



Atemwegserkrankungen in der
vertragsärztlichen Versorgung

-

Bedeutung regionalisierter
Versorgungsforschung für die Versorgung
in der **Allgemeinen Ambulanten Pädiatrie**



bvkd.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Dominik A. Ewald, Kinder- und Jugendarzt, Regensburg

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

DGAAP

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR AMBULANTE ALLGEMEINE PÄDIATRIE

„als Science Slam...“

- Ambulante Allgemeine Pädiatrie
- Aktuelle Herausforderungen
- Husten in der Praxis
- Asthma, DMP auch wenn zu jung für die LuFu
- Masterplan 2020 und Versorgungsforschung 2.0

Ambulante Allgemeine, hausärztliche

Kinder- und Jugendmedizin

- Prävention: Beratung, Führung und Begleitung der Patienten und Eltern, Vorsorgen, Impfungen
- Akute Erkrankungen
- Chronische Erkrankungen

- Kooperation mit anderen Ärzten, auch sektorenübergreifend und Therapeuten aus anderen Heilberufen

Aktuelle Herausforderungen **pädiatrischer** Praxen

- Geburten in Deutschland – immer und immer mehr
- Leistungsverdichtung – U`s und I`s
- Atteste – für alles und jeden Kindergarten
- Ambulante Allgemeine Pädiatrie – spezieller als gedacht
- Schwerpunktpädiatrie – hausärztlicher Facharzt
- Frauen in der Medizin – last but not least

