

Asthmaschulung: wo steht sie heute, wo wollen wir hin?

G. Schauerte

Einleitung

Asthmaschulungen sind in Deutschland fester Bestandteil der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale. Dabei wird die Durchführung einer Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen in der nationalen Versorgungsleitlinie (NVL 2018, S. 70) [7] mit starker positiver Empfehlung geführt, insbesondere bei Patienten mit medikamentöser Langzeittherapie. Eine Überprüfung der Notwendigkeit einer (erneuten) Asthmaschulung wird vor einer Therapieintensivierung bei teilweise kontrolliertem oder unkontrolliertem Asthma bronchiale im Algorithmus *Therapieanpassung orientiert an der Asthmakontrolle* (NVL 2018, S. 41) empfohlen. Seit über 20 Jahren existiert die Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., die die Standardisierung und Vergütung der Asthmaschulung vorangetrieben und verwirklicht hat.

1

Aktueller Stand

Asthmaschulungen werden bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale in Deutschland seit Mitte der 80er Jahre durchgeführt. International gibt es erste Veröffentlichungen zur Durchführung von Asthmaschulungen bei Kindern und Jugendlichen in den 60er Jahren. Ausgehend von Erfahrungen von Feriencamps mit asthmakranken Kindern und Jugendlichen entwickelte sich dann zunehmend ein Bewusstsein für Sinn und Notwendigkeit der Schulung dieser chronisch kranken Patienten. In Deutschland waren die Keimzellen der Asthmaschulung u.a. in Köln, Osnabrück, Berchtesgaden, Wangen und Sylt – um nur einige zu nennen. Hier etablierten sich, zum Teil unabhängig voneinander, Schulungsteams, die erstmals im Jahr 1991

zu einer Jahrestagung zusammenfanden. Bereits im Jahr 1993 wurden Konsensuspapiere verabschiedet und im Jahr 1994 wurde – ausgehend von dieser Arbeitsgruppe – die Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter gegründet. Kontrollierte Studien zeigten in den 90er Jahren [12, 15, 16] die Wirksamkeit der Asthmaschulung. In Anwendungsstudien [6, 8] mit über 1.000 Kindern/Jugendlichen konnte die Wirksamkeit bei großen Fallzahlen und multizentrisch nachgewiesen werden. Internationale Metaanalysen [1, 2, 4] bestätigten diese Ergebnisse und zeigten eine

- Verbesserung der Lungenfunktion
- Reduktion der Schulfehlzeiten
- Verbesserung der körperlichen Aktivität
- reduzierte nächtliche Asthmaanfälle
- reduzierte Krankenhausaufenthalte
- reduzierte Notfallambulanz-Besuche

Zuletzt konnte in den Auswertungen der DMP-Daten nachgewiesen werden, dass geschulte Patienten deutlich häufiger symptomfrei sind als ungeschulte Patienten, die ebenfalls am DMP teilnehmen (Abb. 1) [9].

Eine Asthmaschulung wendet sich immer an das asthmapatienten Kind und dessen Familie (Eltern bzw. andere enge Bezugspersonen). Einen Einblick in die Asthmaschulung erhält man im Schulungsvideo der AG Asthmaschulung unter www.asthmaschulung.de.

Wichtige Inhalte der Asthmaschulung sind:

- Anatomie der Atemwege und Physiologie der Atmung
- Pathophysiologie des Asthma bronchiale
- Auslöser und Auslöser-Vermeidung
- Pharmakotherapie inklusive Inhalationstechniken
- Behandlung der akuten Atemnot
- Schulung der Selbstwahrnehmung, eigenständig und gerätgestützt
- Sport- und Atemtherapie
- Umgang mit Asthma bronchiale im sozialen und schulischen Umfeld
- Transition und Berufswahl.

Die Schulung findet in Gruppen mit bis zu 7 asthmapatienten Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern statt. Die Schulungseinheiten werden mit Kindern und Eltern zum Teil gemeinsam, teilweise getrennt durchgeführt. Inhalte werden jeweils auf die – möglichst altershomogene – Schulungsgruppe angepasst. Der zeitliche Umfang beträgt 18×45 Minuten für Kinder und Jugendliche sowie 12×45 Minuten für die Eltern [13]. Für El-

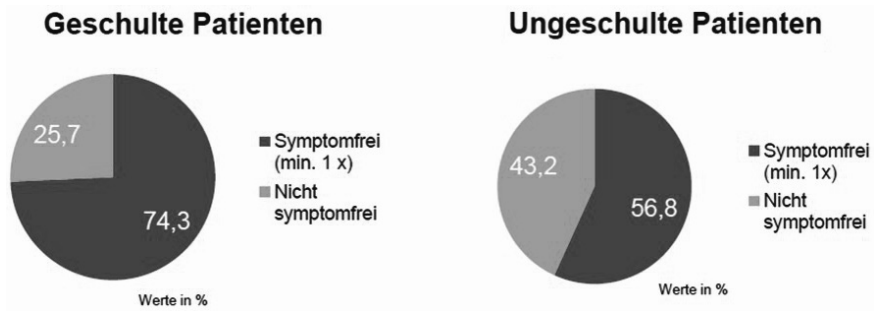


Abb. 1. Symptomfreiheit im Vergleich geschulte/ungeschulte Kinder und Jugendliche (KV Nordrhein); geschult (n = 1.114), ungeschult (n = 3.665); Einschreibung ins DMP 2012; Schulung 2012/2013; Beobachtungszeitraum 2014/2015.

