

Aus der Klinik für Pädiatrie m. S. Pneumologie und Immunologie  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

## DISSERTATION

Ansätze zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und  
Jugendlichen in Deutschland mit Asthma bronchiale mit einem  
Fokus auf sozialen Risikofaktoren und interdisziplinärer  
Zusammenarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Mathias Krisam

aus Trier

Datum der Promotion: 16.06.2018

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	v
Abbildungsverzeichnis .....	vi
Abkürzungsverzeichnis .....	vii
Zusammenfassung (Deutsch) .....	viii
Abstract (English).....	x
1 Einleitung.....	1
1.1 Stand der Integration sozialmedizinischer Aspekte in die pädiatrische Versorgung .....	1
1.2 Bisherige Erkenntnisse zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Allgemeinen .....	2
1.3 Asthma.....	3
1.3.1 Krankheitsbild des Asthmas .....	3
1.3.2 Diagnostik, Schweregrade und Therapie.....	3
1.3.3 Epidemiologie .....	6
1.4 Risikofaktoren und soziale Ungleichheit in der Asthma-Versorgung.....	7
1.4.1 Rauchen .....	7
1.4.1.1 Epidemiologische Zahlen zum Rauchen in Deutschland .....	7
1.4.1.2 Möglichkeiten der Intervention durch Gesundheitspersonal .....	8
1.4.2 Widrige Wohnbedingungen .....	10
1.4.3 Adipositas .....	11
1.5 Bisherige Asthma-Versorgung in Deutschland.....	12
1.5.1 DMP Asthma für Kinder und Jugendliche in Deutschland.....	12
1.5.2 Asthma-Schulungen.....	13
1.5.3 Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma .....	13
1.5.4 Herausforderungen und Diskussionen in der Asthma-Versorgung.....	14
1.5.5 Wie könnte eine umfassendere und ganzheitliche Asthma-Versorgung aussehen? ....	15
2 Methodisches Vorgehen .....	16
2.1 Stichprobenplan .....	16
2.2 Erhebungsmethode .....	17
2.2.1 Leitfaden.....	17
2.2.2 Prätest .....	18
2.3 Durchführung der Interviews .....	18
2.3.1 Datenerfassung und Archivierung.....	19
2.3.2 Pseudonymisierung .....	19
2.4 Auswertung .....	20

2.4.1	Entwicklung des Kategorien-Systems.....	20
2.4.2	Gütekriterien .....	21
2.5	Wiedergabe von Original-Zitaten .....	22
2.6	Ethische und rechtliche Aspekte .....	23
3	Ergebnisse.....	24
3.1	Angaben zu den Interviews .....	24
3.1.1	Zusammensetzung der Studien-Population .....	24
3.1.2	Interviewdauer und -Umgebung .....	25
3.2	Risikofaktoren.....	26
3.2.1	Allgemeine Anmerkungen .....	26
3.2.2	Rauchen .....	26
3.2.2.1	Bemerkungen zur Epidemiologie .....	26
3.2.2.2	Herausforderungen im Umgang mit Rauchverhalten .....	27
3.2.2.3	Wege zur Reduktion des Tabak-Konsums oder der Tabak-Exposition.....	28
3.2.3	Widrige Wohnbedingungen .....	29
3.2.3.1	Allgemeine Bewertung .....	29
3.2.3.2	Herausforderungen .....	30
3.2.3.3	Wege zur Verbesserung .....	30
3.2.4	Adipositas .....	30
3.2.4.1	Allgemeine Bewertung .....	30
3.2.4.2	Wege zur Verbesserung .....	31
3.3	Bewertung der aktuellen Asthma-Versorgung.....	32
3.3.1	Allgemein.....	32
3.3.1.1	Allgemeine Bewertung .....	32
3.3.1.2	Herausforderungen .....	33
3.3.1.3	Wege zur Verbesserung .....	36
3.3.2	Versorgung in ländlichen Regionen.....	38
3.3.2.1	Allgemeine Bewertung .....	38
3.3.2.2	Tele-Medizin und digitale Versorgungs-Werkzeuge: Versorgung der Zukunft? .....	40
3.4	Zusammenarbeit .....	40
3.4.1	Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren in der Asthma-Versorgung .....	40
3.4.1.1	Allgemeine Bewertung .....	40
3.4.1.2	Herausforderungen .....	41
3.4.1.3	Erfolgsfaktoren .....	42
3.4.1.4	Wege zur Verbesserung .....	43

3.4.2	Welche Institutionen könnten mehr an der Versorgung beteiligt werden?.....	43
3.4.2.1	Kita/Schule.....	44
3.4.2.2	Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) .....	45
3.4.2.3	Jugendamt .....	46
3.4.2.4	Sozialpädiatrische Zentren (SPZs).....	47
3.4.2.5	Weitere .....	47
3.5	Notwendigkeit der Beratung durch Pflegekräfte .....	47
3.5.1	Problem/Bedarf .....	48
3.5.2	Aufgaben .....	49
3.5.3	Herausforderungen in der Umsetzung.....	50
3.5.4	Blick in die Zukunft .....	50
3.6	Überlegungen zum Case Management .....	51
3.6.1	Allgemeine Bewertung des Case Managements in Bezug auf Asthma .....	51
3.6.2	Aufgaben .....	52
3.6.3	Indikationen für einen gesonderten Bedarf.....	52
3.6.4	Geeignete Berufsgruppen .....	53
3.6.5	Fortbildung/Kompetenz .....	54
3.6.6	Verortung der Case ManagerIn/Koordination .....	54
3.6.7	Herausforderungen in der Umsetzung des Case Managements.....	54
3.6.8	Wege zur Verbesserung .....	55
4	Diskussion .....	57
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	57
4.2	Diskussion der Methodik.....	58
4.3	Diskussion der Ergebnisse .....	59
4.3.1	Risikofaktoren.....	59
4.3.1.1	Rauchen.....	59
4.3.1.2	Widrige Wohnbedingungen .....	60
4.3.1.3	Adipositas .....	61
4.3.1.4	Zusammenfassende Diskussion der Risikofaktoren .....	62
4.3.2	Ambulante Beratung durch Pflegekräfte .....	62
4.3.3	Case Management – Allgemeine Diskussion.....	64
4.3.4	Case Management in der Asthma-Versorgung von Kindern und Jugendlichen.....	66
4.3.5	Finanzierung und Kosten-Nutzen-Bewertung einer erweiterten Pflege-Beratung.....	69
4.3.6	Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....	70
4.3.7	Der Einbezug von weiteren Institutionen in die Asthma-Versorgung.....	72

4.3.8	Bewertung der bisherigen Versorgung.....	74
4.4	Ein Blick über die Landesgrenzen hinaus .....	77
4.5	Was wären sinnvolle nächste Schritte zur Besserung der Asthma-Versorgung?.....	78
	Literaturverzeichnis.....	I
	Anhang: Interview-Leitfaden.....	VIII
	Eidesstattliche Versicherung .....	XI
	Lebenslauf .....	XII
	Publikationsliste .....	XIII
	Danksagung .....	XIV

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Asthma-Schweregrade nach Symptomatik und Lungenfunktion vereinfacht nach Berdel ....	4
Tabelle 2: Grade der Asthma-Kontrolle vereinfacht nach GINA.....	5
Tabelle 3: Auflistung der nicht-ärztlichen Interview-TeilnehmerInnen.....	24
Tabelle 4: Auflistung der ärztlichen Interview-TeilnehmerInnen .....	25

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Case-Management-Regelkreis in Bezug auf Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland angepasst nach Ewers (2005) .....	67
--	----

**Abkürzungsverzeichnis**

ADHS: Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung

BVKJ: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

COPD: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

DMP: Disease Management Programm

DRV: Deutsche Rentenversicherung

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss

FEV<sub>1</sub>: Forcierte Expiratorische Einsekundenkapazität

FVC: Forcierte Vitalkapazität

GINA: Global Initiative for Asthma

GKV: Gesetzliche Krankenversicherung

ICS: Inhalative Glukokortikoide

IV: Integrierte Versorgung

KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Kita: Kindertagesstätte

KJGD: Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

LABA: „Long acting  $\beta_2$ -agonist“, lang wirksames  $\beta_2$ -Sympathomimetikum

LuFu: Lungenfunktions-Untersuchung

MFA: Medizinische Fachangestellte

ÖGD: Öffentlicher Gesundheitsdienst

o. p. B.: ohne pathologischen Befund

PEF: „Peak Expiratory Flow“, maximaler Atemstrom bei Ausatmung

PKV: Private Krankenversicherung

RABA: „Rapid acting  $\beta_2$ -agonist“, schnell wirksames  $\beta_2$ -Sympathomimetikum

SGB: Sozialgesetzbuch

SPZ: Sozialpädiatrisches Zentrum

## **Zusammenfassung (Deutsch)**

Hintergrund: Aktuelle Entwicklungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland weisen einen Weg hin zu mehr Interdisziplinarität und einer ganzheitlichen Versorgung, welche insbesondere die Zusammenarbeit von medizinischer Versorgung und sozialpädagogischen Ansätzen fördern soll. Dies gilt auch für die Versorgung von Kindern mit Asthma bronchiale, der häufigsten chronischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Die stärkere Berücksichtigung sozialmedizinischer Aspekte in der Asthmaversorgung ist von besonderer Notwendigkeit, da in der Schwere des Krankheitsverlaufs ebenso wie bei der Verteilung der Risikofaktoren Tabak-Exposition, ungesunde Wohnbedingungen und Adipositas ein relevanter sozialer Gradient besteht.

Ziel dieser Studie: Ziel dieser Studie ist es daher, zu untersuchen, inwiefern die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma in Deutschland durch eine verstärkte Berücksichtigung der genannten Risikofaktoren und eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert werden kann.

Methodik: Da bisher noch keine Arbeit zu diesem Thema vorlag, wurde ein qualitativ-exploratives Vorgehen gewählt. Es wurden 28 ExpertInnen der Asthma-Versorgung von Kindern und Jugendlichen beziehungsweise der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen mittels semi-strukturierter Leitfaden-Interviews befragt. Es erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse nach Schreier (2014).

Ergebnis: Ein Großteil der Befragten äußerte die Ansicht, dass insbesondere eine ambulante Pflege-Betreuung durch geschulte KinderkrankenpflegerInnen oder MFAs für besonders bedürftige Familien zu einem verbesserten Umgang mit der Erkrankung im Allgemeinen und dem Angehen von Risikofaktoren beitragen kann. In Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit sprach sich zudem ein Großteil für ein an den individuellen Bedarf angepasstes Case Management aus, welches effizient zwischen allen an der Versorgung Beteiligten vermitteln soll.

Diskussion: Diese Studie liefert Eckpunkte für die Erprobung einer über das DMP Asthma hinausgehenden integrierten Versorgung für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale in Deutschland. Dieses erweiterte Konzept sollte eine spezielle Beratung durch Pflegekräfte und ein zwischen den verschiedenen Behandlern besser koordiniertes und individuelles langfristiges Case Management insbesondere für Kinder mit schweren Verläufen beinhalten, das dazu beiträgt, soziale Hindernisse einer erfolgreichen Therapie zu erkennen und die betroffenen Familien zu stärken. Ein solches Konzept könnte im Rahmen eines Selektivvertrages erprobt

und auf die Qualität und die Kosten-Nutzen-Relation sowie weiterer relevanter Kriterien evaluiert werden. Neben der GKV käme auch die DRV als Geldgeber in Frage.

**Abstract (English)**

**Background:** Current healthcare developments for children and adolescents in Germany show a trend towards increasing interdisciplinary collaboration and a more integral healthcare coverage. This implies a strengthening of cooperation between healthcare and socio-educational approaches. Asthma is the most frequent chronic disease among children and adolescents in Germany and shows a social gradient in terms of severity of the disease and the distribution of risk factors like tobacco exposition, low quality housing (presence of dust mites or mould) and obesity, disproportionately affecting asthma patients coming from a low socioeconomic background.

**Objective:** The goal of this study was to investigate how asthma care for children and adolescents could be improved by focusing on diminishing the adverse effects of relevant risk factors and through better interdisciplinary collaboration.

**Methods:** No study had been published on this topic to date, hence an explorative-qualitative approach was chosen as the scientific method. This involved interviewing 28 German experts in paediatric asthma care, paediatric health or general social care using a semi-structured interview-guide. The interviews were subsequently analysed by a qualitative content analysis according to Schreier (2014).

**Results:** The majority of experts recommended better nursing care for indigent families in order to improve disease management and therapy adherence, especially if difficult-to-treat-asthma is present, assessed through level of disability and disease progression. This care should be carried out by trained paediatric nurses or medical assistants with a special focus on diminishing the impact of common risk factors. Concerning the issue of improving interdisciplinary cooperation, many interviewees voted for a better organized case management, which simplifies and streamlines patientcare by managing patient health data across all professionals involved.

**Discussion:** This study provides further data and insights into an integrated healthcare service for children and adolescents in Germany suffering from asthma in addition to the regular Disease Management Programme (DMP). Thus tailored care could be offered for the most vulnerable and affected patients including case management and comprehensive nursing care at home. This concept should be implemented and evaluated within the framework of a selective health contract funded by the German innovation fund. Beside the statutory health insurance (GKV), the German pension fund (DRV) could serve as another possible sponsor of such service, facilitating better and more personalized care at reduced costs.

## 1 Einleitung

### 1.1 Stand der Integration sozialmedizinischer Aspekte in die pädiatrische Versorgung

In den vergangenen Jahren wiesen und weisen mehrere Arbeiten in Deutschland auf das Bemühen, die Rolle von Public Health zu stärken und lebhaft Debatten darüber anzuregen, wie Gesundheitspolitik in Deutschland besser gestaltet und strategisch ausgerichtet werden soll (1-5). In Bezug auf die Medizin geht dies vor allem mit der Erkenntnis einher, dass ÄrztInnen und insbesondere PädiaterInnen alleine dem Aufkommen von zumeist komplexen chronischen Beschwerden und einem Anstieg der Betroffenen nicht ausreichend begegnen können und auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen angewiesen sind (6-8).

So wurden neben den bereits bestehenden Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) Initiativen gestartet, die eine engere Verzahnung von klinischer, d.h. stationärer und ambulanter Versorgung mit sozialpädagogischen Elementen ermöglichen sollen wie zum Beispiel das *Nationale Zentrum für Frühe Hilfen* oder die Hamburger Initiative *SeeYou* zur familienmedizinischen Nachsorge. Diesbezügliche Entwicklungen finden sich weiterhin beispielhaft in der Verabschiedung des Präventionsgesetzes oder der durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) vorgeschlagenen Zentren für Kinder- und Jugendgesundheit (9), sowie der Aufbau von interdisziplinären Forschungsgruppen und Lehrstühlen (z.B. Child Public Health in Mannheim und Hamburg). PädiaterInnen kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zu, da Eltern in Gesundheitsfragen ihrer Kinder vor allem von diesen beraten werden möchten (6). Neben der Erkenntnis, dass schon im Kindesalter ein deutlicher sozioökonomischer Gradient von Erkrankungen besteht (5, 10), ist die Behandlung von Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen häufig nicht zu trennen von der Entwicklungs-, Bildungs- und Familienförderung (7).

Aktuell, aus Anlass der Bundestagswahl im Herbst 2017, setzte sich der Bundesverband für Kinder- und Jugendmedizin (BVKJ) unter anderem dafür ein, eine sektorenübergreifende und unbürokratischere Versorgung aus den Bereichen des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) zu gewährleisten (10). Des Weiteren fordert der BVKJ Schulpflegefachkräfte, ein verbessertes Case Management und eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in der Versorgung sozial Benachteiligter (10, 11).

## **1.2 Bisherige Erkenntnisse zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Allgemeinen**

Eine engere Verzahnung von klinisch-pädiatrischer und nicht-medizinischer Tätigkeit kann nach Einschätzung verschiedener Autoren und Autorinnen generell Folgendes ermöglichen: Eine bessere Koordinierung der Versorgung von chronischen, eine Reduktion von Kosten durch eine effizientere Versorgung, eine verbesserte Evaluierung von Behandlungsmethoden, eine stärkere Betonung von Gesundheitsförderung und Prävention, die Reduktion und das Berücksichtigen von Ungleichheiten in den Gesundheitschancen, mehr Zufriedenheit unter Gesundheitsfachkräften und einen stärkeren Einfluss auf gesundheitspolitische Rahmensetzungen durch Forschung und Ausbildung (11-14).

Den möglichen Vorteilen einer engeren Kooperation stehen jedoch auch einige Barrieren und Probleme im Wege. So seien ÄrztInnen nicht ausreichend in Sozialmedizin, Public oder Community Health geschult. Auf beiden Seiten herrsche ein Spartendenken mit unzureichendem Austausch und fehlender Multidisziplinarität (7). Des Weiteren wird insbesondere von ÄrztInnen bemerkt, dass präventive Leistungen nicht oder nur unzureichend entlohnt werden (8). Auf Seiten nicht-medizinischer Vertreter und Vertreterinnen wird angemerkt, dass ihr Einfluss in Deutschland im Vergleich zu ÄrztInnen in Gesundheitsfragen (noch) zu gering ausfalle (7, 15, 16). Sowohl Folge als auch Zeichen dieses Missstands sei eine nicht ausreichende, und auch nicht ausreichend finanzierte Forschungstätigkeit in diesem Bereich (17). Dies gelte insbesondere vor dem Hintergrund, dass häufig der politische Wille nicht genüge, um in langfristige Entwicklungen und Prozesse zu investieren, wenn deren Ertrag erst nach einigen Jahren oder gar Jahrzehnten sichtbar werde (18).

Aus dem Ausland sind Erfahrungen bekannt, dass sich vor allem Probleme ergaben durch eine gewisse Veränderungsresistenz, fehlender Evidenz des Nutzens, Wettbewerbsdenken unter Krankenkassen, sowie organisatorisch-administrativen Grenzziehungen zwischen verschiedenen sozialen und medizinischen Dienstleistern (19, 20). Eine Studie aus Tschechien zeigte, dass gegenseitiger Respekt, die Anerkennung der jeweiligen Expertise, sowie die Berücksichtigung spezifischer, festgelegter Rollen und ein positives Kommunikationsniveau kooperationsfördernde Faktoren waren, wohingegen ein Mangel an Kommunikation, das Befolgen divergierender Theorien und fehlendes Wissen die Zusammenarbeit erschwerten (21).

### **1.3 Asthma**

#### **1.3.1 Krankheitsbild des Asthmas**

Unter Asthma bronchiale versteht man eine chronisch entzündliche Atemwegserkrankung, welche auf einer bronchialen Hyperreagibilität beruht, mit einer reversiblen Atemwegskonstruktion einhergeht und verschiedene Auslöser haben kann (22, 23). Dazu zählen bei Kindern vor allem Kontakt mit Allergenen (wie Hausstaubmilben, Pollen, bestimmte Nahrungsmittel, Tierhaare, Schimmelpilz), aber auch nicht-allergische Faktoren wie Infektionen der Atemwege, körperliche Belastung, kalte Luft, psychischer Stress, sowie aktive und passive Tabakrauch-Exposition (23, 24). Asthma wird vor allem deswegen häufiger im Kindesalter und hier vor allem bei Kleinkindern symptomatisch, da der Durchmesser der Bronchien absolut noch kleiner ist als bei Erwachsenen und eine Obstruktion generell eine größere relative Reduktion des Atemzugvolumens bedeutet als beim Erwachsenen.

Typischerweise leiden asthmatische Kinder und Jugendliche unter anfallsartiger Atemnot mit Engegefühl in der Brust und Giemen. In der körperlichen Untersuchung zeigt sich ein verlängertes Expirium, welches durch einen höheren Ausatemwiderstand bedingt ist. Zu den akuten Symptomen gesellen sich häufig weiterhin auch chronische wie rezidivierende Bronchitiden und chronischer Husten (23). Gerade die durch das Asthma bedingte geringere körperliche Belastbarkeit kann insbesondere im Kindesalter zu Ausgrenzungen führen – eine Entwicklung, die tunlichst vermieden werden sollte und auch ein Hauptziel der Therapie darstellt (25).

#### **1.3.2 Diagnostik, Schweregrade und Therapie**

Die Diagnostik beruht primär auf einer ausführlichen Anamnese, einer gezielten körperlichen Untersuchung und einer Objektivierung der Lungenfunktion (LuFu). Wird in der LuFu eine Obstruktion erkannt, die nach Applikation eines inhalativen  $\beta$ -Sympathomimetikums oder einer vierwöchigen Anwendung eines inhalativen Glukokortikoids (ICS) reversibel ist, steht die Arbeitsdiagnose Asthma. Weiterhin kann sich die Messung der bronchialen Hyperreagibilität durch einen Methacholin-Provokationstest und je nach Anamnese eine ausführliche Allergie-Diagnostik anschließen (26). Eine Herausforderung stellt die Diagnosestellung bei Kindern unter fünf Jahren dar, da diese in der Regel noch nicht in der Lage sind, die Aufforderungen der LuFu adäquat zu befolgen. Allerdings ist Asthma bronchiale vor allem eine klinische Diagnose mit anfallsartigen Beschwerden, sodass häufig die Lungenfunktion im Kindesalter außerhalb akuter Episoden normal ist und keine hohe Sensitivität besitzt. Gerade in der

Diagnostik des Asthmas bei Kindern unter fünf Jahren liegt daher der Fokus auf einer detaillierten Anamnese (27).

Asthma wird in vier Schweregrade unterteilt und ergibt sich aus einer Zusammenführung der Informationen von Anamnese und Lungenfunktion (siehe Tabelle 1). FEV<sub>1</sub> beschreibt hier die „Forcierte expiratorische Einsekundenkapazität“, PEF bezieht sich auf den persönlichen Bestwert.

**Tabelle 1: Asthma-Schweregrade nach Symptomatik und Lungenfunktion vereinfacht nach Berdel (26)**

Schweregrad	Symptomatik	Lungenfunktion
<b>I intermittierend</b>	Intermittierend Husten, leichte Atemnot Symptomfreies Intervall >2 Monate	Intermittierend obstruktiv; FEV <sub>1</sub> > 80 % des Sollwertes
<b>II Geringgradig persistierend</b>	Intervall zwischen Episoden < 2 Monate	Episodisch obstruktiv: FEV <sub>1</sub> < 80 % des Sollwertes oder Meist noch o. p. B. FEV <sub>1</sub> > 80 % des Sollwertes
<b>III mittelgradig persistierend</b>	an mehreren Tagen die Woche und nächtliche Symptome	Auch im Intervall obstruktiv, dann FEV <sub>1</sub> < 80% des Sollwertes
<b>IV schwergradig persistierend</b>	anhaltende Symptomatik am Tag, häufig auch nächtlich	FEV <sub>1</sub> < 60 % des Sollwertes

Weiterhin gilt eine Klassifikation nach der Global Initiative of Asthma (GINA): Gefragt wird hierbei nach mehr als drei Tagen in der Woche mit Symptomen, asthmabedingtes nächtliches Erwachen, mindestens dreimalige Nutzung der Bedarfsmedikation pro Woche und einer asthmabedingten Aktivitätseinschränkung. Werden drei bis vier dieser Fragen bejaht, liegt ein nicht kontrolliertes Asthma vor, bei ein bis zwei ein teilweise kontrolliertes und werden alle Fragen verneint, spricht man von einem gut kontrollierten Asthma (28). Diese Einteilung ist besser geeignet zur langfristigen Verlaufskontrolle sowie als Grundlage zur Anpassung der Therapie.

Tabelle 2: Grade der Asthma-Kontrolle vereinfacht nach GINA (28)

Kriterium	Kontrolliertes Asthma (alle Kriterien müssen erfüllt sein)	Teilweise kontrolliertes Asthma (1-2 Kriterien in einer Woche erfüllt)	Unkontrolliertes Asthma
Symptome am Tag	≤ 2x pro Woche	> 2x pro Woche	≥ 3 Kriterien des teilweise kontrollierten Asthmas innerhalb einer Woche erfüllt
Einschränkung im Alltag	nein	ja	
Symptome in der Nacht	nein	ja	
Einsatz Bedarfsmedikation oder Notfallbehandlung	≤ 2x pro Woche	> 2x pro Woche	
Lungenfunktion	normal	< 80 % des Sollwertes (FEV <sub>1</sub> ) oder des PEF	≥ 1 in der Woche
Exazerbation	nein	≥ 1 im Jahr	

Die Therapie richtet sich nach der NVL im Rahmen einer fünfgliedrigen Stufen-Therapie, welche je nach Beschwerden oder Beschwerdefreiheit eskaliert oder reduziert werden kann. Zu den wichtigsten Medikamenten zählen inhalative  $\beta_2$ -Sympathomimetika sowie ICS. Auf der ersten Stufe wird ein schnell wirksames  $\beta_2$ -Sympathomimetikum (RABA) bei Bedarf verordnet. Halten die Beschwerden an, wird auf der zweiten Stufe ein niedrig dosiertes ICS als Dauermedikation verschrieben. Ab der dritten Stufe kann die Dosis des ICS erhöht oder zusätzlich ein lang wirksames  $\beta_2$ -Sympathomimetikum (LABA) eingenommen werden. Zur vierten Stufe wird die Dosis des ICS nochmals erhöht. Die letzte Eskalationsstufe beinhaltet die orale Applikation von Glukokortikoiden. Es können ergänzend – je nach Therapie-Stufe – weitere Medikamente wie zum Beispiel das Anticholinergikum Ipratropiumbromid, der Leukotrien-Rezeptor-Antagonist Montelukast, der Anti-IgE-Antikörper Omalizumab oder auch in begründeten Fällen Retard-Theophyllin eingesetzt werden (22).

In der Vergangenheit zeigte sich eine generelle Unterversorgung mit ICS (29). Außerdem entscheidend für einen effektiven Einsatz von ICS ist die korrekt ausgeführte Inhalation. Beide finden sich daher in den Qualitätsmerkmalen des DMPs Asthma bronchiale für Kinder und Jugendliche. Es ist bekannt, dass unkontrolliertes Asthma häufig durch eine unzureichende Adhärenz ausgelöst wird (24). Diese liege teilweise nur bei 50 %. In diesem Zusammenhang wurde eine PatientIn dann als adhärenz eingestuft, wenn mindestens 75 % der Medikamente korrekt eingenommen wurden (30). Als Gründe für unvollständige Adhärenz werden von Eltern Vergesslichkeit und Widerwillen oder Angst vor der Behandlung angegeben (24, 31). Auch die

Bevorzugung alternativer Heilmethoden geht mit einer geringeren Adhärenz einher. Der Schweregrad des Asthmas habe hingegen keinen Einfluss (24).

Bei teilweise kontrolliertem oder unkontrolliertem Asthma sollten daher folgende Schritte vor einer Therapie-Intensivierung vorgenommen werden: Prüfung der Adhärenz inkl. der korrekten Inhalationstechnik, Erwägung einer Schulungsteilnahme, Abwägung einer ausführlichen Umwelt- und Allergiediagnostik, sowie die Überprüfung der korrekten Diagnose (22).

Als eine erweiternde Beschreibung des Krankheitszustandes kann die des schweren Asthmas hinzugefügt werden. Hierzu existiert keine flächendeckend anerkannte Definition (32). Die WHO schlug 2010 eine Unterteilung in drei Gruppen vor: unbehandelt, schwierig zu behandeln (bei Adhärenz-Problemen, fortbestehenden Triggern und Komorbiditäten) und therapierefraktär (fehlende Kontrolle des Asthmas bei maximaler Therapie) (33). Die European Respiratory Society und die American Thoracic Society haben sowohl den Umfang der Maximal-Therapie sowie die Angaben über Beschwerden bezüglich des schweren Asthmas präzisiert (34).

### **1.3.3 Epidemiologie**

Asthma ist laut der ersten Folgebefragung (2009 – 2012) der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) die häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. So wurde bei 6,3 % der Mädchen und Jungen unter 18 Jahren in Deutschland Asthma bronchiale diagnostiziert. Jungen sind dabei mit 7.4 % häufiger betroffen als Mädchen mit 5.2 % (35). Bei 70 % liegt das Manifestationsalter vor dem 5. Lebensjahr (36). Bei der Hälfte der kindlichen und jugendlichen Asthma-PatientInnen verschwinden die Beschwerden im Erwachsenenalter (35). Weltweit zeigt sich, dass Kinder in Ländern mit hohem Einkommen häufiger an Asthma leiden als Gleichaltrige in Ländern mit niedrigerem Einkommen. Ebenso sind die Raten bei Kindern, die in Städten leben, höher als bei Kindern, die auf dem Land leben. Als Grund hierfür wird eine höhere Hygiene angesehen (37).

Asthma wird primär in allergen (intrinsisch) und nicht-allergen (extrinsisch) eingeteilt. Mielck konnte zeigen, dass sich bei allergischen Erkrankungen im Vergleich zu quasi allen anderen Krankheiten ein umgekehrter Trend zeigt, dass Kinder aus sozial gut gestellten Familien häufiger erkranken als Kinder aus sozial benachteiligten Familien (38). Der zweite Durchlauf der KiGGS-Studie zeigte jedoch in Bezug auf Asthma, dass – wenn auch nicht signifikant – mehr Kinder mit sozial niedrigem Status an Asthma leiden (35). Dies könnte dadurch erklärt

werden, dass abgesehen von ubiquitären Allergenen wie zum Beispiel Pollen andere wichtige Risikofaktoren wie Passivrauch-Exposition oder widrige Wohnbedingungen eher bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien anzutreffen sind (39, 40). Für die Asthma-Behandlung ist außerdem relevant, dass Kinder aus ärmeren Familien weniger von präventiven Maßnahmen erreicht werden und häufiger notfallmäßig behandelt bzw. hospitalisiert werden müssen (41).