In Deutschland werden so viele Kinder geboren wie vor 44 Jahren



28. März 2018, ZEIT ONLINE

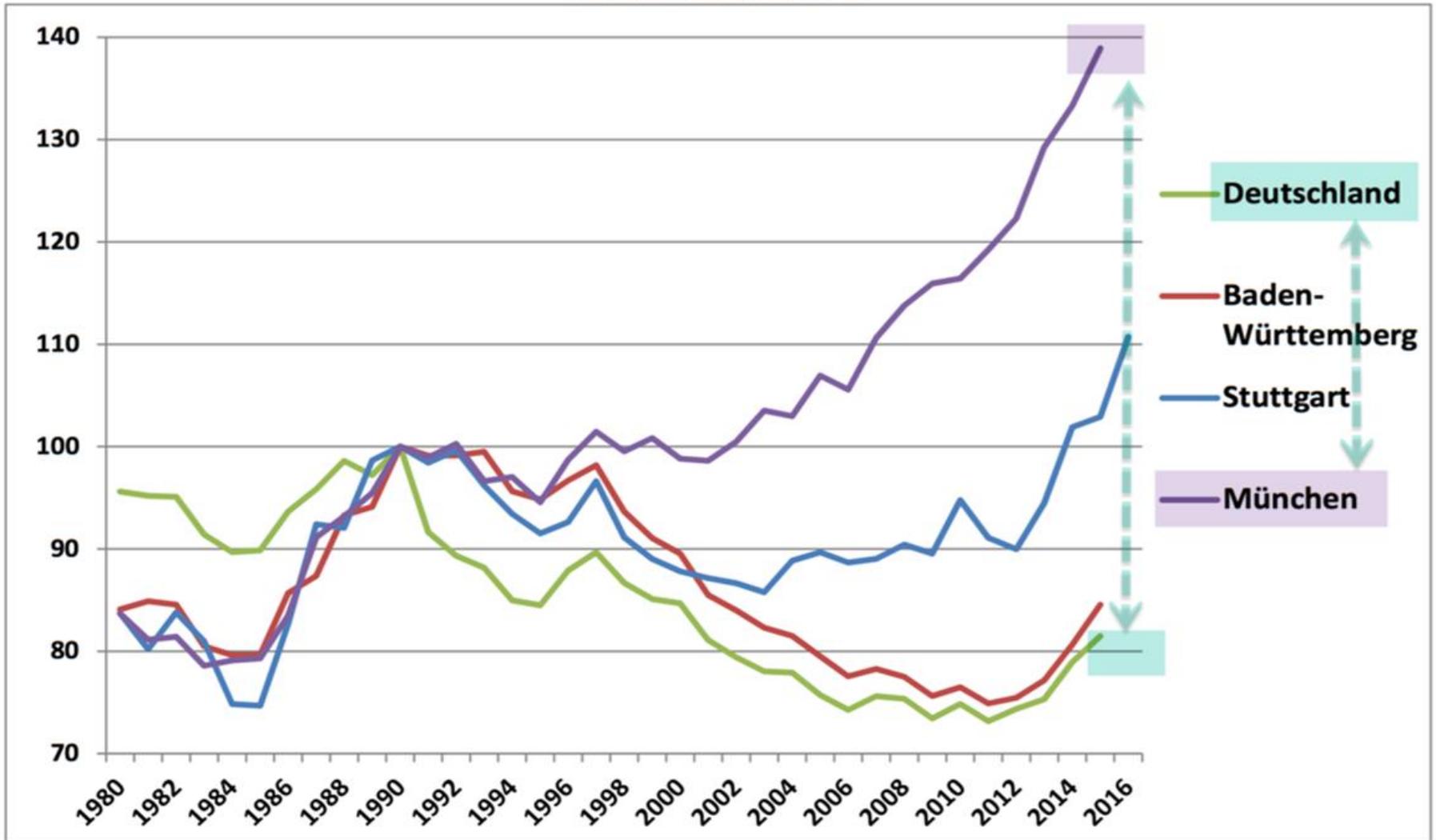


- 2016 lag die Geburtenrate mit 1,59 Kindern pro Frau so hoch wie zuletzt 1972
- seit fünf Jahren steigt sie kontinuierlich an
- 2016 kamen rund 55.000 mehr Säuglinge zur Welt als im Jahr davor
nämlich ganz genau: 792.131 Babys

Quelle Zeit online

Geburtenzahlen in D 1980 - 2016

Relative Geburtenziffern 1980- 2015 (Stuttgart zusätzlich 2016, hochgerechnet aus 7/2016)
1990 (Basisjahr der Bedarfsplanung) = 100



Geburtenzahlen bayerischer Großstädte 1995 - 2016

	1995	2000	2005	2010	2014	2015	2016	% Delta 2010 vs. 2015	%Delta 2010vs. 2016
München		12194	13196	14366	16450	17143	18107	+19,3	+26,0
Nürnberg	4391	4438	4177	4503		5148	5539	+14,3	+23,0
<u>Würzb. Uni</u>		1420	1352	1561	1898	1922	1938	+23,1	+24,1
Augsburg	2650	2525	2416	2323	2744	2828		+21,7	
Regensburg			3460	3809	3975	4502		+18,2	
Ingolstadt		1682	1759	2102	2462	2555	2655	+21,5	+26,3
Erlangen		1420	1352	1561	1898	1922		+23,1	
Durchschnitt bayerische Großstädte								+20,2	+24,9
Bayern Gesamt			107308	105251	113935	118200	?	+12,3	

Kinder- und Jugendärzte, wie viele?

- 2016 gab es in D berufstätige Kinder- und Jugendärzte: 14.466
- Davon niedergelassene Kinder- und Jugendärzte: 5.821

Altersgruppen Pädiater 2016:

	bis 34	35 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 65	über 65
Gesamt	644	1935	4408	4740	1907	832
Niedergel.	13	209	1393	2581	1191	434

Quelle: Bundesärztekammer, Ärztestatistik

- Mitglieder im **BVKJ** (01.01.2015): 12.208
- Niedergelassene Mitglieder im **BVKJ** (01.01.2015): 5.653 Quelle: BVKJ
- Mitglieder in der **DGAAP** (01.10.2018): 270 Quelle: DGAAP

U`s und I`s

Tag 3 – 10	Monat 1	Monat 2	Monat 3 – 4	Monat 6	Monat 12	Monat 13	Monat 14	Monat 15
U2	U3 -		U4	U5	U6			
(Sono)	Sono	Impf	Impf	Impf	Impf	Impf	Impf	Impf
30min								

2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	6 Jahre	7-8 Jahre	9-11 Jahre	12-14 Jahre	16-17 Jahre
U7	U7a	U8	U9		U10	U11	J1	J2
				Impf		Impf	Impf	Impf
27'/19'	31'/22'	27'/19'	27'/19'				31'/22'	

Neue Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

- 1991 U9 mit 5 Jahren
- 1998 J1 mit 13 Jahren
- 2006 U 10 (8 Jahre), U 11(10 Jahre)
und J2 (17 Jahre)
- 2008 U7a mit 3 Jahren

