

# Die „Dritte Ebene“

## Stationäre Versorgung im DMP – eine Standortbestimmung

Thomas Spindler, Fachkliniken Wangen

Für verschiedene chronische Erkrankungen werden derzeit Disease Management Programme (DMPs) implementiert. Nach gängiger Auslegung umfassen sie

- strukturierte Behandlungsprogramme, die auf evidenzbasierten Leitlinien beruhen
- die Etablierung strukturierter Schulungsmaßnahmen
- Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen für die Leistungserbringer
- die Definition unterschiedlicher Versorgungsebenen
- die Definition der Schnittstellen zwischen denselben.

Am 22. Dezember 2004 wurden per Rechtsverordnung die Rahmenbedingungen zum Disease Management Programm „Asthma bronchiale“ festgelegt. Seither entwickeln die Kostenträger in verschiedenen Bundesländern Programme, die mit Hilfe qualifizierter Leistungserbringer umgesetzt werden.

Ein grundlegendes Prinzip des Disease Managements ist die Strukturierung der Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsebenen. Folgende Ebenen sind in den etablierten DMPs vorgesehen:

- Ebene 1: Hausärztlich tätiger Kinder- und Jugendarzt
- Ebene 2: Kinder- und Jugendarzt mit pneumologisch-allergologischem Schwerpunkt
- Ebene 3: Stationäre Versorgung im Akutbereich und in der Rehabilitation.

Während für die Ebenen 1 und 2 klare Vorgaben für die Qualifikation der teilnehmenden Ärzte und ihrer Praxismitarbeiter, für Überweisungskriterien und die Praxisausstattung existieren, finden sich

für die 3. Versorgungsebene diesbezüglich keine klar definierten Bedingungen. Hier sollen die aus kinder- und jugendärztlicher Sicht notwendigen Voraussetzungen für Akut- und Rehabilitationskliniken, die an der 3. Versorgungsebene im DMP teilnehmen wollen, dargestellt werden.

Die 3., stationäre Versorgungsebene umfasst drei ganz unterschiedliche Versorgungsbereiche.

### 1. Pädiatrische Abteilungen und Kinderkliniken

In Bezug auf die akutpädiatrische stationäre Versorgung werden in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) die Indikationen für die Einweisung in ein Krankenhaus beispielhaft benannt:

- Verdacht auf lebensbedrohlichen Anfall
- Schwerer, trotz initialer Behandlung persistierender Anfall
- Schwere pulmonale Infektion
- $PF < 50\%$  persönl. Bestwert und/oder fehlendes Ansprechen kurz wirksamer Beta-2-Mimetika
- $SO_2 < 90\%$ , Sprechdyspnoe, Stummes Expirium usw.

Diese Versorgung im akuten Anfall kann und muss jede pädiatrische Abteilung

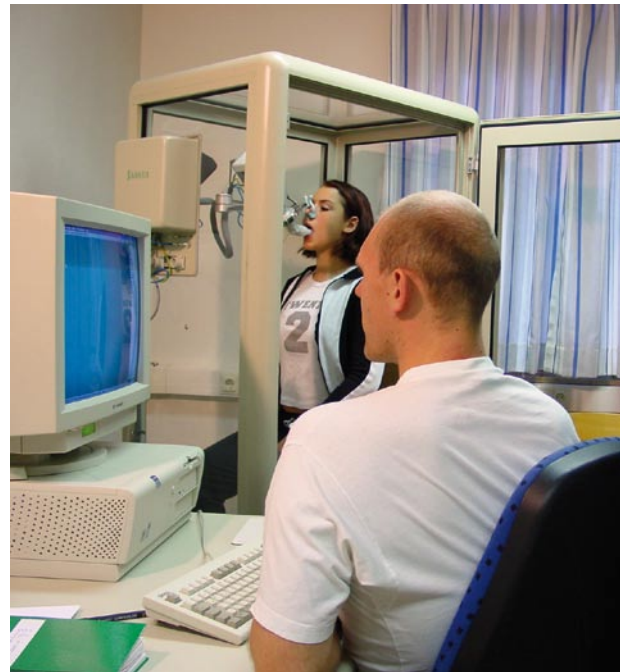


Abb. 1: Pädiatrisch-pneumologische Abteilungen an Akutkliniken sollten u.a. über die Möglichkeit der Bodyplethysmographie verfügen.

bzw. jede Kinderklinik leisten können. Eine gesonderte Einbindung im DMP-Vertrag mit den Kostenträgern ist für diese Versorgung nicht notwendig.

Zur stationären pädiatrischen Versorgung gehören aber auch die pädiatrisch-pneumologischen Abteilungen und die stationäre Rehabilitation.