In Bezug auf die Schweregrade lässt sich anhand der Daten der DAK Bayern ermitteln, dass 6,9 % der an Asthma erkrankten Kinder an einem schweren Asthma leiden (42). Wichtig ist hierbei, dass vermutlich die Mehrheit der Betroffenen nicht therapierefraktär ist, sondern unbehandelt, falsch behandelt oder schwierig zu behandeln (geringe Adhärenz, fortbestehende Trigger) (32, 43). Eine Schätzung von Spindler gibt an, dass etwa 5 % (und damit 42.000 in Deutschland) der Kinder mit Asthma ein schweres oder schwer behandelbares Asthma vorweisen (44). 75 % der PatientInnen erhielten in der Region Nordrhein eine kontinuierliche Therapie mit ICS und wären damit mindestens dem Schweregrad II zuzuordnen (45).

#### **1.4 Risikofaktoren und soziale Ungleichheit in der Asthma-Versorgung**

Es zeigen sich sozioökonomische Unterschiede in Bezug auf die Prävalenz und die Stärke der Symptome auch im Krankheitsbild des Asthma bronchiale (35, 46, 47). Die wichtigsten biologischen Risikofaktoren sind eine bekannte Atopie in der Familienanamnese (48) sowie eine genetische Prädisposition wie z.B. Mutationen im Suszeptibilitätsgen ORMDL (49). Die bedeutendsten umweltbezogenen Asthma-Risikofaktoren in Deutschland sind: Tabakrauchexposition, feuchte Räume, Schimmelpilzbefall oder Hausstaubmilben in der Wohnung (22) sowie ein niedriger sozioökonomischer Status der Familie (47). Auch eine Adipositas des Kindes stellt ein Risikofaktor dar (50).

##### **1.4.1 Rauchen**

###### **1.4.1.1 Epidemiologische Zahlen zum Rauchen in Deutschland**

Laut der zweiten KiGGS-Erhebung (2009-2012) geben 12 % der 11-17-jährigen in Deutschland an zu rauchen, 5.5 % davon täglich. Diese Zahlen sind laut der zuvor erhobenen Daten der KiGGS-Studie rückläufig (51). Auch in Bezug auf eine Exposition gegenüber Passivrauch ist ein rückläufiger Trend zu beobachten. So geben 67.1 % an, sich gelegentlich in Räumen aufzuhalten, in denen geraucht wird. Bei 18.8 % geschieht dies wöchentlich und bei immerhin 10.2 % täglich (52). Sowohl in Bezug auf aktiven und passiven Tabakkonsum zeigt sich ein

sozialer Gradient insofern, dass Kinder mit niedrigerem sozialen Status häufiger rauchen und/oder gegenüber Passivrauch exponiert sind (51).

#### **1.4.1.2 Möglichkeiten der Intervention durch Gesundheitspersonal**

Die Gesundheitsschäden in Bezug auf Tabak lassen sich primär in passive Tabak-Exposition und aktiven Tabak-Konsum der Kinder und Jugendlichen einteilen. Die Ziele zur Eindämmung der Tabak-Exposition in Deutschland umfassen stets drei Hauptgebiete: Tabak-Entwöhnung, die Förderung des Nichtrauchens (gar nicht erst zu beginnen) und dem Schutz vor passiver Tabak-Exposition (53). Innerhalb des nationalen Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ wurden fünf Maßnahmen zum Erreichen dieser Ziele festgelegt: Tabaksteuererhöhungen, vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung, Schutz vor Passivrauchen (im privaten und öffentlichen Raum), Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit, sowie Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen (54). In Bezug auf die drei erstgenannten Maßnahmen liegen vielfältige Studienergebnisse vor, die die Reduktion des Tabakkonsums durch Steuererhöhungen, Werbeverbot und Verbote des Rauchens in öffentlichen Gebäuden belegen (55).

Innerhalb der Reichweite der ÄrztIn und der medizinischen Praxis liegen primär die drei letztgenannten Maßnahmen. ÄrztInnen können demnach das Thema Rauchen ansprechen und nachfragen, ob und wo Tabak konsumiert wird und weiteres mit den PatientInnen oder Eltern diskutieren. Hierbei sei es wichtig auf die Gefahren des aktiven Konsums für die eigene Gesundheit, aber auch die Krankheitsfolgen für andere Personen im unmittelbaren Umfeld hinzuweisen. Diese Gespräche können ambulant und auch während der stationären Aufnahme des Kindes erfolgen (56) und so bereits eine Reduktion herbeiführen (57). Die aktuelle S3-Leitlinie zum „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ gibt eine klare Empfehlung für sogenannte Kurzinterventionen. Unter Kurzintervention versteht man in diesem Zusammenhang ein niederschwelliges Beratungsgespräch zwischen einer Minute bis 20 Minuten durch eine Fachkraft des Gesundheitswesens, welches sowohl den Rauchstatus abfragt als auch eine Empfehlung zur Entwöhnung gibt. So werden nach solchen Interventionen mehr Versuche zur Abstinenz unternommen. Valide Ergebnisse, ob dies auch zu höheren Abstinenzraten führt, liegen jedoch nicht vor. Motivierende Interviews haben zwar einen leicht besseren Effekt als Kurzinterventionen, sind aber mit durchschnittlich 101 Minuten Dauer wesentlich

zeitintensiver und werden daher in der eng getakteten klinischen Arbeit in der Leitlinie nicht empfohlen (58).

Eine Geburts-Kohortenstudie in den Niederlanden mit 3963 Kindern, deren Eltern von Geburt ihres Kindes an über acht Jahre mittels Fragebögen in regelmäßigen Abständen befragt wurden, untersuchten, ob die Diagnose Asthma einen Effekt auf das Rauchverhalten der Eltern hat. Hierbei zeigte sich, dass 23,7 % der Eltern von Kindern mit Asthma aufhörten zu rauchen, verglichen mit 16,2 % der Eltern von Kindern ohne Asthma (59). In einer anderen Studie in Japan, in der insgesamt 39817 bereits rauchende Elternpaare von Kindern über einen Zeitraum von vier Jahren (6 Monate nach Geburt bis 4,5 Jahre) befragt wurden, zeigte sich, dass die Diagnose einer Krankheit, die mit Passivrauch-Exposition assoziiert ist, keinen signifikanten Effekt auf einen möglichen Rauchstopp der Eltern hat (60).

Innerhalb dieser Möglichkeiten ergeben sich jedoch auch einige Herausforderungen in der Umsetzung des Themas Rauchen als ÄrztIn gegenüber Eltern anzusprechen: In einer Untersuchung von 127 Elternpaaren in Osnabrück gaben nur 46 % der befragten Eltern an, je von einer ÄrztIn aufs Rauchen angesprochen worden zu sein (61). Weiterhin wurden nur 8 % der rauchenden Eltern von der ÄrztIn über die negativen Folgen des Passivrauchens aufgeklärt und nur 3 % auf eine mögliche Verringerung der Passivrauch-Exposition angesprochen (61). Bei einer Befragung von 117 niedergelassenen KinderärztInnen in Mecklenburg-Vorpommern fragten nur 26 % regelmäßig nach dem Rauchstatus der Eltern und davon notierten weniger als die Hälfte (47 %) das Ergebnis in die Patientenakte (62).

Eine Telefonbefragung von 902 Eltern in den USA bestätigte, dass nur etwa die Hälfte der Eltern beim Arztbesuch auf das Rauchen angesprochen wird. Aus der gleichen Befragung ging hervor, dass von 190 Elternpaaren, die rauchten, 59 % beim Besuch bei der KinderärztIn und 67 % beim Besuch bei der HausärztIn nicht über die gesundheitsschädlichen Folgen der Passivrauch-Belastung aufgeklärt wurden (57). Eine andere Studie aus Kalifornien zeigte umgekehrt, dass PädiaterInnen dieses Thema seltener ansprachen als niedergelassene HausärztInnen (63).

Häufige Gründe, warum KinderärztInnen sich nicht trauen, das Thema Rauchen bei Eltern anzusprechen sind wenig Zeit, zu wenig Vertrauen und Unwohlsein in Bezug auf eigene Kommunikations- und Beratungsfähigkeiten, wenig Aussicht auf Erfolg, fehlende finanzielle Vergütung, oder die Erwartung einer negativ ausfallenden Reaktion der Eltern (62, 64, 65). Immerhin 66 % der KinderärztInnen würden hingegen gerne ein Training erhalten, um

zeitsparend und effektiv das Thema Rauchen und Tabakentwöhnung ansprechen zu können (62).

#### **1.4.2 Widrige Wohnbedingungen**

Laut der aktuellen Schimmelpilz-Leitlinie besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Vorkommen von Schimmelpilz in der Wohnung und dem Auftreten von Asthma (66). Bezüglich der Zahl an von Schimmel befallenen Wohnungen in Deutschland reichen die Schätzungen von 10 bis 20 % (66, 67). Schimmelpilzbefall findet sich häufiger in Wohnungen von sozial Benachteiligten (66). Häufiger Grund ist, dass diese Betroffenen nicht genug Geld haben, um ihre Wohnung ausreichend zu heizen. Außerdem verfügen sie über geringere soziale und finanzielle Ressourcen, um ihrer Rechte als Mieter bewusst zu sein und diese gegenüber der VermieterIn einzufordern (66).

Sowohl Schimmelpilz als auch Hausstaubmilben treten vermehrt bei feuchten Wohnungswänden auf (66). Es herrscht zwar keine Evidenz zur Primärprävention in Bezug auf Hausstaubmilben und die Genese von Asthma, was zum Beispiel die Folge einer Empfehlung hätte, dass alle Kinder mit einem allergendichten Matratzenbezug versorgt werden sollten (Encasing). Es existieren jedoch zahlreiche Hinweise zu sinnvollen Maßnahmen bezüglich Sekundär- bzw. Tertiärprävention bei bekannter Sensibilität wie das Encasing (Milben-Schutzbezüge von Matratzen), das regelmäßige Wechseln und Waschen von Bettwäsche, Kissen, Decken und Kuscheltieren, sowie ein Verzicht auf Teppiche in der Wohnung (23, 68, 69). Auch Haustiere spielen eine wichtige Rolle, da deren Haare bzw. Drüsensekrete oder Urin allergen wirken können. Auch wenn die Datenlage etwas unklar ist und über die Jahre die Empfehlungen divergierten, scheinen Hunde diesbezüglich einen protektiven Effekt zu haben, während Katzen in diesem Zusammenhang eine größere Rolle in der Genese und der Manifestation von Asthma spielen (22).

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Adhärenz: So führten laut einer Studie in Brasilien trotz Beratung nur sehr wenige Familien präventive Maßnahmen in Bezug auf Hausstaubmilben durch. Als Gründe wurden zu wenig Zeit oder Geld (70), sowie in einer anderen Untersuchung Informationsdefizite genannt (z.B. wo die entsprechenden Dinge zu kaufen sind) (24). In einer Interventionsstudie in Brasilien, welche auch Hausbesuche und Beratung durch Gesundheitsfachkräfte beinhaltete, unterschieden sich diese Raten nicht nach Schweregrad oder sozioökonomischem Status. Generell lag die Adhärenz unter 25 %. Außerdem zeigte sich wenig Aussicht auf Erfolg, wenn Haustiere beseitigt werden sollten (70).

### 1.4.3 Adipositas

Der kausale Zusammenhang zwischen Adipositas und dem Auftreten eines Asthma bronchiale bleibt umstritten. Auf der einen Seite kann Asthma einen geringeren Drang oder sogar Angst vor körperlicher Bewegung hervorrufen und somit die Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung von Übergewicht erhöhen (71). Immerhin geben 90 % der an Asthma erkrankten Kinder an, dass sie während körperlicher Aktivität asthmatische Beschwerden erleiden (72). Sahn zudem die betroffenen Eltern körperliche Bewegung als Bedrohung für das asthmatische Kind an, reduzierte sich die Aktivität der Kinder noch weiter (73).

Auf der anderen Seite wird diskutiert, dass Adipositas ein kausaler Risikofaktor für die Entwicklung und die Schwere von Asthma ist. Es zeigen sich Hinweise, dass Adipositas vor allem das Auftreten von nicht-allergischem Asthma begünstigt (74). Weitere Ursachen könnte eine reduzierte Lungenfunktion durch eine vermehrte Fettmasse oder gastro-ösophagealer Reflux beziehungsweise Entzündungsmediatoren (v.a. Interleukine) sein (75, 76). Eine andere Hypothese ist, dass adipöse Kinder eher eine relative Inkongruenz zwischen Lungenparenchymwachstum und Wachstum der Atemwege haben, die sogenannte „Airway Dysanapsis“ (77).

Wieder andere AutorInnen behaupten, dass es sich um Ko-Morbiditäten mit einer genetischen Prädisposition handelt (71). Ein weiterer Einflussfaktor könnte in diesem Zusammenhang auch Ernährung sein. So haben eine ausgewogene Ernährung mit Obst und Gemüse, eine mediterrane Diät, Vitamin A-, D- und E-reiche Ernährung mit wenig Salz und wenig Fast Food einen protektiven Effekt auf die Entwicklung von Asthma (78). Es zeigte sich außerdem, dass übergewichtige Kinder ein geringeres Ansprechen auf die Behandlung mit Glukokortikoiden zeigte, was häufigere asthma-bedingte Besuche der Rettungsstelle zur Folge hatte und sich in keiner Besserung des Tiffeneau-Indexes ( $FEV_1/FVC$ ) zeigte (79).

Auch wenn die Kausalität unklar bzw. multifaktoriell bleibt, zeigt sich eine Besserung der Asthma-Symptomatik nach Reduktion des Körpergewichts (76). Unabhängig vom BMI führt körperliches Training (auch ohne Gewichtsreduktion) zur Reduktion der Symptomatik einer belastungsindizierten Bronchokonstriktion (80).

## **1.5 Bisherige Asthma-Versorgung in Deutschland**

### **1.5.1 DMP Asthma für Kinder und Jugendliche in Deutschland**

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellte 2000/2001 fest, dass Kinder und Jugendliche mit Asthma in Deutschland unter- und fehlversorgt seien. Vor allem vor diesem Hintergrund wurde die Einführung des DMP Asthma bronchiale für Kinder und Jugendliche forciert, um eine evidenzbasierte und leitliniengerechte Behandlung zu gewährleisten (81). Die ersten Programme wurden demnach bereits 2004 in den KVen eingeführt (82). Hauptziele waren eine bessere medizinische Versorgung für die betroffenen PatientInnen und Einsparungen für Krankenkassen.

Die beteiligten ÄrztInnen werden unterschieden in Versorger der ersten und zweiten Ebene. Zur ersten zählen HausärztInnen, die eine koordinierende Funktion ausführen und offiziell auch Hausbesuche durchführen sollen (83), zur zweiten vor allem KinderärztInnen mit Zusatzbezeichnung Allergologie oder Pneumologie (84). PatientInnen sollen dann von der HausärztIn an eine SpezialistIn überwiesen werden, wenn das Asthma unkontrolliert ist oder eine Notfallbehandlung stattgefunden hat, eine Dauertherapie mit Steroiden oder monoklonalen Anti-IgE-Antikörpern eingeleitet wird, bei unzureichender Asthma-Kontrolle, bei Verdacht auf eine allergische oder berufsbedingte Genese, sowie bei Begleiterkrankungen wie chronische Sinusitis oder Pseudokrupp (84).

Auch wenn kritisch angemerkt wird, dass das Programm Kinder unter 5 Jahren nicht erfasst (85), wird die Einführung des DMP zu Asthma bei Kindern und Jugendlichen als Erfolg gewertet, da u.a. 99 % der stationären Einweisungen vermieden werden können (86). Jedoch wird angemerkt, dass nur etwa 25 % der AsthmatikerInnen an dem DMP auch wirklich teilnehmen und Kinder aus sozial benachteiligten Familien besonders schwierig zu erreichen sind (44).

Die Arbeitsgemeinschaft psychotherapeutischer Fachverbände kritisierte zudem bereits im Jahre 2002, dass psychosoziale Umgebungsfaktoren und soziale Ungleichheit in dem DMP zu wenig berücksichtigt worden seien (87). Innerhalb der Versorgungsleitlinien finden sich zwar Hinweise auf die Abfrage von Tabak-Exposition (22), jedoch nicht zu Wohnbedingungen oder die Berücksichtigung und die Behandlung von Adipositas, abgesehen von der Dokumentation von Gewicht und Größe.

### **1.5.2 Asthma-Schulungen**

Fester Bestandteil des DMPs sind Asthma-Schulungen, die, sofern das Kind im DMP eingeschrieben ist, vollständig von der Krankenkasse übernommen wird. Behandelnde ÄrztInnen sollen den Nutzen und die Notwendigkeit einer Asthma-Schulung bewerten und können dann die Teilnahme an einer solchen Schulung empfehlen. Hierfür steht ein Kriterienkatalog zur Verfügung, der diesen Bedarf objektivieren soll (88). Es zeigt sich der Trend, dass Schulungen häufiger von KinderärztInnen als von HausärztInnen empfohlen werden und dass Kinder, die in das DMP eingeschrieben sind, häufiger an Schulungen teilnehmen (42, 88).

An den Schulungen nehmen sowohl betroffene Kinder als auch deren Eltern teil. Innerhalb dieser Schulung wird die Krankheit erklärt, insbesondere auf die Relevanz adäquater körperlicher Betätigung und mögliche Auslöser und deren Vermeidung eingegangen, und die korrekte Inhalationstechnik gelehrt (89). Die Schulungen müssen verbindlich durch ein interdisziplinäres Team durchgeführt werden. Vorgeschrieben ist, dass ein Team aus einer ÄrztIn, einer PsychologIn oder PädagogIn und einer Physio- oder Sport-TherapeutIn besteht. Empfohlen wird außerdem die Beteiligung einer medizinischen Fachangestellten (MFA), einer KinderkrankenpflegerIn und einer ErzieherIn oder LehrerIn (89).

Die Bewertung der Schulungen fällt grundsätzlich positiv aus. So zeigen teilnehmende Kinder eine signifikante Steigerung der Symptomfreiheit (74,3 % vs. 56,8 % ohne Schulung) (88). Weitere Effekte sind: weniger Schulfehltag, ambulante Notfallbehandlungen und Krankenhausaufenthalte; eine Verbesserung der Körperselbstwahrnehmung mit Stärkung des eigenverantwortlichen Handelns („Empowerment“); Reduktion der Angst bei Kindern und deren Eltern; eine bessere Inhalationstechnik sowie bessere Werte im Peak-Flow (90). Sie werden daher durchaus auch als Kosten-Nutzen-effizient und kostenwirksam angesehen. Auch in der Durchführung von Nachschulungen zeigt sich ein ökonomischer Nutzen für die Krankenkassen (91).

### **1.5.3 Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma**

Kindern mit besonders schwerem oder schwer kontrollierbarem Asthma wird häufig eine stationäre Rehabilitation empfohlen, die nicht immer wohnortnah verfügbar ist. Diese beinhaltet neben einer ausführlichen Diagnostik und einer umfassenden medikamentösen Therapie auch eine standardisierte Schulung. Ergänzt wird die Arbeit durch Schulunterricht und

eine Berufsberatung bei jugendlichen PatientInnen. Ziel eines solchen Aufenthalts ist eine bestmögliche Schul- oder Ausbildung trotz Krankheit zu gewährleisten (45).

Die Kosten belaufen sich auf etwa 3000 € pro Reha-Aufenthalt (45). Zur Übernahme der Kosten besteht eine gleichrangige Zuständigkeit von Renten- und Krankenversicherung, dies bedeutet, dass beide Träger für die gleiche Anzahl von PatientInnen finanziell aufkommen sollten (92).

Generell werden die Reha-Maßnahmen als erfolgreich und gewinnbringend angesehen, doch bleibt kritisch anzumerken, dass nur etwa 15 % der Kinder mit schwerem Asthma eine Rehabilitation wahrnehmen (44). Außerdem seien häufig die zeitlichen Abstände zwischen Entlassung aus der Reha und ambulanter Weiterbetreuung zu lang, was eine bessere sozialmedizinische Nachsorge nötig machen könnte (93).

#### **1.5.4 Herausforderungen und Diskussionen in der Asthma-Versorgung**

Generell ist auch Jahre nach der Einführung der DMP keine Aussage über den Nutzen dieser Programme möglich. Dies liegt vor allem an methodischen Begrenzungen, die keine Untersuchung mit einer kontrollierten Vergleichsgruppe erlauben. Trotzdem wird die Behandlung innerhalb des DMPs grundsätzlich besser wahrgenommen als außerhalb des DMPs (42). In Bezug auf die Eltern zeigt sich, dass diese häufig zu wenig Information über das Programm erhalten oder keinen Vorteil für ihr Kind in der Teilnahme erkennen, was die essentielle Rolle der ÄrztIn als InformationsvermittlerIn noch einmal herausstellt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Information, dass PädiaterInnen häufiger das DMP Asthma vorstellen als HausärztInnen (42). Ebenso wird die Inhalationstechnik bei einer pneumologischen FachärztIn mit einer höheren Wahrscheinlichkeit überprüft und geschult als bei einer HausärztIn (90).

Das DMP Asthma ist zudem unter Kindern weniger verbreitet als bei Erwachsenen (88) und die Zahlen der eingeschriebenen Kinder sind teilweise sogar rückläufig (83). In Bezug auf Schulungen zeigt sich, dass diese häufiger von ÄrztInnen empfohlen werden, die direkt an der Durchführung der Schulung beteiligt sind (83). Außerdem scheint in Bezug auf die soziale Ungleichheit bereits eine Vorselektion stattzufinden, da Eltern teilnehmender Kinder einen höheren Schulabschluss aufweisen als die jeweiligen nicht-teilnehmenden Eltern (42).

Finanziell betrachtet, sehen einige ÄrztInnen, dass die Erfüllung der DMP-Kriterien zusätzlichen Aufwand bei relativ geringer Vergütung bedeutet (88).

### **1.5.5 Wie könnte eine umfassendere und ganzheitliche Asthma-Versorgung aussehen?**

Das Wissen um Ungleichheiten in der Prävalenz der Krankheit und von bekannten Risikofaktoren, der Versorgung und den gegebenen Schweregraden von Asthma erlaubt die Frage, inwiefern man zum einen die Risikofaktoren besser angehen und reduzieren könnte und ob eine umfassende Versorgung eine vermehrte Kooperation zwischen den Disziplinen erforderlich macht. Sollte dies der Fall sein, schließt sich die Frage an, wie dies am besten umsetzbar wäre.

Die Fragestellung dieser Arbeit lässt sich somit in zwei primäre Studienfragen aufteilen:

1. Es soll zum einen untersucht werden, inwiefern die ausgewählten Risikofaktoren Rauchen beziehungsweise Passivrauchen, widrige Wohnbedingungen (welche Schimmel, Hausstaubmilben und Haustiere umfassen) und Übergewicht besser behandelt, reduziert oder vermieden werden können. Es wird erfasst, inwiefern bisher mit diesen Faktoren umgegangen wird, was Herausforderungen im Umgang mit diesen darstellen und welche neuen Wege zur Verbesserung von ExpertInnen auf diesem Gebiet als sinnvoll betrachtet werden.

2. Der zweite wichtige Themenkomplex richtet sich insbesondere auf die Zusammenarbeit zwischen den an der Asthma-Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Es soll erfasst werden, wie die Zusammenarbeit bisher abläuft und von den verschiedenen TeilnehmerInnen bewertet wird, sowie was Herausforderungen und Erfolgsfaktoren einer gelingenden Zusammenarbeit darstellen. Des Weiteren soll insbesondere darauf eingegangen werden, inwiefern die etablierten Akteure mit „neuen“ Institutionen kooperieren können. Hierzu orientiert sich diese Arbeit an einer von SozialpädiaterInnen empfohlenen, ganzheitlichen familienorientierten Versorgung durch Haus- und KinderärztInnen, ÖGD, SPZ, soziale Dienste (Allgemeiner Sozialer Dienst, Jugendhilfe) und Schule beziehungsweise Kita (94). Hierbei soll insbesondere auch die Frage geklärt werden, ob eine bessere Kooperation zwischen dem Sozial- und Gesundheitssektor sinnvoll und möglich ist.

Zur Basis einer geeigneten Evaluation soll zudem das Meinungsbild hinsichtlich der Bewertung der bisherigen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma in Deutschland erfasst und diskutiert werden.

## **2 Methodisches Vorgehen**

Da bisher keine Arbeit zu der genannten Fragestellung vorlag, wie bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale in Deutschland eine umfassendere Therapie unter Berücksichtigung der Risikofaktoren erreicht, beziehungsweise wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert werden könne, bot sich ein explorativ-qualitatives methodisches Vorgehen an. Eine Sammlung von Interviews mit ExpertInnen aus möglichst vielen verschiedenen Blickwinkeln auf die Asthma-Versorgung stellte insofern das geeignete Verfahren dar.

### **2.1 Stichprobenplan**

Ziel dieser Untersuchung war es, ein möglichst breites Spektrum an Perspektiven, Erfahrungen und Meinungen in Bezug auf die Frage einer umfassenderen und ganzheitlicheren Asthma-Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu gewinnen. Daher sollten die befragten ExpertInnen einen möglichst heterogenen Hintergrund hinsichtlich ihrer Ausbildung als auch ihrer Haupttätigkeit vorweisen. Zu Beginn der Befragung war es somit das Ziel, aus Gründen einer möglichst heterogenen Befragung mindestens zwanzig und aus Gründen begrenzter Ressourcen maximal dreißig ExpertInnen zu befragen. Es bot sich somit ein absichtsvolles Verfahren zur Auswahl der jeweiligen ExpertInnen an.

Hierzu wurde primär eine Literatur-Recherche durchgeführt, um die wichtigsten Akteure in der Asthma-Versorgung in Deutschland zu identifizieren. Um sich dabei nicht nur auf wissenschaftliche Publikationen zu beschränken, wurde auch eine Google-Suche durchgeführt, um Verbände und Arbeitsgruppen der Asthma-Versorgung, aber auch der pädiatrischen und allgemeinärztlichen Versorgung, beziehungsweise deren Mitglieder zu sichten. Darüber hinaus wurden explizit der ÖGD und eine Schule kontaktiert und nach geeigneten GesprächspartnerInnen befragt, die sich mit dieser Thematik auskannten. Kriterien der ExpertInnen war eine mindestens fünfjährige Tätigkeit in der direkten Asthma-Versorgung bei medizinischem Personal, also ÄrztInnen, PflegerInnen, Medizinischen Fachangestellten und Asthma-TrainerInnen oder für Berufe, die nicht in der direkten Asthma-Versorgung tätig waren, eine mindestens fünfjährige Arbeitserfahrung im Gesundheits- oder Sozialsektor mit Kindern und Jugendlichen ohne expliziten Schwerpunkt auf Asthma. Die befragten ExpertInnen mussten nicht der Funktions-Elite einer Organisation angehören (95). Mit diesem Verfahren wurden primäre AnsprechpartnerInnen identifiziert, kontaktiert und erste Interviews durchgeführt. Im Verlaufe der Befragung gaben die ExpertInnen selber auch immer wieder

Empfehlungen für weitere relevante Interview-PartnerInnen, welche dann nach Abwägung der Relevanz durch den Studienleiter ebenfalls kontaktiert wurden.

Aus Gründen der Repräsentativität wurde darauf geachtet, dass nach Möglichkeit etwa 50 % der Befragten einen ärztlichen Ausbildungshintergrund haben und die andere Hälfte einen nicht-ärztlichen.

## **2.2 Erhebungsmethode**

### **2.2.1 Leitfaden**

Für das Interview wurde zunächst ein semi-strukturierter Interviewleitfaden entworfen. Dieses Verfahren bot sich an, da es die Möglichkeit bietet, durch seinen offenen Charakter explorativ vorzugehen, aber durch die vorgegebene und teil-standardisierte Struktur die Perspektiven und subjektiven Betrachtungen zu rekonstruieren und zu vergleichen (96, 97). Außerdem bietet ein Leitfaden die Möglichkeit, dass die Studiendurchführung für Außenstehende besser nachvollziehbar bleibt (96).

Der Leitfaden wurde aus Themen entwickelt, die sich an den Forschungsfragen orientierten. Der Interviewer nutzte den Leitfaden als Orientierung und um gegebenenfalls Vertiefungs- oder Verständnisfragen hinzuzufügen. Der Leitfaden wurde immer an die jeweilige GesprächspartnerIn und dessen Spezialgebiet angepasst. So kam es, dass manche Themen nur mit den dafür geeigneten Interview-PartnerInnen diskutiert wurden. Im Verlaufe der Befragung wurde der Leitfaden zudem angepasst, um Schwerpunkte der jeweiligen GesprächspartnerInnen zu erfragen und auch auf neu genannte und bei Beginn der Befragung noch nicht fokussierte Aspekte zu lenken. Dies traf insbesondere auf Fragen zu Case Management und ambulante Pflege-Betreuung zu.

Wurden während des Interviews von der ExpertIn Themen angesprochen, die laut dem Leitfaden erst später im Interview gestellt werden sollten, wurde spontan dieses Thema aufgegriffen und die dazugehörigen Fragen nicht mehr zu einem späteren Zeitpunkt gestellt. Behandelten die Interviewten spontan Themen, die nicht im Leitfaden auftauchten, sich aber situativ als relevant herausstellten, wurde auch hier nachgefragt (sogenannte „Ad hoc-Fragen“ (96)) und der Bereich erläutert.