= Verdopplung der Zahl der Vorsorgen von 6 auf 14

- U1+2 (noch) in der Klinik

Weitere pädiatrische Impfungen seit 1990

- 1990 Hämophilus influenzae Typ B (3x)
- 1991 2. Masern-Mumps-Rötelnimpfung
- 1991 Keuchhusten
- 1996 Hepatitis B (3x)
- 2004 1. Windpockenimpfung
- 2006 Meningokokken C (1x)
- 2006 Pneumokokken (4x, heute nur noch 3x)
- 2008 Humane Papillomviren bei Mädchen (2 oder 3x)
- 2009 2. Windpockenimpfung
- 2014 Rotavirusimpfung (2 oder 3x)
- 2016 Meningokokken B (2x)
- 2018 Humane Papillomviren bei Jungen (2 oder 3x)

- **1990** **7 Injektionen**
- **2017** **bis zu 19 Injektionen**

Atteste Atteste Atteste

- KITA-Ausbau für unter 3-jährige Kleinkinder
- erhöhte Morbidität vor allem der kleinen Kinder
- Erhöhter Bedarf an Krankschreibungen bei Infekten und
- ab dem ersten Krankheitstag für berufstätige Eltern

„Neue Morbiditäten“

- Adipositas
- ADHS
- Asthma
- Allergien
- Psychosoziale Probleme
- Psychosomatische Krankheiten
(Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Kreislaufprobleme)
- Die neuen Krankheiten machen einen **zunehmenden** Anteil pädiatrischer Behandlungen aus

Sozialpädiatrie in der Praxis

U8 gesamt	12.156
auffällig (SDQ)*	17,4%
davon Weiterbehandlung	40%
U9 gesamt	12.564
auffällig (SDQ)*	17,4%
davon Weiterbehandlung	41,4%

U 10 gesamt	23.703
auffällig (MEF)**	14,6%
davon Weiterbehandlung	34,6%
U 11 gesamt	17.866
auffällig (MEF)**	15,6%
davon Weiterbehandlung	33,4%

F90.0	Aufmerksamkeitsstör./Hyperkinet. Syndr.
F98.8	Soziale Verhaltensstoeungen
F80.9	Sprachentwicklungsstoeungen
F89	Entwicklungsstoeungen
R10.4	Chron. Bauchschmerzen/Kopfschmerzen psychosomatischen Ursprungs
F81.0	Entwicklungsstoeungen
F81.9	Entwicklungsstoeungen
F80.0	Sprachentwicklungsstoeungen
R32	Einnaessen/Einkoten/Enuresis nocturna

F90.0	Aufmerksamkeitsstör. /Hyperkinet. Syndr.
F98.8	Soziale Verhaltensstoeungen
F81.0	Entwicklungsstoeungen
R10.4	Chron. Bauchschmerzen/Kopfschmerzen psychosomatischen Ursprungs
F80.9	Sprachentwicklungsstoeungen
F89	Entwicklungsstoeungen

***SDQ-D** = **S**trengths and **D**ifficulties **Q**uestionnaire - Fragebogen zu Stärken und Schwächen, weltweit meist verwendetest Testverfahren psychischer Probleme, insbesondere ADHS

****MEF** = Mannheimer Eltern-Fragebogen, Screening-Fragebogen auf psychische Erkrankungen (Esser 2006)

Quelle: BKK LV Bayern: 4.Quartal 2009 bis 3.Quartal 2010

Die Top 10 Praxisvorstellungs Anlässe

Diagnosegruppe	Proz.
Husten mit/ohne Atemnot	28,89 %
Fieber	12,81 %
Verhaltensstörungen (neue Morbi)	11,05 %
Haut / Nägel / Haare	8,83 %
Durchfall und / oder Erbrechen	7,91 %
Halsschmerzen, Mundschmerzen	5,54 %
Rote und / oder verklebte Augen	4,30 %
Ohrenschmerzen (mit oder ohne Fieber)	4,05 %
Akute Schmerzen	3,97 %
Hautausschlag	3,94 %

Diagnosegruppe	Mittlerer Zeitaufwand
Infekte der oberen Luftwege	7,8 min
Infekte der unteren Atemwege	8,6 min
Sonstige Infekte	7,8 min
Impfung	7,2 min
Verhaltensstörungen (neue Morbi)	14,1 min
Vorsorge	22,7 min

DAKJ-Versorgungsstudie 2012,
Nentwich, Fegeler, Jäger-Roman, n = 96.036

Husten – ein ICD-10-Problem

- J20.9G
Akute Bronchitis beim Kind (mittelbl Rg's) vs.
Obstruktive Bronchitis (Giemen und Pfeifen)
- R94.2
Bronchiale Hyperreagibilität
Abnorme Ergebnisse Lungenfunktionsprüfungen
- J45.- Asthma bronchiale