tern asthmakranker Kinder unterhalb des 5. Lebensjahres ist eine eigene Schulung konzipiert und evaluiert worden. Dabei steht die Schulung der Eltern im Vordergrund. Die Evaluation für diese Schulung erfolgte im Jahr 2010 mit positiven Effekten, insbesondere mit Reduktion der Notfallbehandlungen [14].

Eine erste Konsensusfindung zu Inhalt und Durchführung der Asthmaschulung erfolgte im Jahr 1993. Nach Durchführung der Studien „Luft ist Leben“ [6] sowie der Studie in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit [8] wurde die Erarbeitung eines Qualitätsmanagement (QM)-Handbuches im Jahr 1998 begonnen und dieses schließlich im Jahr 2001 veröffentlicht [5]. Zuvor war dieses QM-Handbuch in der Mitgliederversammlung der AG Asthmaschulung am 03.02.2001 verabschiedet worden. Das QM-Handbuch in der aktuell 4. Auflage (5. Auflage erwartet Ende 2019) [13] legt einen bundesweit einheitlichen Qualitätsstandard für die Durchführung von Asthmaschulungen im Kindes- und Jugendalter fest. Aufgrund dieses Qualitätsstandards konnten zunächst einige landesweite Verträge mit einzelnen Krankenkassen, in Bayern in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung mit allen Krankenkassen zur Durchführung von ambulanten Asthmaschulungen geschlossen werden. Einen bundesweiten Rahmenvertrag gab es mit dem BKK Bundesverband (jetzt BKK Dachverband). Im Rahmen der Rehabilitation sind Asthmaschulungen seit dieser Zeit ebenfalls ein fester Bestandteil.

Im Jahr 2001 wurde mit dem Gesetz zur Reform des Risiko-Strukturausgleichs der Weg für Disease Management Programme (DMP) nach der Risiko-Struktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) freigemacht. Ein DMP zielt auf die Prävention von Krankheitsverschlechterungen und Komplikationen durch die Verwendung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien und Empowermentstrategien für Patienten ab. Es unterstützt ein klar definiertes Behand-

lungsschema und soll eine regelmäßige Arzt-Patientenbeziehung sicherstellen. Regelmäßige Arzt-Patientenkontakte auch ohne akut bestehende Krankheitsbeschwerden sind fester Bestandteil von DMPs, ebenso wie evaluierte Schulungsprogramme.

Durch die 11. Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung (veröffentlicht am 22.12.2004 im Bundesgesetzblatt [3]) wurde die Grundlage für ein Disease-Management-Programm Asthma bronchiale/COPD geschaffen; allerdings zunächst nur für Kinder ab dem 5. Geburtstag, jüngere Kinder konnten nicht aufgenommen werden. Erst durch die 10. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) (mit der Ergänzung der Anlage 9 vom 17.10. 2017) wurde der Weg auch für Kinder ab dem 2. Lebensjahr freigemacht. Mit der Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung 2004 war es nun möglich, ein DMP-Asthma bronchiale/COPD aufzulegen, deren integraler Bestandteil die Asthmaschulung ist. Dies erfolgte in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung des jeweiligen Bundeslandes. Als erstes Bundesland wurde ein DMP-Vertrag für Asthma bronchiale und COPD (Erwachsene und Kinder) im April 2006 in Bayern verabschiedet.

Dabei müssen die im DMP angewendeten Schulungsprogramme vom Bundesversicherungsamt geprüft und für die Durchführung im Rahmen des jeweiligen DMPs akkreditiert werden. Dieser Prüfung wurde auch die Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche (5. bis 18. Lebensjahr) sowie die sogenannte ASEV-Schulung (Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern) nach den Vorgaben der AG Asthmaschulung im Kinder- und Jugendalter e.V. unterzogen. Die Anerkennung erfolgte durch das Bundesversicherungsamt in Bezug auf die kontrollierten Evaluationsstudien sowie unter Nennung des Qualitätsmanagementhandbuchs im Jahr 2005; in Bezug auf die 4. Auflage des QM-Handbuchs [13] im November 2013. Eine erneute Akkreditierung der geplanten Neuauflage ist dann im Jahr 2019 notwendig.