Der Leitfaden konnte zusammengefasst in folgende Dimensionen unterteilt werden:

1. Umgang und Erfahrung mit rauchenden Eltern/Jugendlichen
2. Umgang und Erfahrung mit widrigen Wohnbedingungen
3. Umgang und Erfahrung mit übergewichtigen asthmatischen Kindern/Jugendlichen
4. Bewertung bisheriger Asthma-Versorgung und Vorschläge zur Verbesserung
5. Erfahrungen bisheriger interdisziplinärer Zusammenarbeit
6. Beteiligung neuer Akteure
7. Ambulante Pflege und Case Management

Zu jeder Dimension wurden mehrere Folge- und Vertiefungsfragen entwickelt, um den gesamten Themenbereich möglichst ausführlich darzustellen. Je nach Berufsgruppe wurden auch unterschiedliche Einstiegsfragen gestellt. Die finale Form des Leitfadens ist im Anhang dargestellt.

### **2.2.2 Prätest**

In einem Prätest mit einem Pädiater, der über mehrjährige Arbeitserfahrung im Sozialsektor verfügte, wurde der entwickelte Leitfaden auf Verständlichkeit und sinnvolle Reihenfolge der Fragen, eine umfassende Abdeckung aller Themenbereiche, sowie mögliche Wiederholungen überprüft und dementsprechend angepasst. Dies bedeutete eine andere Abfolge mancher Fragen. Außerdem wurden einige Fragen, die mehrere Aspekte ansprachen auf mehrere Fragen aufgeteilt, um eindeutiger Zuordnungen zu erreichen. Weiterhin wurden unverständliche Fragen sprachlich angepasst und konkretisiert. Die Aussagen des Prätests wurden nicht in die Auswertung mitaufgenommen.

### **2.3 Durchführung der Interviews**

Die Kontaktaufnahme erfolgte primär per Telefon oder E-Mail und umfasste eine kurze Vorstellung des Studienvorhabens und erste Informationen zur Durchführung des Interviews. Bei Interesse erfolgte eine Terminvereinbarung. Drei der Befragten forderten vorab den Leitfaden, um sich laut eigener Aussage besser auf das Interview vorzubereiten.

Alle Interviews wurden durch den Studienleiter im persönlichen Gespräch durchgeführt, wenn die Teilnehmer im Raum Berlin-Brandenburg ansässig waren, ansonsten erfolgte das Interview per Telefon.

Vor dem eigentlichen Interview berichtete der Studienleiter noch einmal kurz, was das Ziel der Befragung war. Die Interviewte konnte zu diesem Zeitpunkt noch mögliche Fragen zu der Studie stellen. Dann wurde geprüft, ob das Einverständnis zur freiwilligen Teilnahme und zum Datenschutz bereits unterschrieben wurde. Diese wurden zuvor in elektronischer Version zugesendet. Stellten sich keine weiteren Fragen, wurden mittels eines Kurzfragebogens folgende Daten der Interview-PartnerIn erhoben und dokumentiert: Geschlecht, Ausbildung, Arbeitsposition und -dauer im jeweiligen Bereich. Anschließend fand das eigentliche Interview statt, welches nach Einverständnis des Interviewten digital aufgezeichnet wurde. Nach Abschluss des Interviews dokumentierte der Studienleiter kurz seine Bewertung und Empfindungen während des Gesprächs und der Gesprächssituation und hielt mögliche Verbesserungsvorschläge für das nächste Interview in einem Postscript fest.

### **2.3.1 Datenerfassung und Archivierung**

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und anschließend wortgetreu transkribiert. Die pseudonymisierten Rohdaten (Transkripte der Experteninterviews) wurden auf einer externen Festplatte des Studienleiters für mögliche zukünftige Studien asserviert. Alle Tonaufnahmen wurden nach der Transkription vollständig gelöscht.

### **2.3.2 Pseudonymisierung**

Personenbezogene Daten wurden zum frühestmöglichen Zeitpunkt pseudonymisiert. Pseudonymisierung bedeutet in diesem Fall, dass zwar der Studienleiter auf die Identität zurückschließen kann, dies jedoch für andere ForscherInnen oder LeserInnen nicht möglich ist (98). Hierzu erhielt jedes Transkript einen Code, welcher vorher in einer Tabelle den jeweiligen Befragten in der Reihenfolge der durchgeführten Interviews zugeteilt wird. Der Code setzte sich aus einem Buchstaben (A oder N) und zwei Ziffern zusammen. A stand hierbei für eine Interview-PartnerIn mit ärztlichem Ausbildungs-Hintergrund und N mit nicht-ärztlicher Ausbildung. Die Ziffer beschrieb fortlaufend die chronologische Reihenfolge des Interviews unabhängig vom Beruf. War es das insgesamt dritte Interview mit einer ExpertIn mit abgeschlossenem Medizin-Studium, erhielt es das Pseudonym A03. Wurde an 25. Stelle ein Interview mit einer ExpertIn mit einer nicht-ärztlichen Ausbildung geführt, erhielt es das Pseudonym N25.

In einer Tabelle, die nur vom Studienleiter einsehbar war, wurden der Name, die Ausbildung und die derzeitige Tätigkeit des Experten und das dazugehörige Pseudonym notiert. Diese Kategorisierung wird auch bei der wortwörtlichen Wiedergabe von Zitaten beibehalten. Hierbei wurden die zitierten Personen vorher um Erlaubnis gefragt. Auch wenn möglichst versucht wurde, dass es für die LeserIn nicht möglich ist, anhand der Aussagen auf die Identität zurückzuschließen, ist es jedoch nicht auszuschließen, dass unter Insidern gewisse Bemerkungen auf bestimmte Personen oder Organisationen zurückgeführt werden können.

## **2.4 Auswertung**

Die erhobenen Daten werden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Margrit Schreier analysiert (99). Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein systematisches, regelgeleitetes Vorgehen, mittels dessen qualitatives Datenmaterial analysiert werden kann (99). In diesem Verfahren werden relevante Kategorien definiert, die diese Bedeutung wiedergeben. Die Gesamtheit aller Kategorien wird als Kategoriensystem bezeichnet, dem sämtliche relevante Textstellen zugeordnet werden können (99, 100).

### **2.4.1 Entwicklung des Kategorien-Systems**

In einem ersten Schritt wurden 50 % des gesamten Daten-Materials, also 14 Interviews analysiert und für die Beantwortung der Studienfragen relevanten Aussagen als sogenannte Fundstellen markiert. In einem zweiten Schritt wurden die Aussagen der Fundstellen generalisiert. Bei letztendlich gleichen Aussagen wurden mehrere Fundstellen in einem Code (= Unterkategorie) zusammengefasst. Es wurde nur dann ein Code gebildet, wenn die Aussage in mindestens zwei verschiedenen Interviews genannt wurde (101). Diese Unterkategorien wurden nach und nach neu gebildeten Oberkategorien zugeordnet. Hierbei wurden die Oberkategorien zum Teil deduktiv (basierend auf dem Interview-Guide und den zugehörigen Fragebögen), als auch induktiv gebildet (da im Verlaufe der Befragung der Aspekt der Pflege-Betreuung und des Case Managements einer bedeutenden Rolle zukam). Die dazugehörigen Unterkategorien wurden jedoch alleine anhand des Daten-Materials und damit induktiv entwickelt. So beinhaltete die erste Dimension „Rauchen“ die drei Oberkategorien „Allgemeine Bemerkungen“, „Herausforderungen“ und „Neue Wege im Umgang mit Rauchen“. Die Oberkategorie „Neue Wege im Umgang mit Rauchen“ enthielt beispielsweise folgende acht Unterkategorien:

- Bestärkung des Draußen-Rauchens durch Gespräche
- Alle Disziplinen sollen sich an der Kommunikation beteiligen
- Schulung in Kommunikation des Themas „Rauchen“
- Arzt sollte Rauchen mehr thematisieren
- Makropolitische Maßnahmen zur Eindämmung des Rauchens
- Raucherentwöhnung soll DMP-Bestandteil werden
- Schulungen sollten mehr Angebote zur Rauch-Entwöhnung machen
- Kinder sollen gestärkt werden, sich gegen Rauchen auszusprechen

Anschließend erfolgte eine Explikation der Kategorien in Form von Kodierregeln, in denen erklärt wurde, wann welche Aussage welcher Ober- und Unterkategorie zugeordnet werden sollte. Weiterhin wurden Abgrenzungsregeln formuliert, welche die Zuordnung bei potentiell überlappenden Kategorien klären sollte.

Das vorläufige Kategorien-System wurde durch zwei weitere Personen unabhängig voneinander an jeweils einem verschiedenen Interview angewandt und mit der ersten Kodierung des Studienleiters verglichen. Die Interkodier-Reliabilität betrug nach dieser ersten Anwendung 62 %. Anschließend wurden das gesamte System und insbesondere die Nicht-Übereinstimmungen mit allen drei ForscherInnen diskutiert.

Der Studienleiter passte das System dementsprechend an, explizierte insbesondere die Regeln für Kategorien, die nicht übereinstimmend kodiert wurden und in einer zweiten Runde wurden durch die zwei anderen Personen jeweils ein neues Interview unabhängig voneinander kodiert und wiederum mit den Codes des Studienleiters verglichen. Hierbei betrug die Interkodier-Reliabilität 82 %, was in der Literatur als „gut“ bewertet wird (> 80 %) (102). Bei Nicht-Übereinstimmung wurde das Kategorien-System erneut dementsprechend angepasst, beziehungsweise Regeln für Kategorien erneut expliziert. Final beinhaltete das Kategorien-System 223 Unterkategorien bei 41 Oberkategorien. Mit diesem Kategorien-System wurde die Hauptkodierung vorgenommen. Vor Durchführung dieser Hauptkodierung wurden alle bereits bestehenden Codes durch die Probe-Kodierungen gelöscht und neu kodiert. Dieser letzte Schritt erfolgte ausschließlich durch den Studienleiter.

#### **2.4.2 Gütekriterien**

Die ausreichende und gute Reliabilität des Kategorien-Systems und damit der Analyse wurde bereits oben diskutiert. Die Objektivität der Auswertung ist in der qualitativen Inhaltsanalyse

durch die gute Reliabilität gegeben. Die Voraussetzung für die Validität des Systems ist eine gute Reliabilität, die „eine systematisch-intersubjektive Vorgehensweise impliziert“ (102). Weiterhin ist in dieser Untersuchung eine hohe Validität gegeben, da alle Unterkategorien induktiv aus dem Text gebildet wurden. Ein weiteres Kriterium ist die Besetzung von Reste-Kategorien. Je geringer diese ausfällt, desto höher die Validität (102). Hierzu lässt sich in dieser Arbeit beobachten, dass nur eine Reste-Oberkategorie unter der Dimension „Zusammenarbeit mit anderen Institutionen“ gebildet wurde und damit diese Rate sehr niedrig ausfällt.

Weiteres Gütekriterium ist die Erschöpfung. Diese gibt Auskunft darüber, ob jede Analyse-Einheit einer Unterkategorie zugeordnet werden kann. Die Erschöpfung steht somit der Validität gegenüber, da eine einzelne Analyse-Einheit immer noch der Reste-Kategorie zugeordnet werden kann (102). Im Endeffekt wurde im Rahmen dieser Kategorien-Bildung nur drei Analyse-Einheiten, da sie nur in einem Interview genannt wurden und damit nicht die Bedingung der Bildung einer Kategorie erfüllten, nicht in das finale System mit aufgenommen. Diese geringe Zahl spricht dennoch nach wie vor für eine hohe Erschöpfung.

Das System kann zudem als saturiert gelten, da jeder Kategorie – durch seine induktive Herleitung – eine Analyse-Einheit zugeordnet werden konnte. Ebenso ist das Kriterium der Exklusion erfüllt, welche besagt, dass jede Analyse-Einheit nur einer Kategorie zugeordnet wird (102). Dies wurde durch die gemeinsame Diskussion von Abweichungen in der Probe-Kodierung und die anschließende Explikation und Abgrenzung von verschiedenen Unterkategorien gewährleistet.

## **2.5 Wiedergabe von Original-Zitaten**

Einige der in den Interviews gemachten Aussagen wurden ausgewählt, um die herausgearbeiteten Ergebnisse noch anschaulicher zu unterstützen. Hierbei wurde vorab die jeweilige Zitate-Auswahl an den dazugehörigen Gesprächspartner geschickt und um Erlaubnis gefragt, ob dieses Zitat unter Wahrung der Anonymität und entweder Angabe des Pseudonyms oder den Verweis auf den beruflichen Hintergrund wiedergegeben werden durfte. Erfolgte der ausdrückliche Wunsch des jeweiligen Urhebers dieses Zitat sprachlich etwas zu glätten, wurden dementsprechende von der ExpertIn verfasste Vorschläge vom Studienleiter angenommen und nach Prüfung, ob keine Änderung am Inhalt vorgenommen wurde, in den Ergebnisteil aufgenommen. Erfolgte dieser ausdrückliche Wunsch nicht, wurde das Zitat im Original und Transkript-getreu wiedergegeben. Keine ExpertIn widersprach der Veröffentlichung der ausgewählten Zitate.

## **2.6 Ethische und rechtliche Aspekte**

Die Inhalte der Deklaration von Helsinki wurden berücksichtigt. Die Ersteinreichung zur Einholung des Ethikvotums erfolgte bei der Ethikkommission der Charité Berlin. Zugang zu unverschlüsselten Datenmaterialien hatte ausschließlich die Studienleitung.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmer konnten jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung zurückziehen oder einzelne Fragen nicht beantworten. Außerdem wurde vor den Interviews eine Einwilligungserklärung vorgelegt und unterschrieben. Fragen zu der Studie waren jederzeit möglich.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Angaben zu den Interviews

##### 3.1.1 Zusammensetzung der Studien-Population

Insgesamt wurden 28 ExpertInnen befragt. Wie den Tabellen 3 und 4 zu entnehmen ist, sind ÄrztInnen mit 13 TeilnehmerInnen und damit 46 % unter dem Aspekt der Ausbildung am stärksten vertreten. Dies ist auf den Umstand zurückzuführen, dass die ÄrztIn im Gesundheitswesen in der Regel die Haupt-EntscheiderIn und im ambulanten Bereich eben auch häufig der sogenannte Gatekeeper ist.

**Tabelle 3: Auflistung der nicht-ärztlichen Interview-TeilnehmerInnen**

Haupt-Beschäftigung	Ausbildung	#
Asthma-TrainerIn	Sportwissenschaft	1
Asthma-TrainerIn	Psychologie	1
Asthma-TrainerIn	MFA	1
Stationäre Pflegekraft	Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn	1
Niedergelassene Atem-TherapeutIn	Physiotherapie	1
Nachsorge-Einrichtung	Psychologie	1
Ambulante Pflegefachkraft	Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn	2
Frühe Hilfen	Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn	1
KJGD (ÖGD)	Soziale Arbeit	1
Schul-Pflegefachkraft	Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn	1
PolitikerIn	Gesundheits- und KrankenpflegerIn	1
Wissenschaftliche MitarbeiterIn	Gesundheitswissenschaften	1
FamilienhelferIn	Jura	1
PatientenvertreterIn	Jura	1

Innerhalb der Ärzteschaft wurde jedoch auch darauf geachtet, möglichst viele verschiedene Bereiche der ärztlichen Tätigkeit abzudecken. Auch innerhalb der nicht-ärztlichen Interview-PartnerInnen wurde Wert auf möglichst viele verschiedene Professionen und Tätigkeiten gelegt, um die wichtigsten Akteure abzudecken und deren Expertise und Einblicke in die Auswertung miteinfließen zu lassen.

Da angenommen wurde, dass das Geschlecht keinen Einfluss auf die erfragte Perspektive hatte, wurde bei der Auswahl nicht explizit darauf geachtet. Nichtsdestotrotz war das Geschlechter-

**Tabelle 4: Auflistung der ärztlichen Interview-TeilnehmerInnen**

<b>Beschäftigung</b>	<b>#</b>
Stationär: Uni-Klinik	1
Stationär: Akut-Krankenhaus	1
Reha-Klinik	2
ÖGD	1
Niedergelassene Kinderarzt-Praxis	2
Niedergelassene Kinder-Pneumologie-Praxis	2
Niedergelassene Allgemeinmedizin-Praxis	2
Krankenkasse	1
Deutsche Rentenversicherung	1

Verhältnis in etwa ausgeglichen:

13 aller TeilnehmerInnen waren Männer (46 %) und 15 Frauen (54 %). Dennoch ist an dieser Stelle anzumerken, dass 10 der 13 befragten ÄrztInnen, umgekehrt nur 3 der 15 nicht-ärztlichen VertreterInnen männlichen Geschlechts waren.

### **3.1.2 Interviewdauer und - Umgebung**

Die Interviews dauerten im Schnitt 55 Minuten und 8 Sekunden. Hierbei wurde die Dauer eines Interviews (A03) nicht in die Auswertung miteinbezogen, da wegen eines technischen Fehlers nur die letzten 22 Minuten des Interviews aufgezeichnet wurden. Der Inhalt des nicht aufgezeichneten Teils wurde jedoch handschriftlich dokumentiert und floss ebenso wie der zweite aufgezeichnete und transkribierte Teil in die Auswertung mit ein. Das kürzeste in dieser Hinsicht berücksichtigte Interview dauerte somit 29 Minuten und 14 Sekunden, das längste 1 Stunde 35 Minuten und 52 Sekunden.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die Gesprächssituation in der Regel sehr angenehm war, die ExpertInnen offen ihre Meinung wiedergaben, beziehungsweise aus ihrem Arbeitsleben erzählten. Störungen traten vor allem bei Interview-PartnerInnen auf, die während ihrer Tätigkeit in der Klinik interviewt wurden und gelegentlich durch Telefonanrufe oder PatientInnen,- beziehungsweise Fragen durch KollegInnen unterbrochen wurden.

Die Kontaktaufnahme sowie die Durchführung der Interviews fanden im Zeitraum zwischen Juli und September 2017 statt.

## 3.2 Risikofaktoren

### 3.2.1 Allgemeine Anmerkungen

Zehn Interview-PartnerInnen empfahlen zur Verbesserung im Umgang mit Risikofaktoren im Gespräch mit den betroffenen Eltern über das Wohlergehen des Kindes zu argumentieren. So merkte zum Beispiel eine Familienhebamme der Frühen Hilfen an:

*„Wie gesagt, also ich glaube, wenn man immer über den Weg ‚Es ist das Beste für Ihr Kind‘ und ‚Damit können Sie das Wohlbefinden Ihres Kindes fördern‘ geht, sind die meisten Eltern da sehr zugewandt.“*

Auch wenn die Kommunikation insbesondere im Umgang mit Rauchen besonderes Geschick bedarf, waren sieben der Befragten der Meinung, dass es die Aufgabe der behandelnden TherapeutIn sei, ganz klar den negativen Effekt von potentiellen Risikofaktoren anzusprechen:

*„(...) dass der Arzt nur noch die harten Fakten präsentieren muss. Ja, ich mache die harten Fakten“ (A16).*

Eine besondere Herausforderung kann hier auch die Kommunikation zwischen Ehepartnern sein, wenn es um die Reduktion oder gar Beseitigung von Risikofaktoren geht (n=3). Auch wenn zwei Interviewte darauf hinwiesen, dass das DMP allgemein mehr präventive Elemente beinhalten sollte, wiesen auch drei der Interviewten darauf hin, dass die Behandlung von Asthma und der Umgang mit entsprechenden Risikofaktoren eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei. So merkte eine Vertreterin einer Krankenkasse an:

*„Ich sehe das auch nicht alleine in der Verpflichtung der Ärzte, sondern als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.“*

### 3.2.2 Rauchen

#### 3.2.2.1 Bemerkungen zur Epidemiologie

Sechs der Interviewten wiesen darauf hin, dass der aktive Konsum von Tabak und Nikotin sowohl bei den Eltern, als auch den Kindern/Jugendlichen abgenommen habe und längst keine so große Rolle mehr spielen würde wie noch vor einigen Jahren. Ein ehemaliger Kinder-Pneumologe eines Akut-Krankenhauses sagte hierzu:

*„Die Zahl der Raucher nimmt ja ab, auch der jungen Erwachsenen und bei den Jugendlichen sowieso. Sodass sich da das Problem natürlich auch verringert.“*

Grund seien vor allem makropolitische Maßnahmen wie höhere Steuern, Anti-Rauch-Kampagnen und die Eindämmung des Rauchens im öffentlichen Raum:

*„Bei den Jugendlichen muss ich sagen, ist ja Rauchen überhaupt nicht mehr modern (...) Eines der erfolgreichsten Präventionsprogramme ist ja beim Rauchen gelaufen und mein Kenntnisstand ist, dass das überwiegend erfolgreich ist, weil die Jugendlichen das natürlich uncool finden, wenn sie so ausgegrenzt werden. Wenn sie vor dem Haus stehen müssen, vor der Kneipe oder in einem Bahnhof in einem ausgewiesenen Bezirk oder in einem Glaskasten. Das macht ein Fünfzehnjähriger nicht, dann schämt er sich und dann spielt der Preis sicherlich auch eine Rolle, die schwierigere Verfügbarkeit. Das sind alles möglicherweise Faktoren dafür, dass das Rauchen irgendwie uncool geworden ist“ (niedergelassener Kinder-Pneumologe).*

Fünf TeilnehmerInnen wiesen insbesondere auf die Problematik hin, dass Familien mit sozial schwächerem Hintergrund tendenziell mehr rauchen würden:

*„Es ist natürlich schwierig, das zu sagen, aber es hängt in gewisser Weise auch mit Bildungsstand und dem sozialen Hintergrund der Kinder zusammen. Das muss man auch irgendwo sagen“ (N14).*

### **3.2.2.2 Herausforderungen im Umgang mit Rauchverhalten**

Alle Interview-PartnerInnen, die an der direkten Versorgung von Kindern beteiligt waren, gaben an, dass Sie das Rauchen im Gespräch mit Eltern und Patienten thematisieren würden.

16 der TeilnehmerInnen wiesen jedoch auf die Problematik hin, dass Eltern häufig über ihr Rauchverhalten im Arztgespräch nicht ehrlich seien:

*„Und es wird bei drei Gelegenheiten gelogen: Jubiläen, bei Beerdigungen und wenn ich frage: "Rauchen Sie?" (...) Oder: ‚ich rauche ja nie in Anwesenheit der Kinder‘ oder irgendwas. Dass das nicht stimmt, weiß jeder, aber nützt auch nix“ (A09).*

Gründe hierfür seien insbesondere Scham. Hierzu eine Schulkrankenschwester:

*Eltern aus dem Risiko-Milieu, also von Kindern in beengten Wohnverhältnissen, Übergewichtige oder Raucher, haben mitunter Hemmungen, mit ihrem Kind in eine Arztpraxis zu gehen. Die sind nicht alle stolz auf ihre Lebensweise, fühlen sich schlecht, und befürchten, vom Art zu hören: Ihr macht alles falsch!*

Diesbezüglich merkten auch 13 ExpertInnen an, dass die Eindämmung der Passivrauch-Exposition oder gar die Rauch-Entwöhnung äußerst langwierige Prozesse seien mit in der Regel geringer Aussicht auf Erfolg:

*„Es gibt halt viele Raucher, die unbelehrbar sind, es ist schwierig“ (N14).*

Sieben der ExpertInnen wiesen darauf hin, dass das Rauchen immer wieder und regelmäßig im Arztgespräch thematisiert werden muss. Neun TeilnehmerInnen waren diesbezüglich der Meinung, dass das Rauchen möglichst behutsam und empathisch-motivierend angesprochen

werden sollte, eben um ein reaktives Verhalten der Eltern zu verhindern. So sagte eine Kinderkrankenpflegerin und Asthma-Trainerin:

*„Ich schaffe es natürlich nur, wenn ich sehr behutsam das Thema anspreche und nicht, indem ich ihnen einen Deckel oben drauf lege und sie direkt verurteile. Weil dann ist klar, dann machen sie komplett dicht und dann kann ich gar nichts erreichen. Dann werde ich noch nicht mal erreichen, dass sie vor die Tür gehen zum Rauchen.“*

Demgegenüber bemerkten zwei TeilnehmerInnen, dass ÄrztInnen nicht fürchten müssten, Eltern würden nicht mehr in der ambulanten Sprechstunde erscheinen, sollten sie auf ihr Rauchverhalten angesprochen werden. Demgegenüber merkten vier an, dass Eltern bezüglich des Rauchens gegenüber VertreterInnen pflegerischer Berufe ehrlicher und offener seien.

### **3.2.2.3 Wege zur Reduktion des Tabak-Konsums oder der Tabak-Exposition**

11 der ExpertInnen sprachen sich dafür aus, dass der primäre weil erfolgversprechendste Versuch, die Tabak-Exposition für asthmatische Kinder zu vermindern, die Bestärkung des Rauchens außerhalb der direkten Umgebung von Kindern sei:

*„Wie kann man die Passivrauch-Belastung (senken), also, wenn einer wirklich gerne weiter rauchen will, aber er schafft es, eine hundertprozentige Vermeidung der Passivrauch-Exposition. Dann ist ja schon mal ein ganz wichtiger Schritt gewonnen“ (A05)*

Nichtsdestotrotz sprachen sich sieben dafür aus, dass das Angebot der Entwöhnung für rauchende Eltern von asthmakranken Kindern eine Leistung des DMP werden sollte. Auch in den Schulungen könnte laut vier ExpertInnen vermehrt auf Angebote zur Rauch-Entwöhnung hingewiesen werden. Wichtig sei außerdem, dass ärztliches Personal noch besser in der Kommunikation um das Thema Rauchen geschult werden sollte (n=4), da die ÄrztIn noch mehr dies zum Thema im Gespräch mit den Eltern machen sollte (n=4).

Jedoch sieht man nicht nur die ÄrztIn in der Verantwortung: vier sprachen sich dafür aus, dass alle medizinischen Berufe sich im Umgang mit PatientInnen diesem Thema widmen sollten und zwei TeilnehmerInnen merkten zudem an, dass es besonders wichtig sei, insbesondere die betroffenen Kinder zu stärken, auf den schädigenden Effekt hinzuweisen. So sagte eine Asthma-Trainerin

*„Bei den Kindern geht es mehr darum, den Kindern einfach Mut zu machen, sich auch mal zu artikulieren, den Erwachsenen einfach zu erklären (...) dass es ihnen da schlechter geht (...) Dass sie die Eltern oder auch andere Erwachsene darum bitten, nach draußen zu gehen, draußen zu rauchen, solche Dinge. Also, einfach eine Stärkung.“*

Für sechs der Interviewten zählen zudem makropolitische Maßnahmen gegen das Rauchen zu den wichtigsten Maßnahmen und sollten demnach auch nach wie vor vehement beibehalten werden.

### 3.2.3 Widrige Wohnbedingungen

#### 3.2.3.1 Allgemeine Bewertung

Vier ExpertInnen berichteten, dass Schimmel vor allem bei sozial schlechter gestellten Familien zu finden sei. Der Interview-Teil um das Thema „widrige Wohnbedingungen“ umfasste insbesondere die Faktoren Haustiere, Hausstaubmilben und Schimmel. Sieben merkten hierzu an, dass insbesondere bei diesen Faktoren das Interesse der Eltern besonders groß sei und die ÄrztIn hier häufig gar nicht explizit nachfragen müsse. So berichtete ein niedergelassener Allgemeinmediziner:

*„Aber meistens wird das spontan berichtet, das ist meine Erfahrung, dass die das dann schon von sich aus sagen "Jaja, ist ja klar, dass mein Kind Asthma kriegt, ja, ich verklage den Vermieter, es ist alles so nass und wir müssen da raus" und eher so rum, habe ich den Eindruck.“*

Dementsprechend merkten auch elf Interviewte an, dass hier die Adhärenz und die Umsetzung von Empfehlung besonders gut seien:

*„In der Regel sind die Patienten, die bei uns sind, im Vorfeld schon so gut geschult, dass sie das schon umgesetzt haben. Also, ich habe es ganz selten, dass ich mal mit Hausstaubmilben-Sanierung anfangen und die Leute fallen aus allen Wolken. Sondern bevor die Kinder zu uns kommen, ist die Hausstaub-Allergie schon lange bekannt, die Sanierung ist schon weit umgesetzt. Das ist für die letztendlich schon bekannt. Es ist nicht so, dass da noch ein großer Unterstützungsbedarf besteht“ (A16).*

Ebenso wurde aber auch von vier ExpertInnen angemerkt, dass der Einfluss von Schimmel auf die Entstehung von Asthma beziehungsweise das Auftreten von asthmatischen Symptomen überbewertet oder nicht ganz klar sei:

*„Schimmel, gerade bei Kindern und Jugendlichen, zumindest was Atemwegserkrankungen anbetrifft (, wird) eher überschätzt. Das ist selten die Ursache. Dass es nicht gesund ist, brauchen wir jetzt nicht drüber diskutieren, ne, in einer verschimmelten Wohnung zu leben, aber so die Kausalität zwischen ‚Ich habe Schimmel im Bad und deswegen hat mein Kind Asthma‘ die ist sicherlich nicht so“ (A09).*

### 3.2.3.2 Herausforderungen

Als besondere Herausforderung im Umgang mit häuslichen Risikofaktoren wurde angemerkt, dass die Datenlage zu verschiedenen Risikofaktoren nicht besonders klar und mitunter umstritten sei (n=4). Sieben Befragte merkten an, dass insbesondere die Reduktion von Tierhaar-Allergenen im häuslichen Umfeld besonders schwierig sei, da die einzig effektive Maßnahme darin bestünde, das Tier abzuschaffen:

*„Oder: wenn ein Kind eine Katzenhaar-Allergie hat, dann sagt mancher Arzt, die Katze muss abgeschafft werden, Punkt. Dass die aber seit zehn Jahren in dieser Familie lebt und alle sie lieben, da muss man vielleicht auch überlegen, warum sie diese Katze nicht abschaffen und Kompromisse schaffen. Das sind so diese beiden Endpunkte. Es gilt also, Kompromisse zu schaffen und nicht direkt jemanden vor den Kopf zu stoßen“ (N01).*

In Bezug auf Schimmel merkten vier ExpertInnen an, dass sich viele VermieterInnen bei dem Auftreten und dem Melden von Schimmel in der Wohnung aus der Verantwortung ziehen würden.