J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege

Exkl.: Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit mit akuter: Exazerbation o.n.A. ([J44.1-](#))

Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit mit akuter: Infektion der unteren Atemwege ([J44.0-](#))

J20.- Akute Bronchitis

Inkl.: Bronchitis: akut oder subakut (mit): Bronchospasmus

Bronchitis: akut oder subakut (mit): eitrig

Bronchitis: akut oder subakut (mit): fibrinös

Bronchitis: akut oder subakut (mit): membranös

Bronchitis: akut oder subakut (mit): obstruktiv

Bronchitis: akut oder subakut (mit): septisch

Bronchitis: akut oder subakut (mit): Tracheitis

Bronchitis: o.n.A. bei Patienten unter 15 Jahren

Tracheobronchitis, akut

Exkl.: Bronchitis: allergisch o.n.A. ([J45.0](#))

Bronchitis: chronisch: einfach ([J41.0](#))

Bronchitis: chronisch: obstruktiv ([J44.-](#))

Bronchitis: chronisch: schleimig-eitrig ([J41.1](#))

Bronchitis: chronisch: o.n.A. ([J42](#))

Bronchitis: o.n.A. bei Patienten von 15 Jahren und älter ([J40](#))

Tracheobronchitis: chronisch ([J42](#))

Tracheobronchitis: chronisch-obstruktiv ([J44.-](#))

Tracheobronchitis: o.n.A. ([J40](#))

J20.0 Akute Bronchitis durch *Mycoplasma pneumoniae*

J20.1 Akute Bronchitis durch *Haemophilus influenzae*

J20.2 Akute Bronchitis durch Streptokokken

J20.3 Akute Bronchitis durch Coxsackieviren

J20.4 Akute Bronchitis durch Parainfluenzaviren

J20.5 Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]

J20.6 Akute Bronchitis durch Rhinoviren

J20.7 Akute Bronchitis durch ECHO-Viren

J20.8 Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger

J20.9 Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet

ICD-10-GM-2019 > J00-J99 > J40-J47 > J45.-

J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege

Exkl.: Infektion der Atemwege o.n.A. ([J98.7](#))
Zystische Fibrose ([E84.-](#))

J45.- Asthma bronchiale

Exkl.: Akutes schweres Asthma bronchiale ([J46](#))
Chronische asthmatische (obstruktive) Bronchitis ([J44.-](#))
Chronisches obstruktives Asthma bronchiale ([J44.-](#))
Eosinophiles Lungeninfiltrat mit Asthma bronchiale ([J82](#))
Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen ([J60-J70](#))
Status asthmaticus ([J46](#))

J45.0 Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale

Inkl.: Allergische: Bronchitis o.n.A.
Allergische: Rhinopathie mit Asthma bronchiale
Atopisches Asthma
Exogenes allergisches Asthma bronchiale [Extrinsisches Asthma]
Heuschnupfen mit Asthma bronchiale

J45.1 Nichtallergisches Asthma bronchiale

Inkl.: Endogenes nichtallergisches Asthma bronchiale [Intrinsisches Asthma]
Medikamentös ausgelöstes nichtallergisches Asthma bronchiale [Analgetika-Asthma]

J45.8 Mischformen des Asthma bronchiale

Inkl.: Kombination von Krankheitszuständen unter [J45.0](#) und [J45.1](#)

J45.9 Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet

Inkl.: Asthmatische Bronchitis o.n.A.
Late-Onset-Asthma



Sie befinden sich hier: Startseite » Neues »



- ▾ DMP
- ▾ Gesundheitstipps
- ▾ Honorar
- ▾ KVNO aktuell
- ▾ Newsletter
- ▾ Praxisinfos
- ▾ Pressemitteilungen
- ▾ Stellenangebote
- ▾ Verordnungsinfos
- ▾ Verträge

DMP-Bericht: Fast 900.000 Patienten im Rheinland profitieren von strukturierten Behandlungsprogrammen

12.12.2018 | Pressemitteilungen

Immer mehr Patienten im Rheinland nehmen an strukturierten medizinischen Behandlungsprogrammen, den so genannten Disease-Management-Programmen (DMP) teil. Ausgehend von den Daten des Versorgungsjahres 2017 stieg die Zahl der Teilnehmer zuletzt erneut um ca. 19.000 auf derzeit insgesamt fast 900.000 DMP-Patienten in Nordrhein an. Vor drei Jahren waren noch rund 856.000 Patienten aus Nordrhein in die verschiedenen DMP eingeschrieben. Die Auswertung zeigt ebenfalls, dass diese Patienten auf mehrfache Weise von den strukturierten Versorgungswegen der DMP profitieren – so können zum Beispiel schwere