Im ambulanten Bereich ist somit in der Regel die Teilnahme am DMP-Asthma Voraussetzung, um an einer Asthmaschulung (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) teilnehmen zu können. Dabei gibt es innerhalb der DMP-Programme eine vorgeschriebene Evaluation. Die Evaluationsdaten werden jedoch nicht bundesweit zusammengefasst, sondern jeweils auf Länderebene nach unterschiedlichen Kriterien ausgewertet. Wenn man die öffentlich zugänglichen Daten bezüglich des DMP Asthma bei Kindern und Jugendlichen zusammenfasst [9], zeigt sich, dass die Anzahl der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen in den letzten Jahren leicht rückläufig ist. Nur etwa 26% der asthmakranken Kinder und Jugendlichen nehmen an einem DMP-Asthma teil. Dabei gibt es von KV-Bezirk zu KV-Bezirk deutliche Unterschiede zwischen 14 und 40% Teilnahmequote.

Bei gesicherter Asthmadignose können alle in Deutschland gesetzlich Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen (überwiegende Mehrzahl aller Krankenkassen) am DMP-Asthma und somit an Asthmaschulungen teilnehmen. Mit der Teilnahme des Kindes am DMP wird somit eine Refinanzierung der Asthmaschulung erreicht.

Von der Idee einer Asthmaschulung, Mitte der 80er Jahre, bis zur verlässlichen Vergütung sind also insgesamt 20 Jahre vergangen.

Bestandteil aller DMP-Asthmaverträge ist dabei immer das QM-Handbuch der AG Asthmaschulung [13] sowie die Initialstudien aus den Jahren 1996 und 1998 [12, 15, 16]. Eine Wiederholung der Schulung und die Asthma-Nachschulung sind in verschiedenen KV-Bezirken unterschiedlich geregelt und werden unterschiedlich stark reglementiert.

Dabei muss jede Aktualisierung des QM-Handbuches vom Bundesversicherungsamt akkreditiert werden, inwieweit es den Richtlinien innerhalb des DMP Asthma/COPD entspricht. Gravierende strukturelle Änderungen (z.B. Verkürzung der Schulungsdauer) erhöhen das Risiko der fehlenden Akkreditierung mit Verlust der Finanzierung.

Lohnt der Aufwand?

Ein Vergleich der Güte der Asthmabehandlung mit anderen Ländern ist durch unterschiedliche Gesundheitssysteme (z.B. unterschiedliche Kostenträger für stationäre Aufenthalte, Kostenübernahme von Medikamenten, Rehabilitationsaufenthalte) insgesamt erschwert. Auch unterschiedliche klimatische Bedingungen müssen als Einflussfaktoren bedacht werden. Als möglicher Vergleichsparameter lässt sich allenfalls die Zahl der stationären Aufenthalte wegen Asthma bronchiale (ICD 10 J45 und J46) im Kindes- und Jugendalter (0 – 14 Jahre) bezogen auf die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen heranziehen. Diese Zahlen kann man von den statistischen Bundesämtern zumindest der D-A-CH-Staaten erhalten (Deutschland, Österreich [A], Schweiz [CH]). Im Jahr 2000 mussten ca. 0,12% der Kinder wegen Asthma ins Krankenhaus (Abb. 2). In allen drei Ländern ist diese Quote bis zum Jahr 2012 gefallen, wobei dies in Deutschland am ausgepättesten der Fall war. 2012 mussten nur noch 0,063% der Kinder wegen Asthma ins Krankenhaus, dies entspricht einer Reduktion um 45%, in der Schweiz wurde eine Reduktion von 22% erreicht.



Abb. 2. Stationäre Aufnahmen wegen Asthma in D-A-CH.

Unterschiede D-A-CH: stationäre Aufnahmen wegen Asthma bronchiale (J45, J46) Kinder 0 – 14J bezogen auf die Gesamtzahl der Kinder 0 – 14J in D-A-CH in %.

Quellen: D: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2014, A: Statistik Austria 2014, CH: Bundesamt für Statistik 2014.

Schulungszahlen

Erhebungen der Anzahl der geschulten Kinder und deren Familien erfolgten seit 1992 sporadisch in zum Teil mehrjährigen Abständen. Seit 2014 erfolgt die Erhebung der Schulungszahlen elektronisch über die Homepage der AG Asthmaschulung jährlich. Für die Jahre 2014 und 2016 wurde eine Rücklaufquote von 90% erreicht. Wenn man die Zahlen zwischen 1992 und 2016 betrachtet, getrennt nach ambulanter, stationärer Schulung und Schulung in der Rehabilitation, so zeigt sich ein Anstieg in der Gesamtschulungszahl (in der Abbildung nicht aufgeführt) kontinuierlich bis ins Jahr 2010. Von 2010 bis 2016 (Abb. 3) kommt es zu einem Rückgang der Schulungszahlen im Bereich der Rehabilitation, da es insgesamt einen Rückgang der Anzahl der Kinder mit Asthma bronchiale in der Rehabilitation gegeben hat. Im ambulanten Bereich zeigt sich ein Rückgang erst mit dem Jahr 2016. Insgesamt wurde im Jahr 2016 bei gut 11.300 Kindern und deren Familien eine Asthmaschulung durchgeführt. Die Anzahl der Kinder, die ambulant geschult wurden, war bis 2010 kontinuierlich ansteigend und hat nach einem Gipfel in den Jahren 2010 und 2014 nun eine fallende Tendenz.