollen“,
- - akute, schlecht beherrschbare Exacerbation,
- - Durchführung von Schulungsmaßnahmen,
- - Hinweis auf Überempfindlichkeit/Unverträglichkeit gegen Asthma-Medikamente,
- - Adjustierung der Therapie mit Ermittlung des Minimalbedarfs an Glukokortikoiden;
- - spezielle Fragestellungen vor der Berufswahl;
- - spezielle psychosoziale Bewältigungsprobleme,
- - vor und Nachbereitung von Reha-Maßnahmen

**Kinder- und jugendärztliche Praxis mit
pneumologisch/allergologischem Schwerpunkt**

**AG Niedergelassene Kinderpneumologen in der
GPP
Bern 15.3.2001**

**Kinder- und jugendärztliche Praxis mit
pneumologisch/allergologischem Schwerpunkt**

Grundidee:

- Jede(r) Kinderärztin/arzt beherrscht aufgrund seiner Weiterbildung und seiner Erfahrung die Basisdiagnostik und Basistherapie üblicher Lungenerkrankungen und atopischer Erkrankungen bei Kindern.
- Im Gegensatz zu spezialisierten Fachgruppen der Erwachsenen-disziplinen ist sie/er im Stande, die mannigfaltigen und im Verlaufe des Wachstums häufig wechselnden und ineinander übergreifenden Manifestationsformen allergischer Erkrankungen adäquat und kompetent zu behandeln.
- Darüber hinaus sorgen pneumologisch/allergologisch spezialisierte kinderärztliche Schwerpunktpraxen für die wohnortnahe qualifizierte pneumologisch-allergologische Versorgung der Kinder.

Kinder- und jugendärztliche Praxis mit pneumologisch/allergologischem Schwerpunkt

Aufgabenstellung:

- **Konsiliarische Tätigkeiten und Mitbetreuung** für die primärversorgenden Hausärzte sowie
- die **Beratung und Instruktion** von Eltern und Kindern mit speziellen pneumologisch/ allergologischen Erkrankungen
- Durchführung von fachspezifischer **Diagnostik** und Differentialdiagnostik in kindgerechtem Rahmen
- Durchführung spezieller **Therapien** und Betreuung in kindgerechtem Rahmen

Kinder- und jugendärztliche Praxis mit pneumologisch/allergologischem Schwerpunkt

Qualifikation Ärzte:

- Niedergelassene **Ärzte für Kinder-und Jugendmedizin**
- Nachweis **klinisch-pneumologischer** oder **allergologischer Tätigkeit** in verantwortlicher Funktion in einer Kinderklinik oder pneumologischen Abteilung oder an einer spezialisierten pneumologischen oder kinder-pneumologischer Abteilung für mindestens 3 Jahre
- Nachweisliche regelmässige Teilnahme an einem anerkannten **kinderpneumologischen Qualitätszirkel**

**Zusatzweiterbildung:
Kinder-Pneumologie**

Kinder- und jugendärztliche Praxis mit pneumologisch/allergologischem Schwerpunkt

Ausstattung:

- Durchführung und Beurteilung einer qualifiziert angefertigten **Fluß-Volumenkurve**, Bestimmung des **Atemwegswiderstandes** (Raw, Rocc, IOS) und/oder **Bodyplethysmographie** und/oder Helium-FRC-Bestimmung.
- Durchführung einer **Sauerstoffsättigungsmessung (SO₂)** und/oder einer nächtlichen Sauerstoffsättigungsmessung oder Durchführung der Blutgasanalyse
- Spezifische und/oder unspezifische (z.B. Laufband) **Bronchiale Provokationstestung**
- **Allergologische Diagnostik** (Pricktestung, Epicutantestung, nasale und/oder konjunktivale und/oder orale Provokationstestung) **und Therapie** (subcutane Hyposensibilisierung)
- **Schulungsmassnahmen** für Kinder und Eltern (z.B. Asthaschulung, Neurodermitisschulung)
- **Fakultative Leistungen:**
 - Ernährungsberatung
 - Schweißtest
 - Atemtherapie, Asthasport