Ansprechpartner für Journalisten

Dr. Heiko Schmitz

Leiter Bereich Presse und Medien

Tel.: (02 11) 59 70-85 05

Christopher Schneider

DMP Asthma bronchiale – erfolgreich bei Kindern und Jugendlichen

G. Schauerte¹, A. Weber² und U. Umpfenbach³

¹CJD Berchtesgaden – Asthmazentrum, Berchtesgaden, ²Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, DMP-Projektbüro Köln, ³Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Viersen-Dülken

Schlüsselwörter

Asthma bronchiale – Kinder – Jugendliche – Disease-Management-Programm – Asthaschulung

Key words

bronchial asthma – children – adolescents – Disease Management

DMP Asthma bronchiale – erfolgreich bei Kindern und Jugendlichen

2006 wurde in Deutschland das Disease-Management-Programm (DMP) Asthma bronchiale eingeführt, in das Kinder ab dem 5. Lebensjahr eingeschrieben werden können. Die Daten aus der verpflichtenden Dokumentation und deren Evaluation werden von den meisten kassenärztlichen Vereinigungen und einigen bundesweit agieren-

all eligible asthma patients between the ages of 5 and 17 years take part in the bronchial asthma DMP, although there are significant reductions in asthma symptoms in the participants. A minimum of 90% of the children and adolescents in the DMP achieve most of the quality objectives in the program (avoiding emergency visits, review of inhaler techniques, receipt of a self-management plan, use of corticosteroid inhalants once long-

Neue Teilnahmemöglichkeit für Kleinkinder im Alter von 1 bis 5 Jahren

Für Klein- und Vorschulkinder, bei denen eine valide Lungenfunktion noch nicht durchführbar ist, müssen für eine Einschreibung folgende Kriterien der Diagnosestellung vorliegen:

1. mindestens 3 asthmatypische Episoden im letzten Jahr <u>und</u> 2. Ansprechen der Symptome auf einen Therapieversuch mit antiasthmatischen Medikamenten	+ mindestens 1 der nebenstehenden Zusatzkriterien →	<ul style="list-style-type: none">• Giemen/Pfeifen unabhängig von Infekten, insbesondere bei körperlicher Anstrengung• Stationärer Aufenthalt wegen obstruktiver Atemwegssymptome• Atopische Erkrankung des Kindes• Nachweis einer Sensibilisierung• Asthma bronchiale bei Eltern oder Geschwistern.
<u>oder</u> bei Vorliegen der Einschreibkriterien entsprechend denen für Kinder ab 5 Jahren.		

Statt des altersunabhängigen Grenzwertes von $FEV1/VC \leq 70\%$ bzw. 75% können die neueren altersabhängigen Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von $FEV1/VC$ berücksichtigen:
Als unterer Grenzwert (LLN: lower limit of normal): 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64-Faches der Streuung)

Bei Kindern im Alter von 1 bis 5 Jahren soll insbesondere darauf hingewiesen werden, dass die Einschreibung des Kindes der Kontrolle der Beschwerden dient, aber noch keine endgültige Aussage über den weiteren Verlauf der Krankheitssymptome zulässt und die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung besteht.

Quelle: <https://www.kvno.de/downloads/vertraege/dmp/uebersicht-dmp-asthma01042019.pdf>

Wie bekommt man Asthma?

„Zugangswege“

- Allergische Rhinopathie/Rhinokonjunktivitis
- Nase zu/saisonal
- Filter zu durch Pollen
- Mundatmung/kalte Luft
- Bronchiale Hyperreagibilität

Antibiotische Therapie in der ambulanten Pädiatrie

Inhalt dieser Empfehlungen ist die **kurzgefasste Standardbehandlung** häufiger Infektionskrankheiten in der **ambulanten Pädiatrie**. Sie ersetzen nicht die individuelle Beurteilung und Entscheidungsfindung. Abweichungen von den Empfehlungen sind daher möglich, sollten aber begründbar sein. Häufige Abweichungen geben Anlass, die eigenen Behandlungsstrategien zu überdenken.

Eingeschränkt anwendbar sind die Empfehlungen bei Vorliegen besonderer Ausgangsbedingungen wie **Grunderkrankung, komplizierter Verlauf, junges Säuglingsalter, antibiotische Vorbehandlung, Auslandsaufenthalt** u.s.w. Für die Inhalte, insbesondere Dosierungen, kann keine Gewähr übernommen werden.