### 3.2.3.3 Wege zur Verbesserung

Es wurde angemerkt, dass eine effektive Therapie im Umgang mit Risikofaktoren alle möglichen Faktoren angehen muss (A09). In Bezug auf den Umgang mit Haustieren empfahlen fünf Interviewte eine stufenweise Reduktion der Exposition mit der finalen Stufe, dass sich das Tier nicht mehr in der Wohnung oder dem Haus aufhält:

*„Also, es ist möglich zu sagen: erstmal schlafen das Kind und die Katze nicht mehr im gleichen Bett, sondern nur im gleichen Zimmer. Dann schläft die Katze gar nicht mehr im Zimmer vom Kind. Dann ist die Katze nur noch in einem Zimmer von einer Wohnung. Das alles ist allergologisch ein bisschen Augenwischerei. Als Weg zum Abschaffen der Katze aber vielleicht der richtige Weg“ (A16).*

Auf den Bedarf von pflegerischer häuslicher Betreuung wird im Kapitel 3.5 genauer eingegangen.

## 3.2.4 Adipositas

### 3.2.4.1 Allgemeine Bewertung

Insgesamt zogen 13 Interviewte einen kausalen Einfluss von Adipositas auf die Prävalenz von Asthma in Zweifel. Vielmehr erschwerte sich durch einen niedrigen Zustand körperlicher Belastbarkeit die Diagnostik in Bezug auf Atemnot im Belastungstest. So bemerkte ein Sport-Therapeut und Asthma-Trainer:

*„Auf der anderen Seite wissen viele Adipöse nicht, dass es kein Asthma ist, sondern dass es einfach mal anstrengend ist und man halt mal schnauft. Die sagen oft "Oh je, ich habe Asthma“. Dabei ist es einfach anstrengend, du musst halt manchmal schnaufen.“*

Eine weitere Erklärung wäre laut einem in einer Reha-Klinik arbeitenden Arzt:

*„Ich persönlich, ich betone, ich persönlich, glaube an keinen echten Zusammenhang zwischen Asthma im klassischen Sinne und Adipositas. Also, ich glaube, dass sie in einem Kreislauf sind: Asthma, schlecht eingestellt, ich bewege mich nicht, werde dick, das Asthma wird schlimmer. So in diesem Kreislauf.“*

Dementsprechend merkten auch fünf TeilnehmerInnen an, dass in der Behandlung der Bewegungsförderung eine größere Bedeutung zukommen sollte als dem primären Ziel der Gewichtsreduktion. Sieben ExpertInnen wiesen diesbezüglich darauf hin, dass die Adipositas-Therapie ohnehin sehr langwierig sei und wenig Aussicht auf Erfolg habe. Ein niedergelassener Kinderarzt drückte dies wie folgt aus:

*„Sagen wir mal so, wenn man das realistisch betrachtet, würde ich sagen, in 15% der Fälle kriegen Sie das hin. In den anderen 85% der Fälle sind Sie schon froh, wenn das Gewicht nicht weiter steigt. Also, es gibt wenig Frustrantes als die Arbeit in einer Adipositas-Ambulanz, das ist ein sehr frustantes Geschäft.“*

Epidemiologisch betrachtet merkten vier Befragte an, dass durchaus in der Prävalenz adipöser AsthmatikerInnen ein sozialer Gradient zu erkennen sei, wonach vor allem bildungsferne Schichten eine höhere Prävalenz aufweisen würden.

#### **3.2.4.2 Wege zur Verbesserung**

Die Aussagen zur Therapie von übergewichtigen Asthmatikern fielen sehr unterschiedlich aus. Sechs Befragte gaben an, dass bei adipösen Kindern und Jugendlichen generell eine Bewegungsförderung beziehungsweise Gewichtsreduktion ins Auge gefasst werden sollte, hier jedoch das Asthma oder eine mögliche Besserung der Asthma-Symptomatik nicht der primäre Hintergrund dieses Bestrebens sei:

*„Also natürlich, Adipositas ist ein Punkt, der wird angegangen, der wird auch versucht bei einem Kind anzugehen, was kein Asthma hat“ (niedergelassener Kinderarzt).*

Zwei ExpertInnen sprachen sich explizit dafür aus, dass Asthma- und Adipositas-Therapie klar voneinander getrennt werden sollten.

Andere hingegen waren der Meinung, dass explizit auch Angebote für übergewichtige AsthmatikerInnen geschaffen oder wahrgenommen werden könnten. Hierzu böte sich laut acht ExpertInnen ein Reha-Aufenthalt an, währenddessen sowohl das Asthma als auch das Übergewicht behandelt werden könnten. Drei TeilnehmerInnen schlugen zur Förderung der Bewegung das Angebot von Asthma-Sportgruppen vor, und sieben Befragte wiesen auf die Bedeutung der Zusammenarbeit mit ErnährungsberaterInnen hin.

### **3.3 Bewertung der aktuellen Asthma-Versorgung**

#### **3.3.1 Allgemein**

##### **3.3.1.1 Allgemeine Bewertung**

Insgesamt bewerteten 19 der Interviewten die Asthma-Versorgung in Deutschland als gut bis sehr gut:

*„Und ansonsten bin ich mit der Situation, wie sie gerade in Deutschland herrscht, eigentlich sehr zufrieden. Ich denke, die DMP-Zahlen geben uns Recht. Wir haben eine gute Versorgung von asthmakranken Kindern in Deutschland, auch im europäischen Vergleich. Wenn man das mit den Niederlanden oder England vergleicht, wo man ein hausarztzentriertes System hat, dann sieht man, dass die Versorgung in Deutschland einfach besser ist“ (A12).*

Eine niedergelassene Kinderärztin bewertete es als mittelmäßig. Genauere Betrachtungen in Bezug auf die verschiedenen Regionen finden sich in Kapitel 3.3.2.

17 der Experten sprachen explizit davon, dass das DMP Asthma für Kinder und Jugendliche „gut“ sei, beziehungsweise sich die Asthma-Versorgung dadurch in Deutschland verbessert habe:

*„Man (kann) klar sagen, durch das DMP ist das Behandlungs-Niveau besser geworden“ (A05).*

Besonders wichtig sei laut 15 ExpertInnen hierbei der Zugang zur Asthma-Schulung für die im DMP eingeschriebenen PatientInnen. Als besonderen Vorteil ergebe sich hierfür auch für die behandelnde ÄrztIn, da er weit weniger Aufwand und Zeit investieren müsse in die Behandlung einer bereits geschulten PatientIn:

*„Am schnellsten kann ich die Patienten betreuen, die geschult und rehabilitiert sind. Das heißt, es ist eigentlich gar nicht verständlich, denn das höchste Gut eines Niedergelassenen ist ja eigentlich Zeit in seiner Praxis. Und ich brauche viermal so lange mit einem nicht-geschulten oder nicht-rehabilitierten Patienten wie mit einem rehabilitierten Patienten“ (A05).*

Wie im obigen Zitat bereits erwähnt, sei der rehabilitative Aufenthalt ebenfalls ein sehr wichtiger Bestandteil der Asthma-Versorgung, welcher von der DRV sehr offensiv beworben werde (n=5). Ein Reha-Arzt bemerkte hierzu:

*„Also, da muss man auch mal die Deutsche Rentenversicherung hervorheben, die da hervorragende Arbeit leistet.“*

### **3.3.1.2 Herausforderungen Versorgung allgemein**

Laut der befragten ExpertInnen sei es mitunter insgesamt eine große Herausforderung in der Asthma-Versorgung, dass Krankenkassen regional sehr unterschiedlich aufgestellt seien und mit verschiedenen Angeboten, Vergütungen und Hilfeleistungen agieren würden (n=11). Das DMP sei hierbei sicherlich ein Versuch, bundesweit Versorgungsleitlinien zu schaffen (N21), doch zeige sich oben genannter Punkt als besonderes Negativ-Beispiel im Falle der AOK Rheinland-Pfalz (A28), welche kein DMP Asthma für Kinder und Jugendliche bezahlen würde. So bemerkte der Arzt einer Reha-Klinik:

*„Und das kann man auch nicht von der Kasse abhängig machen, denn wir wissen alle, die GKV ist zersplittert in - ich sag mal Regionalfürstentümer, ja - unterschiedliche Krankenkassen und jede hat was anderes. Beispiel DMP. Die AOK Rheinland-Pfalz weigert sich bis heute ein DMP umzusetzen. Das ist einfach schwierig. Es gibt da einen Spitzenverband, aber der kann ja keine Vorschriften erlassen. Sondern er kann nur Empfehlungen aussprechen. Ob sich der einzelne Regionalfürst an diese Empfehlung hält oder nicht, das ist ihm selber überlassen.“*

Hauptproblem bei einer Nicht-Einschreibung in das DMP sei, wie oben bereits erwähnt, dass die Kinder nicht an den Schulungen teilnehmen könnten.

Als generelle Herausforderung gelte zudem die Diagnose eines Asthma bronchiale bei Kindern unter fünf Jahren (n=6). In Bezug auf eine weiter gefasste Versorgung kritisierten sieben Befragte, dass Krankenkassen generell sehr wenig Interesse für eine komplexe und sektorenübergreifende Versorgung zeigten. So bemerkte ein Vertreter einer Nachsorge-Einrichtung:

*„Also damit wird im ambulanten Bereich oder im rehabilitativen Bereich oder im präventiven Bereich nicht unbedingt an der richtigen Stelle investiert, weil dieser Bereich für sich alleine läuft und nur in den obersten Etagen wird es dann zusammengeführt, aber nicht auf den Ebenen, wo beispielsweise Verträge ausgehandelt werden, Vergütungen gemacht werden und so weiter. Da sind die ziemlich losgelöst, da interessiert's den rehabilitativen Bereich überhaupt nicht wie es dem stationären Bereich geht (...). Da hätten die Krankenkassen eine Entwicklungsaufgabe, aber da ist... Im Augenblick durch*

*die Fusionierung passiert natürlich schon etwas in die richtige Richtung, aber die sind meiner Meinung nach doch noch dem Beamtenstaat ein wenig nahe die Krankenkassen und es hat tolle Leute in Krankenkassen, die treffe ich immer wieder, die haben auch wirklich Lust auf Innovation. Manche sind tief gefrustet, aber manche bleiben auch dabei, es gibt auch wirklich gute Leute, aber das ist einfach eine kleine Anzahl.“*

Von vier TeilnehmerInnen wurde zudem angemerkt, dass Eltern mitunter mit sehr langen Wartezeiten rechnen müssen. Fünf ExpertInnen wiesen zudem auf die Problematik der Transition hin, wenn also Jugendliche aus der Versorgung beim Kinderarzt zum Erwachsenenmediziner entlassen werden.

### **DMP und Schulung**

Fünf ExpertInnen wiesen auf den Umstand hin, dass längst nicht alle an Asthma erkrankten Kinder im DMP eingeschrieben seien. Damit zusammenhängend merkten sieben der Befragten an, dass einige ÄrztInnen dem DMP kritisch gegenüberstünden. Hauptgrund sei laut sechs der ExpertInnen ein relativ hoher Verwaltungsaufwand bei gleichzeitig verhältnismäßig geringer finanzieller Vergütung:

*„Da klickt man irgendwie so unsinnige Frageboxen durch“,*

meinte zum Beispiel ein niedergelassener Allgemeinmediziner.

In Bezug auf die Asthma-Schulung merkten fünf der Befragten an, dass die Teilnehmerzahlen, beziehungsweise die Teilnahme-Bereitschaft im Vergleich zu früher immer weiter am Sinken seien. Diesbezüglich merkten zwei Befragte an, dass Schulungen vor allem von ÄrztInnen empfohlen würden, die selbst Schulungen als Asthma-Trainer durchführen. So verwies ein Arzt darauf, dass im Saarland alle niedergelassenen PädiaterInnen als Asthma-Trainer ausgebildet wurden und bezeichnete dies als äußerst sinnvolles und erfolgreiches Vorgehen:

*„Die Kollegen haben die niedergelassenen Kinderärzte fast alle zu Trainern in diesen Schulungs-Teams gemacht. Das heißt, jeder war ein Teil von diesem Schulungs-Team und das senkt natürlich die Schwelle, da jemanden hinzuschicken“ (A12).*

Acht der Befragten wiesen zudem darauf hin, dass sowohl die Teilnahmebereitschaft, als auch der Schweregrad mit dem sozialen Status zusammenhänge. So bemerkte eine Psychologin, die in der Asthma-Schulung tätig ist, in Bezug auf die sinkende Teilnahmebereitschaft:

*„Früher hatten wir kilometerlange Wartelisten und heute ist es so, dass wir mit Mühe und Not uns da ein paar Leute zusammensuchen, um unseren geplanten Schulungs-Kurs vollzukriegen.“*

Ein niedergelassener Kinder-Pneumologe bezog sich auf die Selektion von Schulungs-Teilnehmenden wie folgt:

*„Also vor zwanzig Jahren, bevor es das DMP gab, haben wir gesagt: "Akademiker schulen Akademiker." Das war schon so, dass sie damals eine Auswahl von Eltern in dieser Eltern-Schulung und Asthma-Schulung vor sich sitzen hatten. Weil das erfordert natürlich einen gewissen Bildungsstand und eine gewisse Bereitschaft, sich dreißig Stunden in solche Schulungs-Maßnahmen zu begeben.“*

## **Rehabilitation**

In Bezug auf Reha wurde auf zwei Hauptproblematiken hingewiesen: Dies sei zum Einen, dass sowohl bei Ärztinnen als auch PatientInnen, beziehungsweise Familien, Unklarheit bestehen würde, was eine Rehabilitation und was eine Mutter-Kind-Kur sei und mit welchem Ziel beide Maßnahmen durchgeführt werden sollten (n=7). Am besten brachte dies der Arzt einer Reha-Klinik auf den Punkt:

*„Da gibt es zum einen, ich sag mal bei Ärzten noch das "Kur-Denken", sowohl von Ärzten als auch von Eltern oder Betroffenen. Sprich, die Unterscheidung zwischen dem, was man früher als Mutter-Kind-Kur bezeichnet hat, so ein bisschen an die frische Luft oder an der Nordsee rumlaufen oder im Gebirge. Ja, was jetzt auch immer noch in den Köpfen drin ist. Ja, dieser Kur-Gedanke oder gar Mutter-Kind-Kur, wo es eine Verwechslung mit Rehabilitation gibt, wo es eigentlich um eine kranke Mutter mit gesundem Kind gibt, das ist ganz tief drin. Dieser Unterschied ist vielen nicht bewusst und dass stationäre Reha natürlich gerade bei den Komplex-Patienten eigentlich eine medizinisch interdisziplinär hoch sinnige Maßnahme ist, wo Spezialisten sich dann eben um die Erkrankung des Kindes kümmern. Das ist ganz wenig im Bewusstsein. Sowohl, dass Familien, aber leider Gottes auch Kollegen dann immer noch im Kopf drin haben, wenn einer Asthma hat, muss er an die Nordsee oder so ein Schwachsinn“.*

Des Weiteren wurde von vier Interview-PartnerInnen kritisiert, dass viele Reha-Anträge, die an die GKV gerichtet werden, im ersten Versuch abgelehnt werden:

*„Aber viele Eltern scheitern im ersten Versuch, das müssen wir ja ganz klar sagen, der allseits beliebte Widerspruch, den man ja eigentlich direkt vorbereiten sollte“ (N14).*

Dies verunsichere die Eltern mitunter sehr und Sorge für eine unnötige Verzögerung des rehabilitativen Aufenthalts (N14).

Des Weiteren seien insbesondere bildungsferne Schichten hier zusätzlich im Hintertreffen, da einerseits Schwierigkeiten in der Antragstellung auftreten würden und andererseits andere Familien mehr Ressourcen besäßen, auf eine erste Ablehnung adäquat zu reagieren.

Nichtsdestotrotz wird die Reha von fünf der Befragten als sehr gutes Instrument angesehen, gerade Kinder mit schweren Verläufen aus bildungsfernen Familien zu erreichen und zu therapieren. Ein Arzt drückte dies wie folgt aus:

*„das hört sich immer so pauschal an, aber ich habe jetzt ganz bestimmte Familien vor Augen: drei, vier Kinder, die Mutter raucht, der Vater ist gerade arbeitslos und das funktioniert alles so mehr schlecht als recht zu Hause (...) Diese Familien kriegen Sie aber mit Reha oder Kur überredet, da sind sie immer empfänglich. Also, auf Kosten der Kasse oder Rentenversicherung vier Wochen irgendwohin fahren, das ist ein Angebot, das wird schon ganz gerne angenommen.“*

### **Selektiv-Verträge/Evaluation/Gemeinsamer Bundesausschuss**

Drei ExpertInnen kritisierten die Evidenz-Evaluation des G-BAs und die damit verbundene Hürde, ein komplexes und auf Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtetes Versorgungs-Netz aufzubauen:

*„Der G-BA ist für alles zuständig, was donnert, kracht und stinkt. Also sozusagen alles Chemische und Ökonomische und alles, was sich sozusagen in harten Zahlen messen lässt und bei Prävention ist es halt schwierig zu messen“ (N21).*

Diesbezüglich scheiterte laut fünf ExpertInnen die Lieferung von angeforderter Evidenz an damit verbundenen sehr aufwendigen oder qualitativ nicht ausreichenden Evaluationen von Interventionen. Damit ginge laut vier Befragten einher, dass Selektiv- oder IV-Verträge in der Regel nicht den Anstoß für eine langfristige Regelversorgung geben würden.

Trotzdem merkte auch ein Arzt an, dass die Begründung für die Bewertung einer nicht-ausreichenden Evidenz lediglich vorgeschoben sei und vor allem der politische Wille entscheidend wäre, ob eine Maßnahme durchgesetzt würde oder nicht:

*„Das ist politisch nicht gewollt. Bei der letzten Überarbeitung des DMP vor, ich weiß nicht wie vielen Jahren, da stand zur Debatte entweder Kinder unter fünf oder Anti-Raucher, also Raucher-Entwöhnungsprogramme für Erwachsene im DMP mit aufzunehmen. Da hat man sich für diese Raucherentwöhnung entschieden. (...) Da sagt niemand, für das andere ist kein Geld da, sondern da werden Argumente vorgeschoben, wie die Diagnose ist nicht stellbar oder es gibt keine Evidenz für therapeutische Effekte“ (A05).*

#### **3.3.1.3 Wege zur Verbesserung DMP/Schulung**

Wie zuvor auf die Problematik der Asthma-Diagnostik bei Kindern unter fünf Jahren angesprochen wurde, so drückten vier Befragte das Anliegen aus, dass das Asthma im Kleinkindalter und die Langzeit-Prognose von rezidivierenden obstruktiven Beschwerden

besser erforscht werden sollte. Ebenso viele sprachen sich dafür aus, dass das DMP Asthma auch für Kinder unter fünf Jahren geöffnet und angeboten werden sollte. Auf die Frage hin, ob das DMP Asthma für Kinder unter fünf Jahren geöffnet werden sollte, antwortete ein niedergelassener Pädiater:

*„Das denke ich, ja. Und zwar unter dem folgenden Grund: das Problem ist die Verschlüsselung der Diagnosen durch meine lieben Kollegen, das sehe ich durch meine Erfahrungen in der Berufspolitik. Das Problem ist, zu erkennen, dass die Hustenepisoden ein Asthma sind.- das Problem ist nicht, dass ein Kinder- und Jugendarzt ein Asthma richtig behandelt. Ich denke, das machen die meisten richtig. Das Problem ist, bei wiederkehrenden obstruktiven Bronchitiden die Diagnose „Asthma“ zu stellen und dem Kind nicht nur immer wieder einen Hustensaft wie z.B. Mucosolvan aufzuschreiben.“*

Dieser Experte wies außerdem darauf hin, dass im Rahmen eines Selektivvertrags in der KV Nordrhein bereits eine DMP-ähnliche Versorgung für Kinder unter fünf Jahren mit rezidivierenden obstruktiven Bronchitiden erfolgreich durchgeführt wird.

In Bezug auf die Problematik, dass nur eine Minderheit der asthmakranken Kinder in Deutschland im DMP eingeschrieben sind, fordern zehn ExpertInnen, dass mehr Werbung für das DMP gemacht werden sollte, um somit auch mehr PatientInnen im Rahmen des DMP adäquat zu versorgen. Die befragte Politikerin sagte hierzu:

*„Ansonsten sehe ich tatsächlich die Pflicht auf der Seite der Krankenkassen, dafür Werbung zu machen, den Patienten eine optimale Versorgung auch schmackhaft zu machen. Und weil eine Krankenkasse hat die Aufgabe dafür zu sorgen, dass die Mitglieder, ihre Versicherten sehr, sehr gut betreut werden. Und deswegen finde ich auch, dass es Aufgabe der Kassen ist, sich dafür einzusetzen, dass a) solche Strukturen entstehen und auch attraktiv für die Beteiligten sind und dazu gehört aber auch der Patient und ich denke, dass wenn man zielgerichtet als Kasse auch versucht, eben solche Strukturen auch zu bewerben.“*

Wie zuvor angemerkt wurde, zählt die Schulung zu dem wichtigsten Element des DMPs. Drei der Befragten merkten diesbezüglich an, dass es auch besonders sinnvoll wäre, über die erste Asthma-Schulung hinaus eine Nach-Schulung in einem gewissen zeitlichen Abstand anzubieten. Manche Bundesländer (wie zum Beispiel Bayern) hätten dies bereits in ihrem Angebot, andere wie Niedersachsen auch, jedoch in einem so geringen zeitlichen Umfang, dass es keine sinnvolle Nachschulung der Kinder und Eltern ermöglichen würde (N26).

Wie zuvor auf die Wichtigkeit eines Reha-Aufenthalts bei bestimmten PatientInnen hingewiesen wurde, so gilt die Forderung von zwei ExpertInnen, dass die GKV sich mehr an der Finanzierung beteiligen sollte. Der Vertreter der DRV fasste diesen Umstand wie folgt zusammen:

*„Es ist ganz einfach. Der Gesetzgeber hat gesagt, dass die Gesetzlichen Krankenkassen und die Gesetzliche Rentenversicherung, jetzt kommt ein juristischer Begriff, gleichrangig sind. Das heißt, beide sollen die Leistung Kinder-Rehabilitation erbringen. De facto ist es so, dass der überwiegende Teil der Kinder-Rehabilitation durch die Rentenversicherung erbracht wird (...) Also, das ist gesetzlich eindeutig geregelt und inhaltlich ist es so, dass die Rentenversicherung sich hier sehr stark macht und dies auch in Zahlen belegbar ist (...). Also, in unserem Bundesland ist ungefähr zu 90 % die Rentenversicherung der Finanzierer der Leistung Kinder-Reha. Bei sogenannter Gleichrangigkeit, wo man theoretisch erwarten könnte, halbe halbe.“*

### **Sonstige**

Passend zu der vorigen Anmerkung, dass viele Interventionen unzureichend evaluiert werden und der dazu gehörigen Konsequenz, dass sie keinen Einzug in die von der GKV finanzierten Regelversorgung erhalten, fordern acht ExpertInnen, dass Interventionen in Zukunft mehr und besser evaluiert werden. Passend hierzu bemerkte ein Arzt:

*„Also, meines Erachtens ist, wenn man jetzt Asthma nimmt und Rehabilitation, ist es immer so (...) natürlich gibt es Forschung und jetzt kommen wir wieder zu der Frage, auf welchem Niveau. Das gibt es. Das wird jetzt im Moment extrem forciert, weil sie natürlich auch die inhaltliche und moralische Verpflichtung haben, Zahlen, Daten, Fakten zu liefern. Ob, wenn wir jetzt bestimmte Konzepte anbieten, ob die so optimal sind oder ob wir uns da weiterhin optimal verbessern können. Also, mein großes Vorbild ist da immer die Kinder-Onkologie. Da wird jedes Kind eigentlich de facto innerhalb einer Studie behandelt. Und die Ergebnisse fließen wieder darin ein, dass das nächste onkologische kranke Kind von den Daten seiner Vorgänger profitiert. Das halte ich für extrem klug, wie evidenz-basierte Medizin.“*

Interessanterweise äußerten vier ExpertInnen den Vorschlag, dass in Zukunft ein nationales epidemiologisches Register über Asthma-bezogene Krankheitsdaten geführt werden sollte. Hiervon erwünscht man sich einen besseren Überblick über den Zusammenhang von Umweltfaktoren und Symptomatik (A10).

## **3.3.2 Versorgung in ländlichen Regionen**

### **3.3.2.1 Allgemeine Bewertung**

Acht Befragte wiesen darauf hin, dass die Versorgung auf dem Land nicht so gut sei. Gründe seien unter anderem lange Anfahrtswege für PatientInnen und ÄrztInnen (11 der Interviewten)

und die Unterversorgung insbesondere durch PädiaterInnen, sodass viele an Asthma erkrankte Kinder auf dem Land nicht durch eine KinderärztIn, sondern eine AllgemeinmedizinerIn betreut seien (n=9), welches im Durchschnitt eine schlechtere Versorgung zur Folge hätte (n=3). Überspitzt drückte es der Arzt einer Reha-Klinik aus:

*„Und das zweite Problem sind natürlich die Kinder und Jugendlichen vor allem im ländlichen Bereich, die bei den AllgemeinmedizinerIn betreut werden. Da ist eigentlich null Wissen vorhanden, null, also weniger als null.“*

Sicherlich sollte dieser Aussage eine andere eines Allgemeinmediziners entgegengehalten werden:

*A15: „Also, dieses Märchen, das häufig erzählt wird, das existiert nicht, beziehungsweise, das besteht, wenn dann gleichmäßig in allen Fachgruppen. Da gibt es nun mal auch vollkommen unfähige Kinderärzte. Also, das ist fachgruppenunabhängig. Also, man kann es oder man kann es nicht. „*

*Interviewer: „Mit Märchen meinen Sie jetzt, dass Allgemeinmediziner das nicht gut machen?“*

*A15: „Nee, also das, ja, da meine ich, dass die jetzt speziell als Fachgruppe alle möglichen Sachen machen, die sie nicht können. Das finde ich eine ziemliche Zumutung eigentlich, dass das immer wieder vorgehalten wird, weil das einfach Quatsch ist. Das macht ja kein normaler Mensch, kein Arzt, das ist gegen jedes Ethos. Also, wenn dann sind diese schwarzen Schafe überall, also es gibt auch vollkommen unfähige Urologen und Chirurgen und Kardiologen, also (lacht) ist glaube ich nicht fachgruppenspezifisch.“*

Drei der Interviewten verwiesen daher auf die Möglichkeit, eine mobile Versorgung aufzubauen, die die wichtigsten diagnostischen Prozeduren Zuhause beim Patienten durchführen, nicht zwangsläufig durch eine ÄrztIn, sondern mittels speziell geschulter MFAs oder KinderkrankenpflegerInnen durchgeführt werden könnte. So bemerkte eine ambulant arbeitende Kinderkrankenpflegerin und Asthma-Trainerin:

*„Ich denke, also Lungenfunktionsüberprüfung, die kann man auch mit einem mobilen Gerät machen. Die Inhalations-Überprüfung, das kann durchaus eine Krankenschwester machen oder eine MFA. Das machen wir in den Praxen ja auch, das macht nicht der Arzt. Genauso wie die Lungenfunktion. Die macht auch nicht der Arzt, die machen auch wir. Und über viele Jahre hat man mittlerweile auch die Erfahrung, dass der Arzt die gut einsehen und auswerten kann, beziehungsweise haben wir ja mittlerweile auch das Knowhow zu sagen, okay, diese LuFu ist eine Fehlende-Mitarbeits-LuFu, obwohl die total schlecht ist oder aber das ist eine LuFu und dem Kind geht es wirklich schlecht. Also, das kann man ja teilweise auch schon gut einschätzen, wenn man ein bisschen Berufserfahrung hat.“*

### 3.3.2.2 Tele-Medizin und digitale Versorgungs-Werkzeuge: Versorgung der Zukunft?

Auch wenn zwölf der Befragten der Auffassung waren, dass in Zukunft Tele-Medizin und Digitalisierung allgemein in der Asthma-Versorgung eine größere Rolle spielen sollte

*(N26: „Also, ich glaube, wir müssen sie mit einbeziehen (...) wir kommen da nicht mehr dran vorbei“)*

fiel bei zehn der Befragten die bisherige Bewertung von Tele-Medizin und „Asthma-Apps“ zur Unterstützung der Asthma-Versorgung reserviert und zurückhaltend aus.

*A05: „Ich kenne ein paar Studien und es gibt auch eine Cochrane-Analyse zu einer Schulung mit Apps. Das ist alles nicht so prall überzeugend.“*

Gründe seien vor allem die fehlende Attraktivität der Applikation für jugendliche NutzerInnen, sowie eine in der Regel geringe und nicht überprüfbare Qualität.

Als Haupt-Behandlungsmethode wurde sie von drei der ExpertInnen ganz klar abgelehnt, jedoch sei sie laut vier der Befragten sinnvoll eingesetzt, wenn sie zur vertrauensvollen Erfragung der Zweitmeinung einer ExpertIn (in diesem Fall die Kinder-PneumologIn) eingesetzt werde.