### 2. Pädiatrisch-pneumologische Abteilungen an Akutkliniken

Diese an der 3. Versorgungsebene teilnehmenden Einrichtungen müssen sich hinsichtlich Struktur, diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie der Qualifikation des Personals von



Abb. 2: Qualifizierte Rehabilitationseinrichtungen mit pneumologischem Schwerpunkt müssen auch strukturierte Asthmaschulungen nach den Leitlinien der AGAS bieten.

den anderen beiden Ebenen abheben. Sie müssen in der Lage sein, sich mit den Problemen erfolgreich auseinanderzusetzen, die von den anderen Ebenen nicht gelöst werden konnten. Hierbei kann es sich sowohl um schwerste akute Exazerbationen handeln als auch um differenzialdiagnostische Erwägungen, psychosoziale Begleitprobleme oder therapieeinschränkende Komorbiditäten. Befindet sich eine solche Abteilung in vertretbarer Entfernung, sollte sie auch bei Notfalleinweisungen bevorzugt berücksichtigt werden.

Für diese pädiatrisch-pneumologischen Spezialabteilungen ist neben einer entsprechenden apparativen Ausstattung (z. B. Endoskopie, Bodyplethysmographie, pH-Metrie, spezielle Bildgebung) auch zu fordern, dass dort als leitender Arzt (Chefarzt/Oberarzt) ein anerkannter pädiatrischer Pneumologe tätig ist.

Mittelfristig ist auch die Weiterbildungsermächtigung „Pädiatrische Pneumologie“ gemäß der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer anzustreben. Nur so kann eine hohe Qualität der pneumologischen Akutversorgung gewährleistet und ein

ausreichendes Maß an notwendigen Ausbildungsplätzen zum „Pädiatrischen Pneumologen“ sichergestellt werden.

### 3. Rehabilitationskliniken mit pneumologischem Indikationsschwerpunkt

Stationäre Rehabilitation erfasst den Patienten in seiner Gesamtheit unter Einbeziehung seines sozialen Bezugssystems. Sie ist sinnvoll, wenn der Schweregrad der Erkrankung so hoch oder die begleitenden Probleme (medizinisch, psychisch, sozial, schulisch) so ausgeprägt sind, dass ambulante Maßnahmen nicht mehr ausreichen. Deshalb müssen Rehabilitationseinrichtungen, die sich um diese asthmakranken Kinder und Jugendlichen kümmern, besondere apparative und personelle Voraussetzungen erfüllen.

Im Rahmen der derzeit laufenden DMP-Verhandlungen wurde deshalb innerhalb der Arbeitsgemeinschaft Pneumologische Rehabilitation in der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP) vorgeschlagen, folgende Bedingungen als Struktur einer qualifizierten Rehabilitation bei Asthma bronchiale vorzusetzen:

- Die Einrichtung muss den Qualitätsansprüchen gemäß AWMF-Leitlinie „Asthma bronchiale“ der Fachgesellschaft Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 070/002) entsprechen.
- Es muss eine strukturierte Asthmaschulung nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. erfolgen.
- Ein leitender Arzt der Einrichtung (Chefarzt/Oberarzt) muss die persönlichen Voraussetzungen der Weiterbildungsordnung des jeweiligen Bundeslandes bzw. deren Übergangsbestimmungen zum Schwerpunkt bzw. zur Zusatzweiterbildung „Pädiatrische Pneumologie“ erfüllen und den Schwerpunkt bzw. die Zusatzweiterbildung auch in einem definierten Zeitraum (z. B. innerhalb von zwei Jahren) bei der jeweiligen Ärztekammer beantragen.

Voraussetzungen für den Erfolg einer solchen stationären Maßnahme sind eine funktionierende Vernetzung der Versorgungsebenen und ein Austausch, der im Rahmen des DMP sicher strukturierter und einfacher zu gewährleisten ist als im bisherigen System. Sind diese Bedingungen klar erfüllt, besteht für den zuweisenden niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt, Hausarzt, Facharzt oder die Spezialambulanz die Gewissheit einer qualitativ hochwertigen medizinischen Rehabilitation, die sich von einer so genannten „Kinder-Klimakur“ oder „Mutter-Kind-Kur“ substanziiell unterscheidet. Dies kann ein weiterer Schritt zur Transparenz und Qualität sein und den Weizen von der Spreu trennen.

*Dr. med. Thomas Spindler  
Fachkliniken Wangen  
Waldburg-Zeil-Kliniken  
Am Vogelherd 14, 88239 Wangen  
E-Mail: TSpindler@wz-kliniken.de*