Abkürzungen

ATB = Antibiotika	ED = Einzeldosis	L _{Mo} = Lebensmonat	T = Tag(e)
AS = Augensalbe	GAS = Gruppe A-Streptokokken	Mo = Monat(e)	T _{bl} = Tablette(n)
AT = Augentropfen	HWI = Harnwegsinfektion	NS = Nasenspray	TS = Trockensaft
C = Creme	Ind = Indikation	OT = Ohrentropfen	V.a. = Verdacht auf
DD = Differenzialdiagnose	kgKG = Kilogramm Körpergewicht	Sgl = Säugling(e)	Wo = Woche(n)
E = Einheiten	L _{Wo} = Lebenswoche		

Darstellung der ATB-Therapie nach folgendem Schema (*ggfls. bevorzugte Therapie auf hervorgehobenem Hintergrund*):

Antibiotikum X	Tagesdosis (max. Einzeldosis), Anzahl der Einzeldosen	Dauer	Bemerkungen
Antibiotikum Y			

Hauptziele

- Verordnung von **Cephalosporinen** - insbesondere **Cefuroxim p.o.** - **reduzieren**
- Verordnung von **Makroliden** nur **gezielt**; Verordnung besonders von **Azithromycin** **reduzieren**
- **Topische antibiotische Therapie** z.B. bei Haut- und Augeninfektionen **reduzieren**
- **Therapiedauer so kurz und so schmal wie möglich**, unnötige antibiotische Therapie sofort beenden
- Dosis und Dauer auf Verordnung vermerken

1. Atemwegsinfektionen

1.1 Tonsillopharyngitis

- Keine antibiotische Therapie, kein Strep-A-Test bei: *<(2)-3 Jahre*, bei geringer Wahrscheinlichkeit für A-Streptokokken (GAS)-Tonsillopharyngitis (*Mclsaac-Score 1-2*), *geringem Krankheitsgefühl*, ggf. **Verlaufskontrolle**.
- Bei *starkem Krankheitsgefühl* und hoher Wahrscheinlichkeit einer GAS-Tonsillopharyngitis (z.B. *Mclsaac-Score 3-5: Alter >(2)-3 Jahre, Fieber, exsudativ, schmerzhafte zervikale LK*, kein Husten, keine Konjunktivitis; Strep-A-Schnelltest oder -Kultur empfohlen)

Penicillin V	90.000 E/kgKG/T (max. 3 Mio. E/ED) in 3 ED	7 T	<u>nicht</u> zu den Mahlzeiten
Benzathin-Penicillin	50.000 E/kgKG/T (max. 1,5 Mio. E/ED) in 2 ED	7 T	
Erythromycin-Estolat	50 mg/kgKG/T (max. 2 g/ED) in 2 ED	7 T	bei Penicillin-Allergie
Clarithromycin	15 mg/kgKG/T (max. 1 g/ED) in 2 ED	7 T	bei Penicillin-Allergie

- Keine Indikation für eine ATB-Therapie: Vermeidung von Infektionen bei Kontaktpersonen, Vermeidung eitriger bzw. immunologischer Folgeerkrankungen, Nachweis *Haemophilus influenzae* oder *Staphylococcus aureus*, ASL-Titer u.ä.
- Nach GAS-Infektion: Keine routinemäßige Kontrolle von EKG, Urinstatus; Bestimmung ASL-Titer nur bei Verdacht

Versorgungsforschung 2.0

Ja, gerne in pädiatrischen Praxen, aber

- Professionelle Forschung
 - Schulung der Studienärzte
 - Ausbildung von MFAs zu Study Nurses
- Rechtssicherheit/ Datenschutz
- adäquate Honorierung

Ambulante Allgemeine Pädiatrie

Das **neue**, uralte Fach!

Masterplan Medizinstudium 2020

- Förderung des Primary Care Bereiches, „Sprechende Medizin“
- Ambulante Longitudinale Neigungs-Fächer
25% der Medizinstudenten im Primary Care-Pfad,
davon 10-20% Primary Care Pädiatrie
= ca. **2500 Studierende / Semester** in PCP-Praxen
- Plus Famulaturen, PJ-Studenten

Fachärztliche Weiterbildung

- Weiterbildungsverbände in Schleswig Holstein, Mittelfranken

1. Lehrstuhl für AAP (in Augsburg?!)