Fünf TeilnehmerInnen machten den Vorschlag, das Internet vermehrt für Webinare (im Sinne dezentraler Fortbildungen von Gesundheitsfachkräften) und Video-Instruktionen (zum Beispiel für die korrekte Inhalation) zu nutzen. Eine noch bessere Betreuung insbesondere in ländlichen Regionen wäre laut zwei der Befragten zu erreichen, wenn Pflege-Hinweise an die Familien direkt per Skype übermittelt werden könnten. So ein niedergelassener Kinder-Pneumologe:

*„Ja, im Prinzip (...), der Arzt skypt mit dem Patienten, guckt sich die Wohnung an über so eine, der kann ja zeigen, wo seine Schwachstellen sind und dann könnte man ja so eine Art Analyse machen (...), man skypt ja heutzutage auch innerhalb der Familie. Vielleicht kann man das ja auch mit dem Patienten machen, dass man über so einen Direkt-Kontakt, Face-Time oder Skype mit dem Patienten da in der Wohnung mal guckt, wie sieht das denn bei Ihnen aus? Da kann man sogar, da muss man nicht hinfahren zum Hausbesuch. Man könnte sich ja so eine Uhrzeit vereinbaren, wo man zusammen guckt, was ist denn bei Ihnen zu Hause los oder was können wir da verbessern?“*

## 3.4 Zusammenarbeit

### 3.4.1 Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren in der Asthma-Versorgung

#### 3.4.1.1 Allgemeine Bewertung

Elf der Befragten gaben an, dass sie keine typischen Probleme in der Zusammenarbeit mit anderen Professionen präsent hätten. Sieben verwiesen als Positiv-Beispiel auch insbesondere

auf die interdisziplinären Schulungs-Teams, und sieben gaben zudem an, dass PädiaterInnen (unter den ärztlichen Disziplinen) sehr gut für die interdisziplinäre und systemisch denkende Zusammenarbeit wären. So der Arzt einer Reha-Klinik:

*„Pädiater denken systemisch, weil die immer das System Familie im Kopf haben. Ich sehe es bei uns in der Klinik. Die Internisten bei uns, das sind Pneumologen. Die können, wenn wir Glück haben, kennen die die Lunge, wenn wir Pech haben, sogar nur die Alveole.“*

### **3.4.1.2 Herausforderungen**

Trotz der durchschnittlich guten Bewertung der Zusammenarbeit in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma wurden von einigen der Befragten auch ein paar Probleme genannt. Am häufigsten (insgesamt bei elf ExpertInnen) fiel hier der Begriff der Hierarchien zwischen den Berufsgruppen, an deren Spitze die ÄrztIn stehen würde, was zum Beispiel zur Folge hätte, dass Leistungen nicht delegiert würden, Kompetenzen anderer Berufsgruppen in Frage gestellt oder sich bei Asthma-Schulungen sogar mehr Geld für die gleiche Leistung genommen würde. Eine Asthma-Trainerin äußerte hierzu:

*„Die Ärzte nehmen sich immer mehr (lacht). Also, das ist einfach, ich denke, deswegen funktioniert auch unser Zentrum.“ (N19)*

Eine genauere Analyse der Stakeholder-Gruppen zeigt, dass auf das Problem der Hierarchie zwei Drittel der nicht-ärztlichen ExpertInnen und nur einer der dreizehn befragten ÄrztInnen darauf aufmerksam machte.

Vier der nicht-ärztlichen GesprächspartnerInnen waren der Meinung, dass die Anerkennung der Pflegeberufe noch immer sehr gering sei. Als ein weiteres Problem wurde auf die mitunter schlechte Kommunikation zwischen den beteiligten TherapeutInnen aufmerksam gemacht (n=8). Zwei wiesen zudem darauf hin, dass die Aufgabenteilung mitunter nicht gut geregelt sei.

Sieben der Befragten gaben an, dass zwischen niedergelassenen PädiaterInnen mitunter ein Konkurrenz-Denken aufkommen würde, mit der Angst, PatientInnen an mitbehandelnde Praxen zu verlieren. Eine weitere Herausforderung, insbesondere wenn es um die Vergütung neuer Leistungen gehe, sei zudem, wenn diese Leistungen vom gleichen Budget bezahlt werden müsste. Hierzu bemerkte die befragte Politikerin:

*„Das Problem ist, dass es vom Budget der niedergelassenen Ärzte kommen muss und vielleicht unter Umständen an den Schnittstellen zu stationärer Betreuung aus dem Krankenhaus-Topf oder aus den DRGs. Aber in der Regel, diese Team-Kiste, wenn man wirklich diesen Team-Gedanken fortsetzt, dann ist es eine Aufgabe der ambulanten Versorgung in erster Linie, wenn es um den ambulanten Bereich geht und da muss es aus*

*dem Budget dessen, was im Moment für die ambulante Versorgung vorgesehen ist, rausgehen. Und das ist auch insofern berechtigt, weil es ja zu einer Entlastung zu Ärzten kommt. In dem Moment, wo man eine bessere Betreuung der Patienten hat, indem man durchaus kostengünstigere Interventionen hat, die unter Umständen medizinische Interventionen sogar verhindern oder verzögen oder verbessern. Dann ist es ja auch gerechtfertigt, dass es im gleichen Budget-Bereich bleibt. Und das ist das Problem, woran genau diese neue Arbeitsteilung, die eigentlich wirklich patientenorientiert und angemessen ist, immer scheitert. Dass es im Prinzip vom ärztlichen Budget abgeht.“*

Genauso müssten zum Beispiel auch gut geschulte Praxis-MitarbeiterInnen wegen ihrer Qualifikation eine höhere Bezahlung erhalten, was einige Praxen vor Probleme stellen könnte.

Sind bei der Behandlung eines Patienten mehrere Disziplinen beteiligt, müssen notwendigerweise Daten ausgetauscht werden. Die Bewertung dieses Umstands im Hinblick auf Datenschutz fiel sehr verschieden aus. Sechs wiesen darauf hin, dass dies durchaus bedenklich sein, fünf wiederum waren der Meinung, dass dieser Daten-Austausch händelbar sei. Grundlage sei in erster Linie die explizite Zustimmung der PatientIn beziehungsweise in diesem Fall der Eltern (N07).

### **3.4.1.3 Erfolgsfaktoren**

Den Herausforderungen gegenüber stehen die Erfolgsfaktoren als Grundlage einer gelingenden interdisziplinären Zusammenarbeit in der Asthma-Versorgung. Als wichtigster Faktor stellte sich eine klare Aufgabenverteilung und das (Er)kennen eigener Grenzen heraus (n=13). Ebenfalls wichtig sei eine gute Kommunikation (n=10) und der regelmäßige Austausch zwischen allen an der Versorgung Beteiligten (n=7). In dieser Hinsicht ebenfalls Gewinn bringend sei das gegenseitige Kennenlernen der Arbeit und Kompetenz der fachfremden Profession (n=7). Förderlich sei außerdem, dass selbst erlebt werden würde, welche Vorteile eine Zusammenarbeit für alle Beteiligten zur Folge hat (n=5). Dienlich sei vor diesem Hintergrund auch eine gemeinsame Vision (n=3) und eine gemeinsame Terminologie (N24).

Grundlegend sei laut fünf der ExpertInnen zudem die gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung über Berufsgrenzen hinweg. Diese Anerkennung könne sich durch regelmäßige Fortbildungen und fachliche Förderung (n=2), sowie ein besseres Honorar ausdrücken (n=2). Hilfreich seien außerdem regelmäßige gemeinsame Qualitätszirkel.

Wichtig in Bezug auf die Angst von niedergelassenen ÄrztInnen, PatientInnen an andere Praxen zu verlieren, seien klare Absprachen zwischen den beteiligten TherapeutInnen, dass dies nicht geschehe (n=4).

#### **3.4.1.4 Wege zur Verbesserung**

Eine Idee, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Disziplinen der Asthma-Versorgung, aber auch der Gesundheitsberufe im Allgemeinen zu verbessern, war der Vorschlag, Abschnitte der Ausbildung gemeinsam und fachübergreifend durchzuführen. Als Beispiel wurde hier die Universität Düsseldorf genannt, wo Medizin-StudentInnen und angehende PhysiotherapeutInnen gemeinsame Projekt-Arbeit durchführen (N25).

Ebenso wurde diskutiert und in Erwägung gezogen, dass die digitale Patienten-Akte auch den TherapeutInnen die Kommunikation durch den Zugriff auf vorherige Therapien und Befunde erleichtern würde. In Bezug auf die Versorgung von asthmatischen Kindern aus bildungsfernen sozialen Schichten und vor dem Hintergrund ungleicher Gesundheitschancen machten drei ExpertInnen den Vorschlag, dass die Kompetenz, die in der Ausbildung zu den Frühen Hilfen erlangt wird, Bestandteil aller Berufs-Ausbildungen werden sollte.

In Bezug auf die zuvor erwähnte Problematik der Hierarchisierung zwischen den Berufsgruppen, merkten zwei der nicht-ärztlichen Interview-PartnerInnen an, dass es sinnvoll sei, in der medizinischen Ausbildung vermehrt Demut zu vermitteln, dass die ÄrztIn eben nicht alles wisse(n) und durchaus Kompetenzen abgeben und Aufgaben delegieren könne.

#### **3.4.2 Welche Institutionen könnten mehr an der Versorgung beteiligt werden?**

In diesem Abschnitt wird explizit auf den Einsatz verschiedener Institutionen und Berufsgruppen eingegangen, insbesondere auf Kitas und Schulen, den ÖGD und das Jugendamt. Gerade bei diesen drei Institutionen wurde von vier Befragten angemerkt, dass die föderale, beziehungsweise teilweise kommunale Organisation dieser Organe, durchaus eine Herausforderung in der flächendeckenden Umsetzung von (neuen) Maßnahmen sei. Hierzu bemerkte der Vertreter der DRV passend:

*„Bei uns zumindest in dem Bundesland sind die halt kommunal organisiert und dadurch ist es für mich jetzt hier als Kinderarzt schwierig in der Deutschen Rentenversicherung auf einen Schlag, alle zu erreichen. Also, ich konnte quasi, ich habe von meinem Heimatort kannte ich die Kollegin und habe mich dann so weiter gehandelt. Weil wir es jetzt auch von Case Management hatten. Das sind so ganz simple Probleme, die aber auch sehr viel Zeit kosten. Bis man dann sozusagen alle Kinder- und Jugendärzte, die im ÖGD arbeiten, bis man die beisammen hat, das dauert schon. Nur, um sie für irgendeine Fortbildung einzuladen.“*

### 3.4.2.1 Kita/Schule

Laut den ExpertInnen sei eine Herausforderung im Einbezug von Kitas und Schulen, dass insbesondere für LehrerInnen andere Problematiken mit Schülern, wie zum Beispiel ADHS, eine höhere Relevanz für den Alltag hätten als Asthma. Der Vertreter einer Nachsorge-Organisation hierzu:

*„Asthma ist nicht das Thema, was die Lehrer sehr bedrängt. Die ADHSler oder eine Störung des Sozialverhaltens, ja, der nervt in der Klasse ganz anders wie einer, der mal ein bisschen vor sich hin giemt. Also, kümmere ich mich doch etwas mehr um den, der mir meinen Unterricht versaut, wie um denjenigen, der halt gerade ruhig ist, weil er eben schlecht Luft kriegt, so lange der nicht umfällt.“*

Dementsprechend sei wenig Wissen zu Asthma vorhanden (A09, N26) bei gleichzeitiger hoher Unsicherheit und Angst vor einem asthmatischen Anfall (n=6), und es komme immer wieder zu einer Diskriminierung von an Asthma erkrankten Kindern (n=6). Der Arzt einer Reha-Klinik sagte hierzu:

*„Also, am ehesten fallen mir da noch die Sportlehrer ein, die also Asthma als Entschuldigung für fehlenden Leistungswillen interpretieren.“*

Passend zu der Forderung, dass LehrerInnen verpflichtend in ihrer Ausbildung auch über die wichtigsten chronischen Krankheiten (Asthma als die häufigste chronische Krankheit im Kindesalter inklusive) fortgebildet werden sollten, erschienen LehrerInnen und ErzieherInnen in der Vergangenheit in der Regel nur, wenn die Ausbildung verpflichtend war (n=4). Hierbei merkten immerhin acht der ExpertInnen an, dass das Interesse und die Bereitschaft, diese Aufgabe anzunehmen, bei Kindertagesstätten stärker ausgeprägt seien als in Schulen.

Nichtsdestotrotz fiel laut sieben der Befragten die Rückmeldung derjenigen ErzieherInnen und LehrerInnen, die an den Schulungen teilnahmen, sehr positiv aus. Immerhin sechs der ExpertInnen zeigten Verständnis für das zurückhaltende Verhalten der LehrerInnen und wiesen darauf hin, dass diese ohnehin schon immer mehr Verantwortung übernehmen müssten und nicht auch noch mit der Versorgung von chronisch erkrankten, beziehungsweise an Asthma erkrankten Kindern überladen werden sollten (n=6). Ein Reha-Arzt bemerkte hierzu:

*„Die Frage ist, wofür sollen Kitas und Schulen denn noch alles zuständig sein? Also, ich erlebe, wir alle erleben zunehmend, dass die Erziehungskompetenz der Eltern zunehmend auf Schule und Kita abgewälzt wird. Und wenn Sie jetzt auch noch um die chronische Erkrankung kümmern sollen, des Kindes, halte ich das für eine Überforderung der Lehrer.“*

Trotzdem äußerten drei der ExpertInnen explizit, dass das Ziel sein sollte, zum einen mehr für chronische Krankheiten sensibilisieren und eine adäquate Inklusion zu betreiben. Es wurde

außerdem die Möglichkeit des Einsatzes einer SchulkrankenschwesterIn genannt (n=6) wie sie bereits an einer privaten Schule in Berlin und nun auch an zwanzig Brandenburger Schulen modellhaft erprobt wird. Zu diesem Thema bemerkte eine befragte Schulpflegefachkraft:

*„Deswegen kämpfe ich für Schulkrankenschwestern als flächendeckendes Angebot, das ist langfristig viel billiger. Die ganzen Lehrer jetzt auch noch in die medizinische Verantwortung zu bringen, die dann natürlich auch mehr Geld bekommen, weil sie eine neue Kompetenz erwerben, halte ich für nicht sinnvoll. Warum? Die müssen zwar das Notwendigste wissen, das ist schon richtig, und das sage ich ihnen auch: "Es nützt euch nichts, dass ich hier auf dem Campus bin. Denn auf die Klassenfahrt kann ich nicht mitfahren. Ihr müsst schon Bescheid wissen." Aber die Lehrer befähigen, damit besser umzugehen, das macht eine Schulkrankenschwester einfach gut, etwas pragmatisch und darum glaubwürdig. Das funktioniert ja in den anderen deutschen internationalen Schulen auch, und auch in anderen Ländern.“*

Immerhin vier der Befragten schlugen zudem vor, Gesundheitskompetenz in den Schulen innerhalb des Unterrichts direkt an die Kinder zu vermitteln. Denkbar seien zum Beispiel Kooperationen zwischen ÄrztIn, Biologie- und Mathematik-LehrerIn, um das erforderliche Wissen anschaulich und am Beispiel einer jeweiligen Krankheit zu lehren (N22).

#### **3.4.2.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)**

Auch wenn laut sieben der ExpertInnen der ÖGD eine aktivere Rolle in der Asthma-Versorgung von Kindern und Jugendlichen spielen sollte, fiel die Bewertung seiner bisherigen Tätigkeit nicht besonders positiv aus. So äußerten elf der Befragten, dass der ÖGD so gut wie nichts in der Versorgung übernehmen würde und zehn zogen zudem in Zweifel, ob der ÖGD überhaupt über angemessene Ressourcen in Bezug auf Kompetenz und Arbeitskraft verfügen würde. Ein Arzt äußerte sich bezüglich des ÖGD wie folgt:

*„(Die Beteiligung des ÖGDs an der Asthma-Versorgung) findet im Moment nicht statt, deswegen kann ich über die Rolle nichts sagen. Ganz einfach und platt. Ich denke, es gibt welche in den Gesundheitsämtern. Ich weiß nicht, ob Frühe Hilfen darüber geht. Bei den ganz Kleinen ja, vielleicht. Aber sonst so, das was wir normalerweise erleben hier. Da hat der ÖGD eigentlich gar keine Funktion.“*

Fünf der Befragten machten darauf aufmerksam, dass der ÖGD keine Individualversorgung übernehmen sollte. Vielmehr könne der ÖGD Kitas und Schulen in Bezug auf Asthma beraten oder auch die zuvor erwähnte Schulung von ErzieherInnen und LehrerInnen übernehmen (n=10). Elf der Befragten sprachen sich zudem dafür aus, dass der ÖGD die verpflichtende Schul-Eingangsuntersuchung stärker nutzen könnte zum Screening von Krankheiten und Risikofaktoren und zur Beratung in Bezug auf Gesundheitsfragen. Hierzu ein Reha-Arzt:

*„Das heißt, es geht, wenn überhaupt um eine Art von Screening oder in einer Art von Früherkennung eines Asthma bronchiale. Da muss man sich überlegen, für wen machen wir das? Das heißt, wenn die ihre Einschulungs-Untersuchung machen, werden die sicher bestimmte Fragen stellen und werden dann dort Leute mit gravierenden Symptomen erwischen. Leute mit weniger stark ausgeprägtem Asthma erwischen sie nicht. Und das ist in meinen Augen nicht schlimm.“*

Weitere Aufgaben könnte die Funktion als Beratungszentrum für chronische Erkrankungen im Allgemeinen sein (n=5), die Sammlung und Auswertung gesammelter epidemiologischer Gesundheitsdaten sein (n=3) oder auch die Koordinierung von Leistungen innerhalb des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems (n=2). Immerhin fünf der Befragten sprachen sich für eine individualmedizinische Versorgung aus. Diese schlugen den Einsatz einer Gemeindeschwester – unter anderem nach britischem Vorbild – vor, welche durchaus auch Hausbesuche vornehmen könne. Eine Pflegekraft, die unter anderem in der ambulanten Versorgung arbeitet, erinnerte diesbezüglich an bereits bestehende Dienstleistungen dieser Art in der Vergangenheit:

*„Vor vielen Jahren da hat es, in verschiedenen Bereichen Deutschlands, gab es die Mütter-Beratungen, hat man die genannt oder die Gemeinde-Krankenschwester, die ja auch den Gesundheitsämtern häufig unterstellt gewesen sind. Und diese Berufszweige sind ja vollständig ausgestorben und abgeschnitten und ich glaube, das würde Sinn machen, die dann nochmal zu etablieren.“*

### **3.4.2.3 Jugendamt**

Das Jugendamt sei direkt bisher so gut wie nicht an der Asthma-Versorgung beteiligt (n=2). Der Kontakt käme vielmehr vereinzelt durch FamilienhelferInnen zustande (n=6) oder es würde – ebenfalls unabhängig von der Asthma-Erkrankung – bei besonders schwierigen Familien ab dem Zeitpunkt der Kindeswohlgefährdung hinzugezogen (n=6). Besonders wichtig für einen eventuellen Einbezug in der Zukunft sei der Umstand, dass das Jugendamt bei Eltern sehr unbeliebt sei und eine Zusammenarbeit von deren Seite häufig vermieden würde (n=4). Ein Arzt sagte hierzu:

*„Weil: wenn ein niedergelassener Kollege das Wort mit "J" in den Mund nimmt, dann passiert nämlich genau das, was die befürchten: Der Patient ist weg.“*

Es wurde zudem angemerkt, dass MitarbeiterInnen des Jugendamts zwar äußerst kompetent seien im Umgang mit sozialen Problemen (n=4), jedoch über wenig medizinisches Wissen verfügten (n=3). Auch wenn die Aussagen eher gegen einen stärkeren Einbezug des Jugendamts sprachen, forderte immerhin ein Experte, dass eine bessere Schulung von MitarbeiterInnen des Jugendamts in medizinischen Kenntnissen sinnvoll sei (N24).

#### 3.4.2.4 Sozialpädiatrische Zentren (SPZs)

In Bezug auf das SPZ stellte sich in den Interviews eine grundlegende Frage heraus: Sollen SPZ überhaupt Teil der Asthma-Versorgung werden? Hierzu zeigten sich sowohl BefürworterInnen (n=7) als auch entschiedene GegnerInnen (n=4). Eine niedergelassene Ärztin sprach sich wie folgt für einen verstärkten Einbezug aus:

*„Also ich denke in ein SPZ gehören chronisch kranke Kinder, egal welche. Entwicklungsverzögerte oder behinderte Kinder und halt chronisch Kranke. Und für mich wären SPZs, weil Sie da dieses interdisziplinäre Team haben, die idealen Partner für Schulungen. Egal welcher Art, ob es Adipositas ist, ob es Diabetes ist oder Asthma. Das wäre für mich im Prinzip die beste Institution, dort die Kinder zu schulen.“*

Ein niedergelassener Kinder-Pneumologe sprach sich bezüglich des Einbezugs von Sozialpädiatrischen Zentren hingegen klar und deutlich dagegen aus:

*„Die (SPZs) gehören da auch nicht hin (...) und wenn Sie sich mit Kinder- und Jugendpsychiatern unterhalten und eine Reihe Freunden von mir sind Kinder- und Jugendpsychiater, dann kriegen die einen Tobsuchtsanfall, wenn sie hören, dass in den SPZs andere als mehrfach Behinderte sind. Die SPZ sind im engeren Sinne eigentlich nicht dazu da, dass da jeder "chronisch Kranke" betreut werden soll. Es gibt aber nicht wenige Uni-Kliniken, die das derbe missbrauchen. Die also die Diabetiker, weil das im Alltag nicht ordentlich bezahlt wird, in die SPZs schleusen (...) Wenn hier in meiner Stadt einer mit der Idee käme, dass jetzt die Asthma-Patienten im SPZ betreut werden, dann würde das auf meinen erbitterten Widerstand stoßen. Chronisch Kranke jenseits von Mehrfach-Behinderung in SPZ zu betreuen, ist ein Missbrauch dieses Systems.“*

#### 3.4.2.5 Weitere

Neun der Befragten machten auf die wichtige Stellung der Physio-TherapeutIn in der Asthma-Versorgung aufmerksam. Immerhin sieben ExpertInnen wiesen auf die besondere Bedeutung der PsychologIn in der Umsetzung von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und bei psychosozialen Problemen innerhalb der Familie hin. Zwei der TeilnehmerInnen sprachen sich zudem für eine wichtige Kooperation zu Sport-TherapeutInnen und -Vereinen aus.

### 3.5 Notwendigkeit der Beratung durch Pflegekräfte

Die Befragung setzte sich vor allem mit dem Thema auseinander, wie eine bessere Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma in Deutschland verbessert werden kann. Um diese Frage zu beantworten wurden wie bereits zuvor erwähnt, die Risikofaktoren explizit angesprochen und diskutiert, aber auch einer allgemeinen Bewertung der Versorgung Raum

gelassen. Bereits sehr früh äußerten die ExpertInnen in den Interviews spontan, dass der Einsatz einer „ambulanten Pflegekraft“ (N02) „study nurse“ (A03) oder auch „Case Managements“ (N04) sinnvoll sei. Es wurde zudem darauf aufmerksam gemacht, dass ambulante Asthma-Pflege vereinzelt bereits angeboten und durchgeführt würde (N02). Dementsprechend wurden im Verlaufe der Interviews Fragen, die explizit das Thema häusliche Pflege und Case Management betrafen, hinzugefügt und in den Gesprächen diskutiert. Auch wenn beide Begriffe und auch deren zugehörigen Aufgaben sowohl in der Literatur als auch in den Interviews manchmal nicht wirklich trennscharf sind und waren, wird in dieser Darstellung der Ergebnisse eine Unterscheidung zwischen hauptsächlich pflegerischer Tätigkeit und der eher koordinierend und vernetzend agierenden Case-Management-Arbeit unterschieden.

Insgesamt 17 der ExpertInnen (61 %) sprachen sich für eine gesonderte pflegerische Betreuung aus und 15 (54 %) für ein an den Bedarf ausgerichtetes Case Management. Schon früh wurde angemerkt, dass eine solche Versorgung nicht für alle Asthma-kranken Kinder finanzier- und steuerbar, sondern ein Index zur Bedarfsermittlung sinnvoll sei (A05). Dieser wird in Kapitel 3.6.3 „Indikationen für den Einsatz von Case ManagerInnen in Bezug auf Case Management“ diskutiert.

### **3.5.1 Problem/Bedarf**

Insgesamt von 15 der ExpertInnen wurde angemerkt, dass der ÄrztIn die angemessene Zeit oder respektive eine angemessene Leistungsvergütung fehle, um ein ausreichendes und ausführliches Beratungsgespräch mit der PatientIn, beziehungsweise den Eltern zu führen. Eine ausführliche Beratung durch Pflegekräfte sei demnach gegebenenfalls bei Erst-Vorstellung in der Praxis der Kinder-PneumologIn möglich (A12) oder aber wenn es sich um eine Privat-PatientIn handle, da die PKV dies auch ausreichend entlohnen würde (n=3). Dies habe zur Folge, dass laut sechs der ExpertInnen KinderärztInnen so gut wie keine Hausbesuche mehr durchführen würden und im Allgemeinen auch so gut wie keine Beratung durch Pflegekräfte in der Versorgung stattfindet (n=4). Dem gegenüber steht ein sehr hoher Beratungs- und Informationsbedarf bei den betroffenen Eltern (n=6). Ein ehemals stationär arbeitender Kinder-Pneumologe bemerkte diesbezüglich:

*„Manche Familien haben ja kein Problem, man muss nur den Rahmen haben, dass man überhaupt in so ein Gespräch kommen kann, was ja dann die Medizin aufwerten würde, weil dann eben Schulmediziner, weil die Patienten dann auch merken: Oh, auch da wird ja ganzheitlich gedacht. Ich werde mit einbezogen und ich werde nicht nur einmal abgehört*

*und ein Rezept geschrieben, ne? Das ist jetzt etwas überspitzt. Aber so ist das Erleben hier für viele Eltern.“*

Auch gegenüber Hausbesuchen sprachen sich fünf der Befragten dafür aus, dass Eltern auch sehr empfänglich für Hausbesuche seien. Hierzu der Vertreter der Nachsorge-Einrichtung:

*„Da sagen die Familien: "Wie? Wunderbar! Die nette Krankenschwester kommt zu mir nach Hause oder der Sozialpädagoge, der schon dreimal da war. Der darf natürlich kommen, wunderbar!" Gibt es im Regelfall bei über 95 %, 97 % immer die Zustimmung, immer das Okay und immer die sehr positive Aufnahme der Nachsorge.“*

Passend dazu gaben fünf der ExpertInnen an, dass Eltern bisweilen große Angst vor und Unsicherheit im Umgang mit Asthma haben. Ein niedergelassener Kinder-Pneumologe wies in diesem Zusammenhang auf die Literatur hin:

*„Es gibt eine Forsa-Umfrage, vor welchen Krankheiten sich Eltern in Deutschland am meisten fürchten bei Kindern. Da steht an erster Stelle Neurodermitis. An zweiter Stelle Asthma, an fünfter Stelle Heuschnupfen. Interessanterweise steht dort nicht Krebs oder anderes, sondern da stehen diese häufigen Krankheiten.“*

Demnach fühlten sie sich nicht ausreichend durch die ÄrztIn informiert (n=3) und trauten sich auch oftmals nicht in der überfüllten Arzt-Praxis ausführlich nachzufragen (n=5). Begleitphänomene sind auch nach wie vor (n=5), dass Eltern Angst oder zumindest erhöhte Vorsicht gegenüber der Behandlung mit Cortison hegen und dass die Hälfte der Befragten darauf hinwies, dass die Adhärenz nicht besonders gut sei. Hierzu ein Reha-Arzt:

*„Und pi mal Daumen können Sie sagen, im Schnitt sind 50 % der Patienten compliant, also nehmen mehr als 75 % der Medikamente; und die anderen 50 % nicht.“*

### **3.5.2 Aufgaben**

Die Aufgaben einer umfassenden pflegerischen Versorgung für an Asthma erkrankte Kinder und betroffene Familien mit erhöhtem Bedarf (siehe Kapitel 3.6.3, Indikationen für einen gesonderten Bedarf) bezogen sich insbesondere auf Hausbesuche (n=12). Innerhalb dieser Hausbesuche könnten die eingesetzten Kräfte direkt die Gesundheitskompetenz der Familien stärken und in Alltagsfragen bezüglich Asthma und Allergie beratend tätig sein (n=15). So wünschte sich eine Asthma-Trainerin:

*„Und was ich mir wirklich wünschen würde, wäre einfach eine Begleitung der Familien, also ich merke ganz häufig, dass die Familien zwar ärztlich versorgt sind, aber letztendlich diese doch weiterführende Begleitung, Fragen, die im Alltagsleben immer wieder auftauchen.“*

Weiterhin könnte hier auch die richtige Medikamenten-Einnahme (in Bezug auf Asthma primär die Inhalationstechnik) überprüft und je nach Notwendigkeit geschult werden (n=11). Eine Mitarbeiterin der Frühen Hilfen und ehemalige stationär arbeitende Kinderkrankenpflegerin meinte in Bezug auf manche ehemalige PatientInnen:

*„Mensch, der müsste nicht hier im Krankenhaus liegen, wenn irgendjemand der Familie zu Hause mal zeigen würde, wie inhaliere ich.“*

Ebenso könnten Probleme wie die Reduktion der Tabak-Exposition direkt vor Ort angegangen werden (n=7). Grundsätzlicher Vorteil eines solchen Vorgehens sei der niederschwellige Zugang und auch die Nähe einer Gesundheits- und KrankenpflegerIn oder MFA (n=12), der ja auch schon explizit in Bezug auf die Änderung des Rauch-Verhaltens hervorgehoben wurde (siehe Kapitel 3.2.2.2 Herausforderungen im Umgang mit Rauchverhalten). Eine ambulant arbeitende Kinderkranken-Pflegerin sagte hierzu:

*„Wir müssen einfach noch jemanden schicken, der keinen Dokortitel hat. Ich denke auch, dass es für das Pflege-Personal einfacher ist, sich mit den Eltern zu verständigen, um das mit denen noch einmal zu besprechen als wenn es jemand aus dem akademischen Bereich ist. Weil einfach die Hemmschwelle, Fragen zu stellen, bei den Eltern nochmal eine ganz andere ist.“*

### **3.5.3 Herausforderungen in der Umsetzung**

Auch wenn diese Maßnahmen sicherlich einen Gewinn für viele Familien bringen könnte, machten einige der Befragten auch auf mögliche Schwierigkeiten in der Umsetzung aufmerksam. So sei selbstredend die Finanzierung einer solchen Leistung nach wie vor ungeklärt und nicht gesichert. Außerdem wiesen auch vier der Befragten darauf hin, dass ein solches umfassendes und gegebenenfalls nicht gut koordiniertes Betreuungs-Angebot mitunter auch zu einer Überfrachtung und Überforderung der Familien kommen könne. Hierzu eine Mitarbeiterin der Frühen Hilfen:

*„(Wir) versuchen natürlich auch die Familien nicht zu überlasten, denn es kann auch irgendwann stressig werden, wenn ständig jemand kommt.“*

### **3.5.4 Blick in die Zukunft**

In Bezug auf die entscheidende Frage der Finanzierung machten drei der Befragten den Vorschlag, dass die Mittel des Präventionsgesetzes ein Instrument sein könnten, um eine solche umfassende pflegerische Versorgung zu finanzieren. Es wurde außerdem berichtet, dass die DRV bereits einen Workshop zum Thema des Case Managements abgehalten hatte (A26) und

dass auch der Wunsch besteht, ein ambulantes Pflege-Angebot gegebenenfalls durch die DRV vergüten zu lassen (N19). Ein Reha-Arzt äußerte zudem die Idee, vor einem indizierten Reha-Aufenthalt, einen Hausbesuch mit einleitender pflegerischer Betreuung einzuleiten (A16). Wichtig sei es zudem, mehr über die Gründe von schlechter Adhärenz herauszufinden, da dies als der Haupt-Grund für eine Vielzahl schwerer Verläufe verantwortlich gemacht wird (A09). Als eine möglicherweise richtungweisende Entwicklung verwiesen drei der Befragten auf eine aktuell laufende Studie zum Thema ambulante Pflege von Kindern mit Neurodermitis in Kooperation mit der Charité Berlin und der Firma Beiersdorf.

### **3.6 Überlegungen zum Case Management**

*„Wenn Sie mich so fragen, meine Meinung ist mittlerweile (...) an Angeboten mangelt es irgendwie überhaupt nicht, das ist nicht unser Problem in Deutschland. Das ist überwiegend ein Koordinationsproblem.“ (ein niedergelassener Allgemeinmediziner).*

#### **3.6.1 Allgemeine Bewertung des Case Managements in Bezug auf Asthma**

Wie bereits zuvor erwähnt sprach sich mehr als die Hälfte der Befragten explizit für eine gesonderte Betreuung in Form von Case Management aus. Wichtig ist an dieser Stelle jedoch auch anzumerken, dass immerhin drei der Befragten der Auffassung waren, dass diese Form der Betreuung in Bezug auf Asthma übertrieben sei. So meinte ein niedergelassener Kinder-Pneumologe:

*„Aber ehrlich gesagt, käme ich nicht auf die Idee, dass ich mir einen Case Manager für meinen Asthma-Patienten wünschen würde. Da könnte man vielleicht sagen, man braucht überhaupt sozialpädagogische Familienhilfen für dysfunktionale Familien. Das ist etwas anderes. Aber das würde ich jetzt nicht speziell für Asthma kreieren.“*

Begründet wurde dies vor allem damit, dass die Asthma-Versorgung bereits gut und Asthma primär keine tödliche Krankheit ist. Mukoviszidose böte sich, laut Aussage eines das Case Management für Asthma ablehnenden Experten, eher als Krankheit an. Hier würde sich eine vergleichbare Organisation ganz besonders lohnen, da man nicht nur die Einschränkungen im Alltag lindern könne, sondern auch mit einer erheblichen Steigerung der Lebenserwartung zu rechnen sei. (A12).

Letztendlich zeigte sich jedoch auch in fünf Interviews, dass Case Management bereits in ambulanten Diensten stattfindet. Zum einen in Form der zuvor erwähnten ambulanten Pflege-Dienste, welche nicht nur pflegerische, sondern auch koordinierende Aufgaben übernehmen, als auch in Form der Arbeit der Frühen Hilfen.

Sechs ExpertInnen wiesen darauf hin, dass ein gutes Case Management zum einen die Effizienz der eingesetzten Leistung erhöhen, ebenso die Qualität der Versorgung verbessern als auch Kosten im Gesundheitssystem senken könne. Die befragte Politikerin meinte hierzu:

*„Weil es ja zu einer Entlastung der Ärzte kommt. In dem Moment, wo man eine bessere Betreuung der Patienten hat, indem man durchaus kostengünstigere Interventionen hat, die unter Umständen medizinische Interventionen sogar verhindern oder verzögern oder verbessern.“*

Immerhin zehn der Befragten begründeten dies, dass ein gutes Case Management zum einen ein angemessenes Assessment über den Bedarf erhebe und zum anderen gezielt und passend Ressourcen zuordnen könnte. So wäre durchaus die Anwendung des Case Managements in Form eines stufenbasierten und bedarfsorientierten DMP denkbar:

*„Also, angenommen, die Patienten mit dem DMP sind nun beim Niedergelassen und er hat, bleiben wir mal bei einem einfachen Intake-Fragebogen von seinen 200 Asthma-Patienten. Da sind 25 im roten Bereich, die brauchen mehr. Dann müsste er sich überlegen, die kriegen jetzt zum Beispiel im DMP die Nummer 2 als Einstufung, das heißt, ich kann mehr abrechnen, einen Case Manager könnte ich abrechnen und ich könnte nun entweder selbst das Case Management oder ich kann es vergeben, wie auch immer machen. Dann würde diese, dieser Patient, die Familie die entsprechende Person zusätzlich oder mehr Zeit vom Arzt oder MFA oder wer auch immer die Kompetenz hat, bekommen. Könnte durchaus vorstellen, dann hätte man eben ein abgestuftes Disease Management Programm mit, was weiß ich, eins, zwei, drei Ebenen“ (Vertreter einer Nachsorge-Einrichtung).*

### **3.6.2 Aufgaben**

Befragt nach den Aufgaben einer Case ManagerIn wurden vier Kern-Bereiche genannt. Zum einen solle eine Case ManagerIn selbst aktiv ein Versorgungs-Netzwerk mit allen notwendigen PartnerInnen aufbauen (n=5). Zum anderen sollte es jedoch auch zur Haupt-Aufgabe gehören, die betroffenen PatientInnen und Familien dabei zu unterstützen, sich im deutschen Gesundheits- und Sozialsystem zurecht zu finden und an die geeigneten DienstleisterInnen zu vermitteln (n=15). Weiterhin könnten Case ManagerInnen die Eltern und PatientInnen unterstützen, wenn es um die Erstreitung von Leistungen von zum Beispiel Krankenkassen oder Behörden ginge (n=6). Zudem könnten Case ManagerInnen auch im Umgang mit Kindertagesstätten und Schulen eine beratende Funktion einnehmen. Grundlegend sei zudem das Erkennen von Bedarf bei betroffenen Familien (n=4).

### **3.6.3 Indikationen für einen gesonderten Bedarf**

Wie bereits zuvor erwähnt, wurde zu einem frühen Zeitpunkt darauf verwiesen, dass weder eine pflegerische noch eine Case-Management-Betreuung für alle Kinder und Jugendliche mit

Asthma zu gewährleisten sei und daher auf die Notwendigkeit eines Indexes verwiesen, welcher insbesondere einer kleinen Gruppe von besonders hilfsbedürftigen Familien oder Kindern mit besonders schwerem Verlauf zukommen sollte (A05). In der Folge werden daher die von den ExpertInnen genannten Kriterien in absteigender Häufigkeit der Nennung aufgelistet:

- Ab Schweregrad III, beziehungsweise nicht-kontrolliertes Asthma (n=8)
- Dysfunktionale Familien, bzw. Erziehungsprobleme (n=7)
- Sprachprobleme oder kulturelle Schwierigkeiten (n=6)
- Chronische oder psychische Ko-Morbidität beim Kind (n=6)
- Chronische oder psychische Ko-Morbidität bei Eltern (n=6)
- Große Unsicherheit der Eltern im Umgang mit der Erkrankung (n=5)
- Asthma bedingter stationärer Aufenthalt (n=5)
- Alleinerziehende Mutter/Vater (n=5)
- Finanzielle Probleme der Eltern (n=5)
- Rauchende Eltern (n=3)
- Soziale/Sportliche/schulische Teilhabe des Kindes eingeschränkt (n=3)
- Keine Teilnahme an Asthma-Schulung möglich (n=3)
- Schlechte Lungenfunktion (n= 2)

#### **3.6.4 Geeignete Berufsgruppen**

Die Arbeit sollte unter anderem auch die Frage beantworten, inwiefern eine engere Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und Sozialsektor stattfinden sollte. Wie bereits zuvor erwähnt kann in diesem Zusammenhang nicht immer trennscharf zwischen einer im Vordergrund stehenden ambulanten Pflege-Leistung und einer vor allem koordinierend tätigen Case-Management-Arbeit unterschieden werden. In Bezug auf die pflegerische Tätigkeit sprachen sich 14 ExpertInnen dafür aus, dass diese Arbeit durch eine professionelle Pflegekraft ausgeführt werden sollte, beziehungsweise 11 zogen auch den Einsatz einer passend ausgebildeten MFA in Betracht. Jeweils drei der Befragten erwogen zudem den Einsatz einer Hebamme, einer PsychologIn oder auch einer SozialarbeiterIn für diese Arbeit. Immerhin sechs der Befragten äußerten im Gegensatz dazu explizit, dass diese Arbeit nicht durch eine SozialarbeiterIn ausgeführt werden sollte.

Ging es vor allem um die reine Arbeit als koordinierende Case ManagerIn, erweiterte sich das Spektrum um die ÄrztIn (n=3). Die Empfehlung des Einsatzes von SozialarbeiterInnen erhöhte sich auf insgesamt fünf ExpertInnen-Meinungen.

### **3.6.5 Fortbildung/Kompetenz**

Sieben ExpertInnen waren der Meinung, dass die Case ManagerIn entweder eine Ausbildung als Asthma-TrainerIn oder PräventionsassistentIn vorweisen sollte. Als Basis sahen sieben der Befragten grundlegende medizinische Kenntnisse, nicht nur in Bezug auf Asthma, an. Sieben gaben jedoch auch an, dass interkulturelle beziehungsweise Sozialarbeiter-Kompetenz durchaus hilfreich für die Ausübung dieser Tätigkeit sei. Zwei ExpertInnen hoben hervor, dass Arbeitserfahrung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen quasi Bedingung wäre.

### **3.6.6 Verortung der Case ManagerIn/Koordination**

Dann stellte sich auch die Frage, wo eine Case ManagerIn am besten lokalisiert beziehungsweise auch angestellt wäre, wobei auch bereits der Vorschlag gemacht und auch in der Realität praktiziert wird, freiberuflich auf Honorar zu arbeiten. Am häufigsten (n=11) wurde genannt, dass ein primäres Assessment bei der niedergelassenen PädiaterIn erfolgen sollte, die dann weitervermittelt. Zwei waren der Meinung, dass eine Case ManagerIn wegen der vermehrt auftretenden schwierigen Fälle bei der niedergelassenen Kinder-PneumologIn angestellt sein sollte. Ein weiterer Vorschlag war, dass eine Case ManagerIn auch nicht streng einer Praxis zugeordnet sein sollte, sondern auch PatientInnen aus mehreren Praxen betreuen könnte.

Als weiterer Vorschlag in Bezug auf den Ort der Bedarfserkennung wurde der Ort der Asthma-Schulung genannt, welche in einigen Regionen als Zentrum organisiert ist und sich geradezu wegen der Zusammenkunft vieler verschiedener Disziplinen für Case Management insbesondere anbietet. Weitere Orte, an denen der Einsatz eines Case Managements Sinn machen würde, seien zudem die stationäre Kinder-Klinik (A09), die Hochschul- oder Klinik-Ambulanz (n=3) oder auch eine Reha-Klinik (n=3). Vier ExpertInnen sprachen sich zudem für ein in einer Nachsorge-Einrichtung organisiertes Case Management aus.

### **3.6.7 Herausforderungen in der Umsetzung des Case Managements**

Auch wenn bereits die breit gefächerten Vorteile des Case Managements genannt wurden, lassen sich auch eine Reihe von Herausforderungen erkennen. Wie die Vergütung von Pflege-Leistungen eine Herausforderung darstellt, findet sich dies auch in Bezug auf Case Management. So würden Anträge auf sozialmedizinische Nachsorge von Krankenkassen häufig im ersten Versuch abgelehnt und seien in Bezug auf Asthma ohnehin sehr selten und ohne Begleit-Erkrankung nicht durchzusetzen (N17). Träger der Nachsorge könnten daher häufig nur durch Rückgriff auf Spenden die Nachsorge für PatientInnen finanzieren (N17). Zusätzlich

wurde angemerkt, dass ohnehin hohe Fallzahlen notwendig wären, um überhaupt die gewünschten Leistungen zu finanzieren und mit der nötigen Qualität durchzuführen (n=3). Dies habe insbesondere eine Relevanz, wenn es um die Frage der Verortung einer Case ManagerIn gehe.

Dreizehn der ExpertInnen gaben an, dass Akut- und Reha-Kliniken so gut wie über kein Entlass- oder Nachsorge-Management verfügen würden. Es wurde ja bereits erwähnt, dass die Terminologie von Case Manager, beziehungsweise Case Management im Allgemeinen, etwas unklar und unbekannt sei. Fünf der Befragten wiesen auch auf diesen Umstand hin. Dies führte der Vertreter der Nachsorge-Einrichtung sehr ausführlich aus:

*„Womit es immer Schwierigkeiten gibt, ist das Wort 'Case Management' dem Patienten zu erklären, weil Case ist ein Fall und da kommt jetzt ein Manager. Damit haben die immer Schwierigkeiten. Das heißt, wenn bei uns der Nachsorge-Mitarbeiter kommt, dann ist das völlig okay und wenn das die Kinderkrankenschwester ist, die den Patienten sieht und wird als Kinderkrankenschwester und nicht als Case Managerin vorgestellt. Die Persönlichkeit ist es, die dann akzeptiert wird. Es gelingt auch noch nicht gut genug, klarzumachen, dass wir Case managen. Sondern wir werden als Begleiter, als Helfer, als Pflegekraft, wie auch immer angesehen, aber nicht als dieser Case Manager, der eben Hilfe zur Selbsthilfe gibt, der unterstützt, damit ich selber kompetent werden und so weiter. Das ist noch eher zu wenig, was bei uns auch daran liegt, dass die Profession der Pflegenden mit dem Verständnis des Case Managements auch immer ein bisschen schwer tut, weil die sind die 'Helfer' und nicht die 'Manager'.“*

*Interviewer: „Fällt Ihnen denn oder sind Sie der Meinung, wir sollten einen anderen Begriff dafür finden?“*

*B: „Ist eine ganz schwierige Diskussion: ich glaube, wir sollten uns nicht verkünsteln. Ich glaube, wir sollten beim Begriff Case Manager bleiben, den ganz kontinuierlich etablieren und zeigen, dass das jetzt kein schrecklicher Manager ist (...) sondern dass das eine Person im Gesundheitswesen ist, deren Bezeichnung jetzt nach und nach etabliert wird. Früher war es der Hausmeister, heute ist es der Facility Manager, da kriegt auch keiner die Krise. Vielleicht kann man das Ganze nach und nach mit etablieren (...) Und wenn das von allen ganz klar ist: 'Ja, ich darf Ihnen vorstellen. Neben mir die Diabetes-Beraterin, nebendran sitzt die Case Managerin und hier ist der Doktor und wir werden Sie so jetzt begleiten.' Dann ist das so.“*

### **3.6.8 Wege zur Verbesserung**

Die Verwendung von Case Management zeigte sich laut der Befragten vor allem sinnvoll in Form einer Reha-Nachsorge. Auch bei der Antrag-Stellung für eine stationäre Rehabilitation seien laut vier der Befragten die Dienste einer Case ManagerIn angeraten. In Bezug auf den Erwerb von Case-Management-Kompetenz forderten zwei der Befragten, dass dies der ÄrztIn innerhalb seiner Ausbildung vermittelt werden sollte, da dies die einzige Berufsgruppe sei, von

der keine Fortbildung in Case Management gefordert wird. Wiederum führte der Vertreter der Nachsorge-Einrichtung dies sehr ausführlich aus:

*„Bei uns in der Nachsorge wird von allen verlangt, dass sie Kompetenzen im Case Management erwerben oder nachweisen außer vom Arzt. Da geht die Krankenkasse davon aus, dass er es hat. Die Ärzte wissen zwar, wie man Case Management schreibt, haben sich damit auch befasst ein Stück, aber wirklich Case Management umzusetzen, machen extrem wenige in Deutschland (...) Und ich glaube, da ist ein großes Problem, da der Arzt als Entscheider im deutschen Gesundheitswesen etabliert ist, dass er diese Case-Management-Kompetenz nicht erwerben kann, während der Ausbildung oder danach. Und wenn er diese erwerben könnte, könnte er auch viel besser delegieren. Weil dann könnte er sicher einen Case Manager einstellen oder mit mehreren Praxen einen, der dann die Aufgabe kriegt und der Arzt müsste ja nur schauen, im Sinne der Hintergrund-Steuerung, dass der Case Manager das Richtige tut, beziehungsweise Anamnese abklären, ob alles abgefragt ist, Hilfeplanung nochmal durchgehen und nachher diese Vernetzung kann der Case Manager tun, das braucht der Doktor ja nicht zu machen.“*

Außerdem wurde von zwei ExpertInnen darauf hingewiesen, dass der Schlüssel zum Erfolg die Organisationsebene sei. Das fehlende Verständnis hierfür habe dazu geführt, dass viele Kinder-Kliniken Case Management eingeführt, dies dann jedoch wegen ausbleibenden Erfolgs wieder abgeschafft haben.

## 4 Diskussion

### 4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Es erfolgte erstmals eine Befragung von 28 ExpertInnen aus verschiedenen Disziplinen und Berufsfeldern zu der Frage, inwiefern die Asthma-Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in Bezug auf den Umgang mit ausgewählten Risikofaktoren und interdisziplinärer Zusammenarbeit verbessert werden kann. Die Untersuchung zeigte, dass der Umgang mit dem Risikofaktor Rauchen aufwendig und mitunter frustrierend ist und dass bessere Gesprächsführung, eine Eindämmung der passiven Rauch-Exposition und makropolitische Maßnahmen zur Eindämmung der öffentlichen Rauch-Exposition zu den wichtigsten Maßnahmen für die Reduktion gegenüber diesem Risikofaktor zählen. In Bezug auf ungesunde Wohnbedingungen waren die ExpertInnen weitestgehend der Meinung, dass die Familien hier in der Regel die wichtigsten Maßnahmen befolgen. Viele der Befragten zweifelten an einem kausalen Zusammenhang zwischen Adipositas und Asthma, machten sich aber generell dafür stark, dass bei adipösen Kindern – unabhängig von einer weiteren Erkrankung - Angebote zur Bewegungsförderung und Gewichtsreduktion angeboten werden sollten. Als die wichtigste Forderung ergab sich die Befürwortung einer umfassenden ambulanten Beratung durch ausgebildete PflegerInnen oder Medizinische Fachangestellte, welche zukünftig insbesondere bei Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf Hausbesuche, allgemeine und asthma-spezifische Beratung im Alltag und der Therapie, sowie koordinierende Case-Management-Arbeit umfassen sollte.

In Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma als positives Vorbild gelten. Bestes Beispiel sind hierbei die verpflichtend interdisziplinären Schulungs-Teams. Nichtsdestotrotz wurde von einigen ExpertInnen die Hierarchie zwischen den verschiedenen Berufsgruppen mit der ÄrztIn an der Spitze kritisiert und als hemmend beschrieben. In Bezug auf die (verstärkte) Beteiligung anderer Institutionen, empfahlen viele eine Basis-Ausbildung für ErzieherInnen und LehrerInnen über die häufigsten chronischen Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Außerdem war weiterhin der Wunsch zu erkennen, flächendeckend Schulpflegefachkräfte einzuführen. Es wurde vom ÖGD gefordert, sich mehr an der Asthma-Versorgung zu beteiligen. Neben mehreren Vorschlägen zur Beteiligung wurde insbesondere angemerkt, die verpflichtende und durch den ÖGD durchgeführte Schul-Eingangsuntersuchung vermehrt zum Erkennen von Krankheiten und zur Gesundheitsberatung zu nutzen. Ein vermehrter Einfluss in gesundheitliche Fragen durch Träger der Sozialhilfe wurde weitestgehend auf Grund mangelnder medizinischer Kompetenz der jeweiligen Mitarbeiter abgelehnt.

## 4.2 Diskussion der Methodik

Wie jede qualitative Untersuchung kann auch diese Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben (103), da einerseits ein Selektions-Bias anzunehmen ist und auch ExpertInnen niemals neutral sein können (104). Um dem entgegen zu wirken, wurde darauf Wert gelegt, möglichst vielen ExpertInnen aus verschiedenen Feldern und Blickwinkeln die Möglichkeit zu geben, ihre Perspektive darzulegen. Zudem spielt auch bei der Datenerhebung eine wichtige Rolle, dass auch Interviews nicht frei sind von sachfremden und potentiell verzerrenden Einflüssen, wie z.B. sprachliche oder fachliche Kompetenz der InterviewerIn, Sympathie oder Antipathie zwischen InterviewerIn und Interviewten, oder auch geschlechtsspezifische Verzerrungen. Dies sollte nicht als grundsätzlicher Einwand gegen qualitative Experteninterviews angesehen werden, muss jedoch bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden (105).

Es wurde bereits angemerkt, dass die Mehrzahl der ExpertInnen mit ärztlicher Ausbildung männlich waren (77 %) und die Mehrheit der Befragten mit nicht-ärztlichem Hintergrund weiblich (80 %). Das Geschlecht wurde in der Auswahl der ExpertInnen nicht berücksichtigt, da es als nicht entscheidend beeinflussend auf die Aussagen wahrgenommen wurde. Andere Studien zeigten zwar, dass sich das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen unterscheidet und dass Ärztinnen ihre PatientInnen früher oder mit größerer Wahrscheinlichkeit überweisen als ihre männlichen Kollegen (96). Diese Erkenntnisse spielten jedoch für die Fragestellung dieser Arbeit in Bezug auf persönliche Eigenschaften der ExpertInnen keine übergeordnete Rolle.

Des Weiteren könnte kritisch angemerkt werden, dass ein Übergewicht von ExpertInnen mit ärztlichem Hintergrund gegenüber anderen Professionen bestand. Es kann sein, dass insbesondere Aussagen zur interdisziplinären Zusammenarbeit in Bezug auf Probleme in der Summe anders ausgefallen wären, wenn der Anteil an nicht-ärztlichen Befragten größer gewesen wäre. Doch ging es in dieser Befragung nicht um die Erfassung eines repräsentativen Meinungsbildes. Weiterhin wurde das Spektrum nicht-ärztlicher Berufe auch möglichst groß gewählt, um umfassende heterogene Perspektiven auf dieses Thema zu erfassen.

Insgesamt wurden nur sieben ExpertInnen mit nicht-medizinischem Hintergrund befragt. Ein vermehrter Einbezug von SozialarbeiterInnen oder PädagogInnen beispielsweise hätte zu einer noch breiteren Perspektive auf dieses Thema führen können. Andererseits ist zu bedenken, dass bei VertreterInnen dieser Berufe oft keine explizite, krankheits-spezifische Expertise in Bezug

auf Asthma vorliegt. Außerdem zeigte sich bereits sehr früh das Meinungsbild, dass insbesondere Jugendämter erst bei Kindeswohlgefährdung eingeschaltet werden sollten und ansonsten die gesundheitlichen Kompetenzen bei medizinischem Personal am besten aufgehoben sind.

Sicherlich liegt auch insofern eine Selektion der ExpertInnen vor, dass vor allem die Personen zu einer Teilnahme an der Studie bereit waren, die an einer umfassenderen und gegebenenfalls interdisziplinären und integrierten Versorgung interessiert sind oder damit bereits Erfahrung haben. Insbesondere die Perspektiven von ÄrztInnen, die ungern Patienten an Kollegen oder andere Disziplinen überweisen, Kompetenzen nicht teilen wollen und gegebenenfalls auch dem DMP eher kritisch gegenüberstehen und daher nicht daran partizipieren, können in dieser Befragung unter Umständen nicht erfasst worden sein.

Die Gütekriterien qualitativer Forschung wurden in Bezug auf diese Untersuchung bereits im Kapitel 2.4.2 diskutiert.

### **4.3 Diskussion der Ergebnisse**

#### **4.3.1 Risikofaktoren**

##### **4.3.1.1 Rauchen**

Alle ExpertInnen, die direkt mit der Asthma-PatientIn arbeiten, gaben an, dass Sie das Thema Rauchen mit den Eltern ansprechen würden. Sicherlich kann man in diesem Fall von einer gesonderten Selektion der Therapeuten ausgehen. Unklar ist auch, ob diese Antworten vor allem aus Gründen der sozialen Erwünschtheit so ausfielen. Auch wenn betont werden muss, dass diese Zahl nicht den Anspruch von Repräsentativität erhebt, widerlegt diese Erhebung andere Studien-Ergebnisse, welche drauf hindeuten, dass Rauchen im medizinischen Gespräch nur selten thematisiert wird (62, 64, 65). Ähnlich wie in der Literatur genannt favorisierten viele der Befragten, dass insbesondere die Reduktion der Passivrauch-Exposition im Fokus des therapeutischen Gesprächs stehen sollte, da die Rauch-Entwöhnung gemeinhin als sehr frustrierend und wenig aussichtsreich beschrieben wird. Ebenfalls die derzeitige Literatur bestätigend zeigt sich der Wunsch nach der Schulung einer verbesserten Kommunikation um das Thema Rauchen für Fachkräfte im Gesundheitswesen. Die Meinungen über die Art und Weise der Kommunikation gehen hierbei auseinander. Manche ExpertInnen waren der Auffassung, dass die negativen Folgen des Rauchens ganz offen und klar angesprochen werden sollten, andere favorisierten einen vorsichtigeren Kommunikations-Stil, welcher eine

behutsame und vertrauensvolle Beziehungsarbeit beinhalten sollte. Ähnlich wie bereits aus anderen Studien bekannt, wiesen viele der ExpertInnen daraufhin, dass zu den wichtigsten Maßnahmen gegen das Rauchen makropolitische Maßnahmen wie Steuererhöhungen, Eindämmung des Rauchens in öffentlichen Gebäuden und Werbeverbote weiterhin wichtig wären (55). Einigkeit bestand auch in der subjektiven Beobachtung der ExpertInnen, dass das Rauchen allgemein rückläufig sei, was im Einklang mit den Erkenntnissen der KiGGS-Studie steht (51). Ebenso wurde eine weitere Erkenntnis der KiGGS-Studie bestätigt, dass Rauchen graduell eher bei sozial benachteiligten Schichten auftreten würde. Genauso wurde vereinzelt berichtet, dass die Diagnose Asthma primär erst einmal nicht zu einer Verringerung des Tabak-Konsums bei den betroffenen Eltern führen würde. In diesem Zusammenhang lautete die Empfehlung vieler ExpertInnen, in einem solchen Gespräch eine Verhaltensänderung zum Wohle des Kindes zu thematisieren. Ein solcher Weg könnte sicherlich auch die von Szczepanski (61) erwähnten geringen Aufklärungsquoten über die negativen Folgen der Passivrauch-Exposition beheben.

Es bestand Uneinigkeit darüber, ob Raucher-Entwöhnungs-Programme für Eltern von an Asthma erkrankten Kindern ein zusätzliches Angebot des DMP Asthma für Kinder und Jugendliche werden sollte. Diese Debatte könnte allgemein frischen Aufwind dadurch gewinnen, dass diese Leistung im Rahmen des DMP COPD ab dem 1.1.2018 für eingeschriebene PatientInnen von den Kassen übernommen werden (106).

Die allgemeine Problematik, dass ÄrztInnen wenig Zeit beziehungsweise keine ausreichende Vergütung für ausreichende Beratungsgespräche zur Verfügung haben, lässt sich insofern auch auf das Rauchen beziehen und bestätigt somit das Ergebnis anderer Untersuchungen (62, 64, 65).

#### **4.3.1.2 Widrige Wohnbedingungen**

Einige der Befragten bestätigten den Erfahrungswert aus der Literatur, dass Schimmel insbesondere bei sozial Benachteiligten zu finden sei (66). Ganz wichtig ist jedoch an dieser Stelle hervorzuheben, dass viele der ExpertInnen den kausalen Effekt als unklar beziehungsweise das Ausmaß des Einflusses auf den Krankheitsverlauf des Asthmas bronchiale durch Schimmel als überbewertet betrachten. Dies könnte sicherlich weiterhin die ÄrztInnen vor einige Probleme stellen, da, wie geäußert wurde, Schimmel ein äußerst emotionales Thema sei, bei dem die Eltern großes Interesse zeigen und gegenüber vielen anderen Risikofaktoren

proaktiv berichten, zumal laut der Befragten auch die VermieterInnen von verschimmelten Wohnungen häufig wenig Entgegenkommen zur Behebung zeigen würden.

Ebenso konnte bestätigt werden, dass es besonders schwierig sei, Tiere aus Familien zu entfernen, auch wenn dies allergologisch indiziert ist (70). Als Empfehlung für die Zukunft kann hier sicherlich die häufig genannte Bemerkung gelten, dass ein solcher Prozess schrittweise gemeinsam mit einer TherapeutIn erfolgen sollte.

Auch wenn einige der ExpertInnen berichteten, dass die Wohnbedingungen mancher PatientInnen teilweise desolat seien, bewerteten viele die Adhärenz in Bezug auf Ratschläge zur Verbesserung des häuslichen Umfelds als gut, abgesehen natürlich von der zuvor erwähnten Schwierigkeit, Tiere zu entfernen. Hier seien insbesondere Hausbesuche sehr sinnvoll, um eine graduelle Reduktion der Tierhaar-Exposition einzuleiten. Ganz wichtig wäre es hier, bei diesen Besuchen auch alle möglichen Faktoren anzugehen, um eine effektive Verbesserung anzustreben. Dass die Adhärenz gerade in der Befolgung von Anweisungen zu Maßnahmen im häuslichen Umfeld nicht gut sei, wie in einer Studie aus Brasilien angegeben (70), kann laut den in dieser Studie befragten ExpertInnen nicht bestätigt werden. Diese sprachen ganz im Gegensatz von einer generell guten Adhärenz in Bezug auf Anpassungen im häuslichen Umfeld. Die Problematik, dass viele Studien durch ihr Design sich nur auf einzelne Faktoren bezogen und daher die Reduktion der Asthma-Symptomatik mitunter gering ausfiel, sorgte schließlich auch, wie gerade von den PatientenvertreterInnen berichtet, nicht nur bei den Eltern für Verunsicherung.

#### **4.3.1.3 Adipositas**

Auch bei Adipositas berichteten die ExpertInnen, dass hier ein sozialer Gradient vorliegen würde, demzufolge vor allem sozial benachteiligte Kinder adipös seien. Ebenso umstritten wie in der Literatur (74-79) zeigten sich sehr viele ExpertInnen skeptisch gegenüber Adipositas als kausalem Risikofaktor für Asthma beziehungsweise asthmatische Beschwerden. Die Bewertung, wie Adipositas am besten angegangen werden sollte, variierte folglich. Einige befürworteten spezielle Asthma-Trainingsgruppen für Kinder und Jugendliche. Andere sahen, wie es auch in den Asthma-Schulungen gelehrt wird, eine den Asthma-Beschwerden angepasste Teilnahme am regelhaften Sport- und Spielbetrieb als sinnvoll an. Andere wiederum betonten, dass ein rehabilitativer Aufenthalt sehr gut geeignet sei, um sowohl Asthma als auch das Übergewicht anzugehen, sollten beide Faktoren gleichzeitig vorliegen. An dieser Stelle ist aber

auch hervorzuheben, dass eine Adipositas-Therapie stets sehr langwierig ist und notwendigerweise immer eine Verhaltenstherapie der gesamten Familie einschließt.

#### **4.3.1.4 Zusammenfassende Diskussion der Risikofaktoren**

Zu allen drei ausgewählten Risikofaktoren berichteten auch die ExpertInnen von einem sozialen Gradienten. In Bezug auf die Risikofaktoren und eine mögliche vermehrte Berücksichtigung in den Asthma-Schulungen, muss ganz klar darauf hingewiesen werden, dass diese wohl die Schulung überladen und die TeilnehmerInnen somit überfordern würde. Von dem Schritt, in den Schulungen noch mehr auf die ausgewählten Risikofaktoren einzugehen, wäre laut Meinung der meisten befragten ExpertInnen somit abzuraten. Eine sinnvolle Lösung könnten jedoch Hausbesuche und eine über die Regelversorgung bei der niedergelassenen ÄrztIn hinausgehende pflegerische Betreuung sein. Dies wird insbesondere in den folgenden Kapiteln diskutiert.

#### **4.3.2 Ambulante Beratung durch Pflegekräfte**

Ohne dass diese Untersuchung primär auf diesen Bereich ausgerichtet war, wiesen die befragten ExpertInnen schon sehr früh darauf hin, dass eine ambulante Beratung durch Pflegekräfte sehr sinnvoll sei. Da auch früh klargelegt wurde, dass dies aus ökonomischen und logistischen Gründen nicht jeder PatientIn zur Verfügung gestellt werden könne (A05), wurde ebenfalls klar, dass Wege gefunden werden müssten, um einen erhöhten Bedarf zu erkennen und somit zu entscheiden, wem eine solche zusätzliche Hilfe zur Verfügung gestellt werden kann. Die angegebenen Indikatoren richten sich vor allem nach Schweregrad, Begleiterkrankungen, Intaktheit und Ressourcen der Familie, sowie der Einschränkung des Kindes durch die Erkrankung. Diese wichtige Gatekeeper-Funktion wird in den folgenden Kapiteln um Case Management noch weiter ausgeführt.

Es wurde in den Interviews deutlich, dass eine Beratung primär durch eine medizinisch geschulte Fachkraft durchgeführt werden sollte. Vorteil eines solchen Angebots sei eine bessere Betreuung von Familien, die sich gegenüber einer Gesundheits- und KrankenpflegerIn zum Beispiel auch eher mit ihren Problemen öffnen würden als im herkömmlichen Arztgespräch. Gerade diese Untersuchung zeigte, dass ein vermehrtes Einwirken auf Risikofaktoren sinnvoll ist, dies jedoch aus der bisherigen Regelversorgung heraus, insbesondere durch ÄrztInnen, kaum leistbar ist. Jene hätten ohnehin schon sehr viel zu tun (107) und weisen zudem auch noch in der Regel eine größere Distanz zu den PatientInnen auf. Der Vorteil von MFAs und

Gesundheits- und KrankenpflegerInnen wäre darüber hinaus, dass sie weniger kosten würden als ärztliches Personal. Außerdem wäre ein solcher Auftrag an pflegende Berufe laut dieser Befragung und auch anderer Quellen eine Möglichkeit zu einer Distinguierung und einer erhöhten Wertschätzung dieser Berufsgruppen (108), auch wenn dies in Deutschland immer wieder mit Widerstand von statushöheren Professionen einherging (109). Eine vermehrte Delegation nicht-ärztlicher Leistungen an geschultes Personal sei durchaus sinnvoll und ist angloamerikanischen und skandinavischen Raum bereits gelebte Praxis (108, 109). So sei ein weiterer Vorteil einer solchen Arbeitsteilung für die ÄrztIn, dass sie vermehrt innerhalb ihrer Kernkompetenzen arbeiten könne und von bürokratischen Aufgaben befreit wäre (109).

Stellt sich nur die Frage, wer eine solche Leistung finanzieren könnte? Erste Ansprechpartner wären intuitiv die Gesetzlichen Krankenkassen, gerade vor dem Hintergrund, dass Gelder aus dem Präventionsgesetz an dieser Stelle eingesetzt werden könnten (107). Jedoch zeigte diese Befragung, dass diese in der Regel wenig Interesse an und geringe Ressourcen für eine komplexe gesundheitsförderliche Versorgung haben. Außerdem werden in der Regelversorgung nur Leistungen übernommen, die vom G-BA als wirksam und effizient beurteilt wurden. Hier machten die ExpertInnen darauf aufmerksam, dass gerade solche komplexen Interventionen sehr schwer zu evaluieren sind und bestätigen damit Erkenntnisse aus anderen Studien (19, 20). Ergebnisse liegen immerhin aus der Behandlung der Neurodermitis vor: Hier sorgte bereits eine kurze Beratung (30-45 Minuten) der Eltern, die aus verschiedenen Gründen nicht an der Schulung teilnehmen konnten, durch eine ambulante Pflegekraft für eine erhöhte Therapie-Sicherheit und eine signifikante Symptom-Reduktion (110). Durch die Krankenkasse regelhaft erstattet wird diese Leistung jedoch bis heute nicht.

Es bleibt zu hoffen, dass die in der Befragung erwähnte aktuell laufende Studie zur Neurodermitis-Pflegeberatung von einer sehr guten Evaluation begleitet wird, die es erlauben würde, die Kriterien des G-BAs zu erfüllen. Trotzdem bleibt im Hinterkopf zu behalten, dass wie es scheint, vor allem politischer Wille nötig ist, um neue und langfristige Interventionen auch zu einer Regel-Leistung der GKV zu machen (A05). Insofern lässt sich in Deutschland eine ähnliche Problematik in Bezug auf fehlenden politischen Willen zur Durchsetzung langfristiger Prozesse und Entwicklungen erkennen wie dies auch schon Gofin und Foz aus Spanien berichteten (18).

### 4.3.3 Case Management – Allgemeine Diskussion

Ein weiterer Aspekt, der eine bessere Zusammenarbeit ermöglichen würde und ebenfalls zu Beginn der Befragung nur am Rande der Betrachtung durch eine Forderung des BVKJ stand (10), war der Wunsch nach vermehrtem Case Management. Letztendlich überrascht dies nicht, da Case Management schon von Beginn an primär eine Betreuung von sozial schwachen Menschen ins Auge fasste und in den meisten Fällen sich auch darum bemühte, medizinische und soziale Leistungen zusammenzuführen (111). Case Management wird mit seinem Ansatz, eine integrierte und kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten, vor allem dann sinnvoll, wenn nicht sogar notwendig, sobald Gesundheitssysteme immer komplexer und fragmentierter werden (112). Zum generellen Verständnis ist es wichtig, an dieser Stelle hervorzuheben, dass keine einheitliche Definition von Case Management existiert und dieses je nach Ort, Träger und Einsatzziel verschieden gestaltet wird (112). Eine Definition, die dem hiesigen Vorschlag am nächsten kommt, sieht Case Management als ein System pflegerischer Leistungserbringung, welches eine kostenwirksame und ergebnisorientierte Betreuung unterstützen soll (112). In Bezug auf diese Untersuchung bedeutet dies, dass es durchaus Formen von Case Management gibt, in denen Pflegekräfte sowohl pflegerische als auch koordinierende Aufgaben übernehmen (sogenanntes „Bezugspflege-Case-Management“) (108, 112) oder aber auch dass diese Aufgaben im „Spezialisierten Pflege-Case-Management“ getrennt werden (112). Somit ist verständlich, dass in den Interviews häufig keine exakte Trennung zwischen Pflege-Beratung und Koordination eines Falles erfolgte. Ebenso kann Case Management – wie in dieser Studie auch durch die ExpertInnen wiedergegeben - stationär oder in der ambulanten Versorgung durchgeführt werden (112).

Ebenso ist auch die in dieser Untersuchung aufgetauchte Diskussion, ob Case Management im Gesundheitswesen von Gesundheitsfachkräften oder SozialarbeiterInnen übernommen werden sollte, nicht neu. Generell herrscht aber Konsens darüber, dass PatientInnen mit einem primär medizinischen Bedarf auch von solchem Fachpersonal betreut und bei primär sozialen Herausforderungen eher Case ManagerInnen mit Kern-Kompetenzen in der sozialen Arbeit eingesetzt werden sollten (112).

Die in den Interviews genannten Anforderungen an Case ManagerInnen im medizinischen Bereich decken sich weitestgehend mit den Vorschlägen, die sich auch in der weiter gehenden Literatur finden. So wird unter anderem ein Berufsabschluss in einer medizinischen Profession erwartet (111, 112), ggf. auch ein abgeschlossenes Studium der Pflegewissenschaften (112), mehrjährige Berufserfahrung (111, 112), eine Zusatzqualifikation für den jeweilig spezifischen Patientenkreis, sowie je nach Bevölkerungszugehörigkeit kulturelle Kompetenz (114).

Bezüglich der Aufgaben einer Case ManagerIn schlägt Ewers (2005) drei Haupt-Funktionen vor: die *Gatekeeper*-, *Broker*- und *Advocacy*-Funktion. Erstere bezieht sich primär auf eine Selektion der zusätzlichen Leistungen für Menschen mit besonderem Bedarf, zweite auf die koordinierende Tätigkeit und letztere auf die anwaltschaftliche Vertretung der PatientIn (112). Abbildung 1 greift diese Aufgaben-Gebiete in Bezug auf Asthma explizit auf und führt sie weiter aus.

Personen, die durch ein organisiertes Case Management betreut werden, berichten insbesondere von sehr intimen und vertrauensvollen Beziehungen zur Case ManagerIn, welche die Selbst-Wirksamkeit in ungewohnter Art und Weise beeinflussen und somit Lebensstilveränderungen besser einleiten können als die herkömmliche Versorgung. Wie auch diese Untersuchung zeigte, berichten andere AutorInnen von genereller Angst und Unsicherheit bei den Betroffenen und insbesondere der Scheu, der ÄrztIn bei erhöhtem Beratungsbedarf noch mehr von ihrer kostbaren Zeit in Anspruch zu nehmen, sowie einer großen Zufriedenheit mit einer erweiterten ambulanten Pflege-Beratung (113, 114).

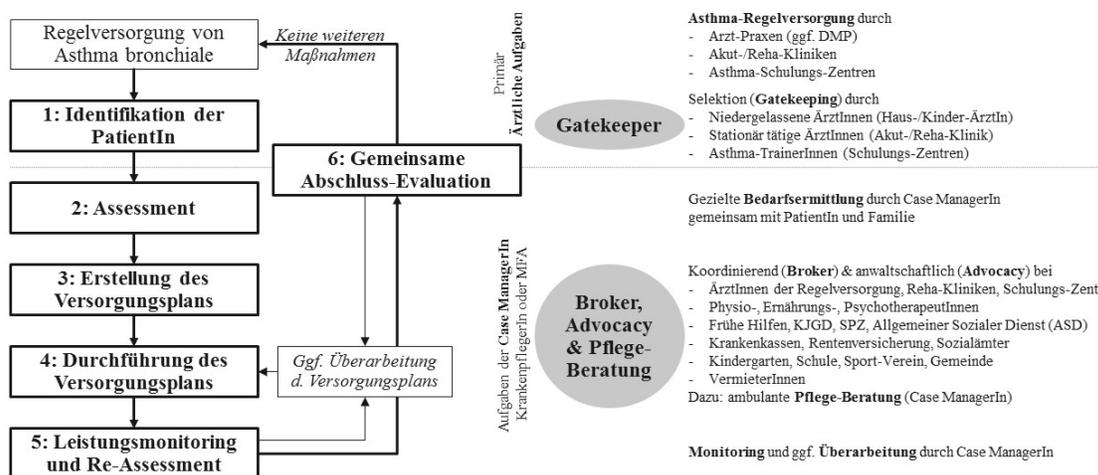
Neben diesen deutlich positiven Berichten über Case Management sind aus Erfahrung auch einige Probleme in der Umsetzung bekannt, die mitunter auch durch die befragten ExpertInnen wiedergegeben wurden. So seien bisher weder ÄrztInnen noch Pflegekräfte besonders engagiert in der Umsetzung von Case Management in Deutschland gewesen oder aber es sei nur als loser zusätzlicher und nicht integrierter Bestandteil der Gesundheitsversorgung umgesetzt worden (115). Weiterhin sei ein häufiges Problem, dass in bisherigen Versuchen der Durchführung die Ärzte nur unzureichend teilgenommen hätten (116, 117). Grund dafür sei unter anderem, dass häufig die das Case Management organisierenden Professionen hierarchisch unter der ärztlichen Ebene angesiedelt seien (115) oder aber auch eine Teilnahme am Case Management für die ÄrztInnen mitunter mit einem erhöhten zeitlichen Aufwand (114) ohne diesbezüglicher Vergütung verbunden wäre (118). Wendt stellt sogar in Frage, ob ÄrztInnen generell zeitlich und vom professionellen Hintergrund her dazu in der Lage sind, Case Management selbständig zu betreiben (111). Dennoch sollte darauf verwiesen werden, dass Hausärzte ein generelles Interesse hegen, vermehrt koordinierende Aufgaben wahrzunehmen (118). Ist der Aufwand für ÄrztInnen nicht zu groß, können sie mit dem pflegerischen Case Management sehr zufrieden sein, da es für sie mitunter eine Entlastung von bürokratischen Aufgaben bedeutet (109, 114).

#### **4.3.4 Case Management in der Asthma-Versorgung von Kindern und Jugendlichen**

Für eine mögliche Umsetzung des Case Managements in der Asthma-Versorgung in Deutschland ist anhand der ExpertInnen-Meinungen eine Ankopplung an das DMP Asthma bronchiale für Kinder und Jugendliche denkbar. Hierbei könnten Kinder mit unkontrolliertem Verlauf oder gesondertem Bedarf eine solche zusätzliche Unterstützung erhalten. Da anzunehmen ist, dass dies vor allem Kinder aus sozioökonomisch niedriger angesiedelten Gruppen sein werden, könnte man somit auch der Kritik der Arbeitsgemeinschaft psychotherapeutischer Fachverbände begegnen, dass psychosoziale Umgebungsfaktoren und soziale Ungleichheit im DMP bisher zu wenig berücksichtigt worden seien (87).

Für einen expliziten Vorschlag der Umsetzung eines solchen Programms lohnt sich die Orientierung am von Ewers entworfenen Case-Management-Regelkreis (112). Dieser beschreibt das methodische Vorgehen des Case Managements in verschiedenen Haupt-Arbeitsschritten. Zu Beginn werden PatientInnen mit gesondertem Bedarf identifiziert (1. Schritt). Dann folgt bei den so identifizierten PatientInnen ein tiefergehendes Assessment des Bedarfs (2. Schritt), sowie das Erstellen (3. Schritt) und Implementieren eines Versorgungsplans (4. Schritt). Begleitend erfolgen ein Monitoring der Leistungserbringung und ggf. eine Anpassung der Versorgung (5. Schritt). Abschließend wird die Durchführung evaluiert (6. Schritt). Ein an Asthma und anhand der Ergebnisse dieser Befragung angepasstes Schaubild findet sich in Abbildung 1. Hierbei werden die zusätzlichen Kooperationspartner und die zuvor erwähnten Kern-Aufgaben-Gebiete der Case ManagerIn ergänzt.

Die Identifikation von PatientInnen mit gesondertem Betreuungsbedarf erfolgt primär durch ÄrztInnen aus dem niedergelassenen (HausärztInnen, KinderärztInnen und (Kinder-) PneumologInnen) und stationären Bereich (Akut-Krankenhaus oder Reha-Klinik), sofern eine Asthma bedingte Hospitalisation vorlag. Beruft man sich auf die Ergebnisse dieser Befragung werden die niedergelassenen ÄrztInnen hier jedoch die wichtigere Rolle einnehmen, da viele Kinder mit Asthma bronchiale ausschließlich ambulant behandelt werden. Neben ÄrztInnen könnten an dieser Stelle jedoch auch jeweils diesbezüglich ausgebildete und an den genannten Orten angestellte Pflegekräfte oder MFAs diesen Schritt vollführen (in Grafik nicht abgebildet). Weiterhin ist es möglich, dass diese Identifizierung auch in Asthma-Schulungen durch Asthma-TrainerInnen erfolgen kann. An diesem Schritt beteiligte Professionen erfüllen somit die Aufgabe des Gatekeepers, der zum einen selektiert, zum anderen aber auch an die eigentliche Case ManagerIn vermittelt.



**Abbildung 1: Case-Management-Regelkreis in Bezug auf Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland angepasst nach Ewers (2005)**

Im zweiten Schritt erfolgt die Ermittlung des Bedarfs und der Ressourcen der PatientIn und der zugehörigen Familie (*Assessment*). Dieser Schritt und alle darauf folgenden werden – wie im Schaubild verdeutlicht – durch die „eigentliche“ Case ManagerIn, nämlich eine ambulant tätige Pflegekraft oder MFA durchgeführt. Optimalerweise sollte die Bedarfsermittlung mit einem ersten Hausbesuch verbunden und gemeinsam mit der Familie durchgeführt werden. Nur in den Fällen von klarer Kindeswohlgefährdung soll an dieser Stelle an das Jugendamt abgegeben und der Fall somit aus der Hand der Asthma-Case-ManagerIn gegeben werden. Laut dieser Befragung kommt dies jedoch nur in den allerwenigsten Fällen vor.

Im dritten Schritt wird dann durch die Case ManagerIn und gemeinsam mit der PatientIn und der Familie ein individueller Versorgungsplan erstellt. Hier wird bereits die Aufgabe der Case ManagerIn als *BrokerIn* (vermittelnde bzw. koordinierende Funktion) benötigt. So muss sie über eine gute Kenntnis der für eine Behandlung erforderlichen Professionen und Institutionen und nach Möglichkeit auch bereits über ein bestehendes Netzwerk dieser Partner verfügen. Diese setzen sich unter anderem zusammen aus ÄrztInnen und weiteren Professionen wie PsychologInnen, ErnährungsberaterInnen, PhysiotherapeutInnen. Weitere mögliche Partner könnten Asthma-Schulungs-Zentren sein, der Allgemeine Soziale Dienst (ASD), die Frühen Hilfen oder der KJGD, Träger für Raucher-Entwöhnungen, Adipositas-Zentren oder bei besonderem Bedarf SPZs.

In einem vierten Schritt wird der Versorgungsplan implementiert. Dieser Schritt gestaltet sich vor allem durch die eigene pflegerische Tätigkeit der Case ManagerIn in der häuslichen Umgebung in Bezug auf Beratung, Prävention und Therapie von Asthma. Im Fokus stehen hierbei die korrekte Applikation der Medikamente, die Anpassung der häuslichen Umgebung

(z.B. Staub- oder Schimmelentfernung, Tierhaar-Exposition, korrektes Waschen von Bettwäsche und Kuscheltieren, Zimmerpflanzen und Passivrauch-Belastung) und Beratung zu Alltagsfragen (z.B. Ernährungsberatung). Weiterhin kommt hier die Aufgabe der Case ManagerIn als BrokerIn, sowie anwaltschaftliche Vertreterin der PatientIn und der jeweiligen Familie zum Tragen (*Advocacy*). Dies kann sich beispielsweise äußern durch das Erstreiten von Leistungen gegenüber Krankenkassen oder der Rentenversicherung. Weiterhin kann die Unterstützung ausgebaut werden auf Kindergarten/Schule, Sport-Verein, VermieterIn oder Sozialämter.

Während der Durchführung der genannten Maßnahmen sollen diese durch die Case ManagerIn aufgezeichnet und vermerkt werden (5. Schritt). Es kann sein, dass der Versorgungsplan noch einmal angepasst werden muss, sollten manche Probleme neu auftreten oder andere in den Hintergrund rücken.

In einem abschließenden Schritt soll der Krankheitsverlauf und der Erfolg der vorgenommenen Maßnahmen evaluiert werden. Elementar ist hier vor allem die Rückkopplung mit den Personen, welche zu Beginn den gesonderten Bedarf identifiziert hatten, also in der Regel der behandelnden ÄrztIn. Hier ist es nun möglich, dass durch die vorgenommenen Maßnahmen keine weitere spezifische Betreuung mehr notwendig ist und die PatientIn in die Regelversorgung übernommen wird, im optimalen Fall im DMP Asthma bronchiale. Gegebenenfalls kann ein Kontrolltermin mit Hausbesuch durch die Case ManagerIn nach einigen Wochen vereinbart werden. Sollte bei der PatientIn jedoch noch weiterer Betreuungsbedarf bestehen, kann gegebenenfalls die Case-Management-Betreuung verlängert werden.

Anhand dieses Vorschlags wird deutlich, dass es zwar durchaus sinnvoll wäre, wenn auch ÄrztInnen die Case-Management-Kompetenz erwerben würden, sich diese jedoch primär auf das Erkennen des gesonderten Bedarfs und das Vermitteln identifizierter PatientInnen beziehen würde, da die darauf folgende Case-Management-Arbeit von anderen Professionen übernommen werden würde.

Sicherlich zu berücksichtigen ist die Äußerung von einigen der Befragten, dass ein Case Management von Asthma-PatientInnen gegebenenfalls etwas überzogen wäre. So ist Asthma primär keine lebensbedrohliche Erkrankung wie zum Beispiel Mukoviszidose. Nichtsdestotrotz sollte in Bezug auf ein Asthma-Case-Management berücksichtigt werden, dass dies durchaus eine kostenwirksame Intervention darstellen kann. Näheres hierzu im folgenden Kapitel 4.3.5.

Weiterhin könnten sich jedoch in jedem Fall für die dadurch besser versorgten Kinder und Jugendlichen die soziale und schulische Teilhabe verbessern, was somit indirekt einen langfristigen Abbau von Ungleichheiten bedeuten und durch bessere schulische und berufliche Leistungen wiederum der gesamten Solidargemeinschaft zu Gute kommen würde.

#### **4.3.5 Finanzierung und Kosten-Nutzen-Bewertung einer erweiterten Pflege-Beratung**

Da ein Ziel des Case Managements eine kostenwirksame Versorgung darstellt (111), wird an dieser Stelle die Kosten-Nutzen-Bewertung einer um Case Management erweiterten Pflege-Beratung diskutiert. Hierbei wird sich darauf berufen, dass die Kosteneinsparung primär durch die Vermeidung eines stationären Aufenthalts (ob Akut- oder Reha-Klinik) herrührt (114, 116, 118). Im Folgenden wird sich dabei auf die vergleichbaren Kosten für einen Reha-Aufenthalt bezogen, da bekanntermaßen die Asthma bedingte Krankenhaus-Einweisung in sehr selten auftritt (86).

Die Kosten eines solchen Reha-Aufenthalts liegen zwischen 3000 € (44) und 4500 € (A16). Geht man von einem Lohn für die Gesundheitsfachkraft von 20 € pro Stunde aus und dass ein Hausbesuch inklusive Anfahrt, Vor- und Nachbereitung in maximal drei Stunden erledigt sein kann, würden also allein für den Personalaufwand 60 € pro Besuch fällig. Mögliche Material- und Benzinkosten würden mit 20 € pro Besuch zu Buche schlagen. Anhand der Erkenntnisse eines Case-Management-Modellprojekts in Wien kann der zusätzliche zeitliche Aufwand für reine Case-Management-Aufgaben pro Besuch auf etwa eine Stunde geschätzt werden (114). Somit wären pro Besuch Kosten von etwa 100 € fällig.

Denkbar wäre, dass erst zehn Hausbesuche stattfinden sollten, bevor über den Einsatz eines Reha-Aufenthalts beraten wird. Unter diesem Gesichtspunkt wäre diese Maßnahme bei einer konservativen Rechnung von 3000 € pro Reha-Aufenthalt und Patient bereits kostendeckend, sobald bei einer von vier betreuten PatientInnen der Reha-Aufenthalt nicht mehr indiziert und das Asthma unter Kontrolle wäre. Ein weiterer Vorteil würde darin bestehen, dass die intensive Betreuung nicht in einem ungewohnten Umfeld wie der Reha-Klinik stattfinden würde, sondern direkt im eigenen Wohnraum. Es wäre somit von einem längerfristigen Effekt auszugehen, da eine Verhaltensänderung mit der gesamten Familie angegangen werden kann.

Wichtig ist an dieser Stelle anzumerken, dass ein solches Angebot nur für die wenigen 5-10 % durchgeführt werden kann, die aber immerhin mit unkontrollierten Verläufen etwa 50 % aller

Asthma-Gesundheitsausgaben verursachen (29). Hier wird die tragende Rolle des zuvor erwähnten Gatekeepers deutlich, der selektiert, wer diese Dienste erhält und wer nicht.

Denkbar wäre an dieser Stelle eine morbiditätsangepasste Vergütung, wonach Behandlungen von PatientInnen mit erhöhtem Behandlungsbedarf auch anders vergütet werden als herkömmliche PatientInnen (116). Sollte es nicht zu einer angepassten Vergütung kommen, ist mit Widerstand der Ärzteschaft zu rechnen, sollten diese Pflege-Leistungen aus dem gleichen Budget der AllgemeinärztInnen bezahlt werden. Gesundheitspolitisch und ethisch-gesellschaftlich gesehen, wäre es sicherlich gerechtfertigt, wenn dadurch manche Vergütungen für ÄrztInnen geringer ausfielen, da ihnen ja auch Arbeit abgenommen wird, wie dies auch einige ExpertInnen (N21, N24) hervorhoben, aber auch bereits von Schoierer et al. (107) diskutiert wurde. Weiterhin sollten bei der derzeitigen Auslastung von Arztpraxen mögliche Einbußen realistisch eingeschätzt eher gering ausfallen oder gar nicht auftreten.

Weiterhin werden auch Vorschläge genannt, diese Leistungen gemeinsam durch Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung zu finanzieren (10), auch wenn sich diese nach wie vor wegen kurzfristiger Investitionskosten sträuben würden, diesem Vorschlag nachzukommen (116) und häufig sehr kritisch geprüft wird, welche Aufgaben in den jeweiligen Tätigkeitsbereich des sozialen Trägers fallen, der dann diese Leistung finanzieren muss. Hier zeigt sich ein zugrunde liegendes Problem des deutschen Gesundheitssystems, wonach in der Regel die Wirtschaftlichkeit im jeweiligen Sektor und nicht die Gesamteffizienz bei gesundheitssystemischen Entscheidungen im Vordergrund stünde (118). Auf jeden Fall bestätigt insbesondere diese Diskussion der Finanzierung einer solch komplexen und langfristig gedachten Intervention, dass organisatorisch-administrative Grenzziehungen zwischen verschiedenen sozialen und medizinischen Dienstleistern, wie von Ehrich et al. (19) bereits beobachtet, eine umfassendere Zusammenarbeit entscheidend behindern könnten.

#### **4.3.6 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Abgesehen von den Vorteilen durch ein koordinierendes Case Management bezüglich einer Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit, lässt sich anhand dieser Arbeit feststellen, dass die Asthma-Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland sicherlich bereits als ein Positiv-Beispiel einer solchen Kooperation betrachtet werden kann. Gründe hierfür sind die verpflichtend interdisziplinären Schulungs- und Reha-Teams, sowie die verhältnismäßig große Bereitschaft der KinderärztInnen systemisch zu denken und primär mehr an einer guten Versorgung als an finanzieller Gewinn-Maximierung interessiert zu sein. Auch

die in einer anderen Studie erkannten Erfolgsfaktoren für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit wie gegenseitiger Respekt, Anerkennung der jeweiligen Expertise, Berücksichtigung distinguiert Rollen und ein positives Kommunikationslevel (21) fanden auch Erwähnung in dieser Befragung. Darüber hinaus sollten aber auch weitere Faktoren wie die Notwendigkeit einer gemeinsamen Sprache, als auch die Fortbildung und Förderung insbesondere von nicht-ärztlicher MitarbeiterInnen Berücksichtigung finden.

Ob, wie in der Einleitung erwähnt, eine engere Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen eine verbesserte Evaluierung von Behandlungsmethoden ermöglicht, lässt sich anhand dieser Untersuchung nicht beantworten, da generell eine bessere Evaluation von Interventionen gefordert wurde. Gleiches gilt für den genannten Vorteil, dass gemeinsam ein stärkerer Einfluss auf gesundheitspolitische Rahmensetzungen durch Forschung und Ausbildung ausgeübt werden kann (11-14). Dass jedoch gerade Studien, die eine komplexe Intervention mehrerer Disziplinen erfordern, aufwendiger, langfristiger und kostenintensiver sind und es zusätzlich schwieriger ist, dafür Geldgeber zu finden, führt dazu, dass viele Forschungsschwerpunkte nicht in diesem Bereich liegen. Damit wird die Aussage von Lenton et al. über eine zu geringe Forschungstätigkeit im Querschnittsbereich von Medizin und Sozialem bestätigt (17).

Schaut man sich die Empfehlung an, dass in Zukunft vermehrt die Ausbildung von Gesundheitsberufen gemeinsam erfolgen sollte, würde dies sicherlich ein weiteres Kennenlernen und Wertschätzen der anderen Profession ermöglichen, sowie den Gebrauch einer gemeinsamen Sprache fördern. Vergleichbare Vorschläge finden sich auch bereits bei anderen AutorInnen (109). Diesbezüglich stehen medizinische Fakultäten, psychologische Institute, Pflegefach- und Physiotherapie-Schulen vermehrt in der Pflicht, diesen Weg in der Zukunft gemeinsam zu gestalten. Gegebenenfalls könnten hier auch angehende PädagogInnen mit eingebunden werden.

Trotz der weit umfassenden Möglichkeiten von Kooperationen sollte nichtsdestotrotz berücksichtigt werden, dass einige ÄrztInnen noch immer für ihr teilweise dominantes und hierarchisches Auftreten von anderen Professionen kritisiert werden. Dies bedingt sicherlich auch die Problematik, dass nicht-medizinische Vertreter in Deutschland der Meinung sind, dass deren Einfluss im Vergleich zu ÄrztInnen in Gesundheitsfragen (noch) zu gering ausfällt (15, 16). Manche AutorInnen verweisen aber auch darauf, dass die zunehmende Feminisierung eine Auflockerung der gängigen hierarchischen Strukturen im Gesundheitswesen einleiten könnte (109).

Diese Befragung konnte nicht bestätigen, dass eine nicht-gelingende Zusammenarbeit an einem Spartendenken der Disziplinen, fehlender Kenntnis von ÄrztInnen in Sozialmedizin (5, 7) oder genereller Veränderungsresistenz scheitert (21). Die Haltung so gut wie aller ExpertInnen gegenüber einer ganzheitlicheren Versorgung (hier jedoch auch wieder mit dem Verweis auf einen Selektions-Bias der befragten ExpertInnen) wurde als ausgesprochen offen und umfassend wahrgenommen. Zweifelsfrei widerlegt werden kann die These jedoch auch nicht, dafür wäre beispielsweise eine weitere Befragung von Public-Health-Vertretern nötig gewesen. Gleiches gilt für das erwähnte Spartendenken der Disziplinen (7).

Diese Studie konnte jedoch bestätigen, dass viele präventive und pflegerische Leistungen an der unzureichenden Entlohnung scheitern (8). Das gleiche gilt für das Beratungs- oder Aufklärungsgespräch, welches auch durch die ÄrztInnen geleistet werden könnte. Da dies jedoch Themen sind, die durchaus mit gleicher oder gar besserer Qualität durch qualifizierte Pflegekräfte oder MFAs geführt werden könnten (wie es ja auch teilweise schon praktiziert wird (107)), wäre dieser Schritt anzuraten, zumal er auch eine kostengünstigere Alternative für die Solidargemeinschaft bedeuten würde und mit einer Entlastung der ÄrztInnen eingeht.

Dass eine Zusammenarbeit durch den Wettkampfgedanken der Krankenkassen (19, 20) erschwert wird, lässt sich mit dieser Studie nicht bestätigen. Die Investitionen um den Innovationsfond gelten unter anderem ja auch dem Ziel, den Wettbewerb unter den Krankenkassen zu erhöhen, um mit exquisiten Angeboten in der Gesundheitsversorgung neue Mitglieder zu werben. Die in dieser Studie befragten ExpertInnen zeigten wegen eines hohen organisatorischen Aufwands für Arztpraxen jedoch eher eine pessimistische Haltung gegenüber den Selektiv-Verträgen, weil jene Initiativen nach der Anschubfinanzierung häufig nicht rentabel seien.

Weiterhin zu erwähnen und darauf hinzuweisen ist, dass eine Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen auch durch eine digitale Patientenakte verbessert und der Informationsaustausch optimiert werden könnte. Auch wenn diese weiterhin ein großes Politikum darstellt (119), wäre mit diesem Ergebnis ein weiteres Argument für die Einführung geschaffen.

#### **4.3.7 Der Einbezug von weiteren Institutionen in die Asthma-Versorgung**

Die ExpertInnen wurden explizit nach dem Einbezug von weiteren Institutionen in die Asthma-Versorgung befragt. In Bezug auf die Kitas und Schulen dominierte die Meinung, dass ErzieherInnen und LehrerInnen eine verpflichtende Fortbildung zu den wichtigsten chronischen

Krankheiten erhalten sollten. Hierbei sollte jedoch das primäre Ziel sein, Verständnis für die jeweiligen Krankheiten und ihre Einschränkungen zu gewinnen und nicht ErzieherInnen und LehrerInnen anschließend mit der Betreuung, Beratung und Therapie von asthmatischen Kindern alleine zu lassen. So wäre ein Modul „Die wichtigsten chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter“ während des Lehramt-Studiums oder der ErzieherInnen-Ausbildung in Kooperation mit einer medizinischen Fakultät denkbar. Laut der ExpertInnen könnte auch der ÖGD die Fortbildung beziehungsweise die Beratung der Kitas und Schulen übernehmen.

In diesem Zusammenhang sprachen sich aber auch viele der Interviewten für den flächendeckenden Einsatz von Schulpflegefachkräften aus und folgten damit der Forderung des BVKJ (10). Da die Finanzierung eines solchen Angebots natürlich auch wieder eine Hürde darstellen könnte, lässt sich hier zumindest ein großes Interesse der Unfallkasse erkennen, die gemeinsam mit der AWO Potsdam, der AOK Nordost und dem Land Brandenburg vorerst bis Oktober 2018 unterstützt (120). Nächste Schritte diesbezüglich sollten somit vor allem in Gemeinschaft mit diesen Akteuren stattfinden.

Das Urteil zur bisherigen Rolle des ÖGDs in der Asthma-Versorgung fiel äußerst unbefriedigend aus. Auch wenn viele – ähnlich wie zuvor bereits der BVKJ (10) - eine stärkere Rolle einforderten, bleibt es sicherlich erst einmal die Aufgabe des ÖGDs, geeignete Ressourcen zu schaffen. Nichtsdestotrotz zeigte auch diese Studie die immensen Möglichkeiten auf, inwiefern sich der ÖGD über die Individualversorgung hinaus, die er laut Meinung der ExpertInnen nicht übernehmen sollte, zusätzlich in die Asthma-Versorgung einbringen könnte. So sei eine ausführlichere und gut dokumentierte Pflicht-Untersuchung vor der Einschulung eine sehr gute Möglichkeit, um gerade bei sozial benachteiligten Kindern bisher noch unerkannte chronische Krankheiten zu diagnostizieren, Risikofaktoren zu identifizieren, den Eltern eine Gesundheitsberatung anzubieten und Gesundheitsdaten flächendeckend zu erheben, um somit eine große Informations-Plattform aufzubauen, die nicht nur der Asthma-Versorgung zugutekommen würde. Weiterhin diskutierbar ist auch die Frage, ob das Konzept der Gemeindegeschwester wieder neu entdeckt werden kann. Vereinzelt übernimmt sicherlich der Kinder- und Jugend-Gesundheitsdienst (KJGD) eine ähnliche Rolle, doch zeigt sich hier auch die von den ExpertInnen erwähnte Problematik, dass Gesundheitsämter in der Regel kommunal organisiert sind und somit diese Organisation von Gemeinde zu Gemeinde variiert. Auch wenn dies sicherlich große Aufgaben sind, die sich der ÖGD stellen müsste, und das nicht nur in Bezug auf Asthma, zeigte diese Studie doch viele Möglichkeiten und Wege für den ÖGD auf, wie er seine Rolle wieder stärken und sein Profil schärfen könnte.

Sicherlich einer der umstrittensten Punkte dieser Studie war die Frage, ob SPZs sich vermehrt an der Asthma-Versorgung beteiligen könnten und/oder sollten. Vorteil wäre sicherlich die bereits bestehenden interdisziplinären Teams. Fraglich ist jedoch, ob auch ausreichende Expertise zu Asthma besteht, da die Ausrichtung der SPZ ja eher auf neurologischen Erkrankungen liegt und ob eine Versorgung von Asthma-PatientInnen nicht einen Missbrauch des Systems durch überzogene Vergütung darstellen würde. Ein Kompromiss wäre sicherlich, dass SPZs ein Ort sein könnte, an dem in bestimmten Settings Asthma-Schulungen durchgeführt werden.

Die Frage, ob sich das Jugendamt mehr an der Asthma-Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligen sollte, lässt sich mit dieser Studie verneinen. Gründe sind sicherlich die fehlende medizinische Expertise der dortigen Mitarbeiter und die Fokussierung und Ausrichtung auf prekäre psychosoziale Probleme innerhalb der Familien. So sollte nach wie vor der Einbezug des Jugendamts erst bei Kindeswohlgefährdung erfolgen, was an Gefahr für das Kind ja weit über die Einschränkung durch Asthma hinausgeht. Außerdem könnte ein früher Einbezug des Jugendamtes die Kooperationsbereitschaft der Eltern beeinträchtigen, da diese laut der ExpertInnen-Meinung sehr abweisend auf dieses reagieren.

Da es auch um die generelle Frage ging, inwiefern Gesundheits- und Sozialleistungen besser miteinander verknüpft werden könnten, soll an dieser Stelle auch hierauf kurz eingegangen werden. Es zeigt sich eine generelle Ablehnung, dass die empfohlene häusliche pflegerische Beratung durch Berufe ausgeführt wird, die primär keine medizinische Ausbildung voraussetzen. In Bezug auf diese Betreuung lässt sich also eine klare Ablehnung bezüglich der Übertragung pflegerischer Leistungen auf SozialarbeiterInnen erkennen. Wo es jedoch zu einer gemeinsamen Arbeit kommen kann, liegt in der Organisation des Case Managements, welche sowohl durch Sozial- als auch Gesundheitsberufe durchgeführt werden könnte.

#### **4.3.8 Bewertung der bisherigen Versorgung**

Letztendlich konnten durch diese Erhebung fast alle bisher veröffentlichten Ergebnisse zur Asthma-Versorgung insbesondere in Bezug auf die Qualität bestätigt werden. Die Versorgung im Allgemeinen, sowie das DMP samt Schulung wurden als positiv bewertet (42, 86, 88). Für das angesprochene Problem der sinkenden Teilnehmerzahlen an Schulungen (83) wurde ein interessanter Vorschlag gemacht, ähnlich wie im Saarland, PädiaterInnen flächendeckend zur Asthma-TrainerIn auszubilden und somit die Teilnehmerzahlen an den Schulungen wieder zu erhöhen.

Auch wenn von manchen Befragten geäußert wurde, dass das DMP um die Abfrage oder Therapie von Risikofaktoren erweitert werden sollte, könnten solche Bestrebungen jedoch dazu führen, dass der auch in der Befragung erwähnte verhältnismäßig hohe Verwaltungsaufwand für ÄrztInnen (88) noch größer und die Einschreibungsquoten von Kindern damit noch geringer ausfallen würden. So kann man die Aussagen der ExpertInnen sicherlich insofern zusammenfassen, dass an dem DMP vorerst keine Veränderungen vorgenommen werden, sondern vielmehr Wege und Anreize geschaffen werden müssen, um mehr Ärzte für das DMP zu gewinnen, die dann wiederum die Eltern für das Programm begeistern können – hier sei auf die herausragende Position der ÄrztIn als InformationsvermittlerIn verwiesen (42). Sicherlich könnte aber diese Aufgabe wie bereits erwähnt an eine geeignete MFA delegiert werden, wie es schon an einigen Praxen der Fall ist. Auch die Krankenkassen könnten bei der dokumentierten Diagnose Asthma im Umkehrschluss direkt beim Versicherten das DMP bewerben.

Inwiefern die als sinnvoll erwogenen Nachschulungen angemessen finanziert und damit auch angeboten werden könne, wird wohl Bestandteil weiterer Diskussionen mit der GKV sein. Der zu erwartende Vorwurf des G-BAs, dass keine ausreichende Evidenz vorliegen würde, ist an dieser Stelle sicherlich nicht angemessen, da diese bereits seit 2006 durch die Studie von Steiß et al. (91) geleistet wurde.

Eine große Problematik stellte laut Meinung der ExpertInnen - wie zu erwarten war - die Versorgung in ländlichen Regionen dar. Eine wirkliche Lösung für diese Problematik konnte auch keiner der Befragten anbieten. Am ehesten war noch der Vorschlag einer ambulanten (Pflege-)Versorgung durch Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und oder MFAs. Doch müsste vor einer Versorgung auf dem Land dieses Angebot der ambulanten Diagnostik und Therapie-Instruktionen erst als solche installiert werden.

Asthma-Apps und Tele-Medizin wurden zwar ein gewisses Potential für die Versorgung der Zukunft eingeräumt, letztendlich fiel die Bewertung dieser neuartigen Dienstleistungen jedoch eher reserviert aus. Es wurden keine konkreten vielversprechenden Vorschläge gemacht, wie eine gesonderte Nutzung dieser Medien einen entscheidenden Beitrag zur Asthma-Versorgung geben könnte. Wichtig hierbei ist vor allem der Umstand, dass viele Kinder auf dem Land bei HausärztInnen und nicht bei PädiaterInnen in Behandlung sind. Dies hat insofern eine Relevanz, weil HausärztInnen weniger Kinder zu Schulungen überweisen (42, 88) und laut Aussage einiger ExpertInnen die Versorgung bei AllgemeinärztInnen nicht so gut sei wie die bei KinderärztInnen, was auch in Literatur bereits bekannt ist, zum Beispiel durch eine seltenere

Überprüfung der Inhalationstechnik (90). Hier zeigt sich sicherlich ein generelles strukturelles Problem der Gesundheitsversorgung, welches verständlicherweise nicht nur Asthma betrifft.

Es zeigte sich, dass vielen der ExpertInnen die Problematik der sozialen Ungleichheit in der Asthma-Versorgung durchaus bewusst ist. Diese äußerte sich durch das gehäufte Vorkommen aller drei in dieser Arbeit ausgewählten Risikofaktoren bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien, einer geringeren Adhärenz, einem fehlenden Zurechtfinden im deutschen Gesundheitssystem und einer geringeren Teilnahme an Schulungen und Arztterminen. Daher ist an dieser Stelle erneut die Möglichkeit des Reha-Aufenthalts hervorzuheben, welcher laut Aussage einiger ExpertInnen sehr gut von jener Gruppe angenommen wird. Doch findet sich hier vor dem Hintergrund, dass nur ein Bruchteil der für eine stationäre Rehabilitation geeigneten Kinder auch wirklich diesen Aufenthalt durchführen (44), auch eine große Aufforderung an Reha-Kliniken, GKV und DRV (in ihrem laut Gesetz gleichrangigen Auftrag (92)) mehr Werbung für eine Reha bei ÄrztIn, PatientIn und Eltern zu machen. Eine bessere Vermittlung wäre eine automatische Folge eines koordinierenden Case Managements. Zieht man dann jedoch in Betracht, dass nur etwa 10 % der Reha-Aufenthalte durch die GKV bezahlt wird, müssen diese Hoffnungen wohl vor allem auf der DRV liegen, die laut den Erkenntnissen dieser Befragung Reha-Aufenthalte massiv fördert und sogar auch die Finanzierung und die Organisation von Case Management in Betracht zieht. Ebenso bestätigt diese Untersuchung die Aussage von Szczepanski, dass die zeitlichen Abstände zwischen Reha-Entlassung und ambulanter Betreuung häufig sehr lange sind (93), ein besseres Case Management auch diesen Umstand verbessern könnte.

Ein weiteres bereits bekanntes und viel diskutiertes Thema ist die Öffnung des DMPs Asthma für Kinder unter fünf Jahren (85). Dieses wurde auch in dieser Befragung von vielen ExpertInnen aufgegriffen und einstimmig befürwortet. Da der angegebene Grund des G-BAs primär auf die unzureichende Möglichkeit einer objektiven Diagnostik abzielt, ist es interessant zu erkennen, dass auch viele der ExpertInnen - angesprochen darauf, welches Thema der Asthma-Versorgung sie am ehesten mehr beforschen würden - die Diagnose des Kleinkind-Asthmas beziehungsweise dessen Prognose ist. Nichtsdestotrotz sollte es auch als ein wichtiges Argument zur politischen Durchsetzung gelten, dass Kinder unter fünf Jahren, bei denen eine rezidivierende obstruktive Bronchitis diagnostiziert wird, bei vergleichbaren asthmatischen Symptomen absolut identisch behandelt werden und die Anmerkung, dass eine Öffnung des DMPs für Kinder unter fünf Jahren ein besseres Erkennen der Krankheit befördern könnte. Sollte der G-BA aber auch in dieser Frage an seiner Evaluations-Methodik festhalten und sich

darauf berufen, dass ein Kleinkind-Asthma nicht durch eine herkömmliche LuFu objektiviert werden kann, wird es wohl kaum eine Bewegung in Richtung eines flächendeckenden DMPs für Kinder unter fünf Jahren geben. Es bleibt zu hoffen, dass der erwähnte Selektivvertrag in der KV Nordrhein für Kleinkinder mit rezidivierenden obstruktiven Bronchitiden gut evaluiert wird und somit eine weitere Argumentationsgrundlage in möglichen Diskussionen bieten könnte.

#### **4.4 Ein Blick über die Landesgrenzen hinaus**

Bei den in dieser Arbeit aufgezeigten Herausforderungen und Möglichkeiten lohnt sich neben den bereits erwähnten Beispielen auch ein Blick in andere Länder. So wurde in Finnland im Zuge des Bemühens einer verstärkt häuslichen pflegerischen Versorgung von älteren Menschen ein umfassendes Konzept zur ambulanten Betreuung durch Pflegekräfte insbesondere in ländlichen Regionen entwickelt (121). Auch wenn die Zielgruppe und die pflegerische Tätigkeit sich im Detail sicherlich von der in der vorliegenden Arbeit gemachten Vorschläge unterscheidet, ist es trotzdem interessant, beide Modelle gegenüber zu stellen, da sich viele Strukturen des Case Managements und der fachlichen ambulanten pflegerischen Betreuung, beziehungsweise deren Kombination gleichen. So führen in Finnland die Kommunen ein Assessment über den Bedarf der jeweilig betroffenen Person durch. Wird ein erhöhter pflegerischer Bedarf erkannt, steht jeder Betroffenen eine PflegerIn zur Seite, welche die häusliche Pflege übernimmt, aber auch Case Management betreibt. Diese MitarbeiterInnen sind wiederum in interdisziplinären Pflege-Teams organisiert, die gemeinsam eine bestimmte geographische Region versorgen. Die Teams setzen sich zusammen aus Pflegekräften, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen oder MitarbeiterInnen mit Public-Health-Expertise. Pflegekräfte sind in diesen Teams besonders hervorzuheben, da sie die Verantwortung für die Organisation übernehmen und teilweise bereits in der direkten Versorgung Tätigkeiten ausführen – wenn auch immer in enger Abstimmung mit der ärztlichen Kollegin - die eigentlich in die ärztliche Kompetenz fallen (121). Dies ist vor allem auf die auch in Finnland vorherrschende Abnahme von ärztlichen Hausbesuchen zurückzuführen. Ähnliches lässt sich auch in den USA feststellen, wo die ambulante Pflege insbesondere durch kürzere stationäre Liege-Verweildauern eine größere Bedeutung erlangt hat (108). Solche Entwicklungen haben in diesen Ländern zu einer Aufwertung und Profilierung des Pflegeberufs geführt, wobei die jeweiligen Pflegekräfte häufig zusätzlich über eine akademische Ausbildung verfügen (108). Die Pflege-Teams sind so organisiert, dass alle zu versorgenden Personen in einem Umkreis von 30 km liegen und bei möglichen 8-10 Hausbesuchen pro Schicht gerade in ländlichen

Regionen durchschnittlich 80 km Anfahrtswege anfallen. Die Teams werden inzwischen auch immer stärker bei Krankenhaus-Entlass-Management und der ambulanten Nachbehandlung eingesetzt. Der vermehrte Einsatz von Case Management würde sicherlich auch generell in Deutschland Sinn machen, wurde jedoch in dieser Arbeit auf Grund der geringen Asthma bedingten Hospitalisations-Raten nicht priorisiert.

In Bezug auf Telemedizin finden sich sowohl in Finnland als auch in Kanada intelligente Lösungsansätze für Herausforderungen der Versorgung in ländlichen Regionen. So werden in Finnland Video-Konsultationen mit der ÄrztIn durchgeführt, während sich die PflegerIn in der Wohnung der PatientIn aufhält. In Kanada ist hingegen weit verbreitet, dass mittels Video-Konferenzen die MitarbeiterInnen in der peripheren Versorgung Rücksprache halten mit FachärztInnen (109). In Bezug auf Digitalisierung zeigte sich in Finnland zudem, dass eine elektronische Patientenakte den Informations-Austausch zwischen den an der Versorgung der jeweiligen PatientIn Beteiligten erleichtert und damit auch die Zusammenarbeit insgesamt verbessert (121). Weiterhin positiv zu erwähnen ist die sehr gute wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von Modellprojekten in Finnland (121).

#### **4.5 Was wären sinnvolle nächste Schritte zur Besserung der Asthma-Versorgung?**

In Bezug auf die Berücksichtigung einer ambulanten Beratung durch Pflegekräfte und dem Einbezug von Case Management wären folgende Schritte denkbar: In einer ExpertInnen-Runde – hierbei würde sich die Jahrestagung der AG Asthmaschulung im März 2018 in Bielefeld anbieten – könnte diskutiert werden, wie und bei welcher genauen Indikation die genannten Schritte um ambulante Pflege-Beratung und einer besseren Organisation durch flächendeckendes Case Management konkret umgesetzt werden. Dem Vorschlag vieler ExpertInnen folgend, könnten in einem Pilot-Projekt in Asthma für Kinder und Jugendliche qualifizierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sowie MFAs ausgewählt werden, um die persönliche ambulante Beratung im Umgang mit Asthma zu übernehmen. Um auch die Case-Management-Arbeit umzusetzen und zu Beginn eine zu hohe Komplexität zu vermeiden, sollten diese Gesundheitsfachkräfte in Personalunion zusätzlich zu ihrer ambulanten Pflege-Beratung auch die vor allem koordinierenden Aufgaben der Vernetzung und Vermittlung wahrnehmen (wenn sie dies nicht ohnehin bereits tun). Hierfür wäre eine initiale Schulung der Kern-Kompetenzen des Case Management erforderlich. Sinnvoll wäre bei diesem Vorhaben, dass eine Region ausgewählt wird, in der bereits gewachsene Strukturen oder Netzwerke der Asthma-Versorgung existieren und schon ein Angebot an ambulant arbeitenden Pflegekräften

im Bereich Asthma besteht. Nach Möglichkeit sollten die Pflegekräfte entweder selbständig oder in einer Nachsorge-Einrichtung angestellt sein. Auch die Festlegung der Region sollte gemeinsam mit weiteren ExpertInnen auf der Tagung in Bielefeld erfolgen.

Von oberster Priorität wäre bei einem solchen Vorhaben, dass es gut evaluiert wird. Hier müsste vorab ein intelligentes Studien-Design festgelegt werden. Eine solche Studie könnte als Selektivvertrag im Rahmen des Innovationsfonds finanziert und im Modell erprobt werden. Ist die Evaluation abgeschlossen, könnten die Ergebnisse beim G-BA eingereicht und eine Bewertung abgewartet werden. Vorher wird eine flächendeckende Einführung (durch eine Finanzierung der GKV) eines solchen Vorhabens nur schwer möglich sein. Ein weiterer möglicher Partner und Geldgeber wäre die DRV. Für sie könnte die Frage interessant sein, ob durch mehrmalige Hausbesuche ein kostenintensiver Reha-Aufenthalt vermieden werden kann. Trotzdem müsste an Hand des SGBs juristisch geklärt werden, ob eine solche Versorgung gesetzlich überhaupt durchführbar ist. Ein weiterer Vorteil, mit der DRV bezüglich der Erstattung ins Gespräch zu kommen, wäre die Vermeidung der für die GKV notwendigen Evaluation durch den G-BA. Da dieser bekanntermaßen sehr langwierig und aufwendig ist, hätte man über die DRV eine höhere Aussicht auf Erfolg.

Generell wäre eine erweiterte ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schwerem Verlauf des Asthma bronchiale sehr sinnvoll. Insbesondere sozial benachteiligte Kinder wären zudem besser versorgt als bisher und hätten mehr Möglichkeiten zur persönlichen, sozialen, schulischen und beruflichen Entwicklung. Ebenfalls hätte ein solches Vorgehen eine Profilschärfung und damit auch eine bessere Anerkennung des Pflegeberufes in Deutschland zur Folge. Doch auch für ÄrztInnen könnte dies eine berufliche Entlastung und die Konzentration auf ihre Kern-Arbeits-Bereiche bedeuten, während pflegerische Betreuung von PflegerInnen und administrative Aufgaben nun vermehrt von Case ManagerInnen übernommen werden würden. Politisch sollte eine morbiditätsangepasste Vergütung angestrebt werden. Dies wäre generell unter versorgungstechnischer Perspektive sinnvoll, würde aber vor allem das Interesse der ÄrztInnen an einer Teilnahme erhöhen. Dies ist besonders wichtig vor dem Hintergrund, dass ÄrztInnen insbesondere die Funktion des Gatekeepers erfüllen und von Beginn an Wert auf eine integrierende und gemeinsame Versorgung gelegt werden sollte.

Eine weitere Überlegung wäre die Ausweitung ambulanter Pflege und Case Management auch auf andere chronische Krankheiten des Kindes- und Jugendalters. Nicht nur Asthma und Asthma assoziierte Risikofaktoren, sondern auch andere Erkrankungen treten bei Kindern und Jugendlichen aus sozial schwächeren Familien häufiger auf bzw. nehmen bei diesen in der

Regel einen komplizierteren Verlauf. Ausgehend vom Asthma könnte und sollte ein in dieser Arbeit vorgestelltes Case Management auch auf weitere Erkrankungen wie Neurodermitis und Mukoviszidose ausgeweitet werden. Doch auch Kinder und Jugendliche mit sozial schwächerem Hintergrund, die an Diabetes, Adipositas, chronisch entzündlichen Darm-Erkrankungen, Angeborenen Herzfehlern, Epilepsie oder ADHS erkrankt sind, würden von einer vergleichbaren Betreuung profitieren. Daher ist anzuraten, ähnliche Erhebungen wie diese auch für die genannten Krankheiten durchzuführen, um jeweils spezifische Lösungen zu finden.

## Literaturverzeichnis

1. Holst J, Razum O. Public Health als Weg zur Optimierung des Menschen im Sinne besserer Resilienz? Die Stellungnahme der Leopoldina zu Public Health in Deutschland. *Gesundheitswesen*. 2015;77:593-5.
2. Hommes F, Philipsborn Pv, Geffert K, Karduck L. Public und Global Health in Deutschland–Eine Stellungnahme zur aktuellen Debatte. *Gesundheitswesen*. 2016;78:126-9.
3. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech, Deutsche Akademie der Technikwissenschaften und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften. *Public Health in Deutschland – Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen*. Halle (Saale); 2015.
4. SGB V. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)2015.
5. Teichert U, Kaufhold C, Rissland J, Tinnemann P, Wildner M. Vorschlag für ein bundesweites Johann-Peter Frank Kooperationsmodell im Rahmen der nationalen Leopoldina-Initiative für Public Health und Global Health. *Gesundheitswesen*. 2016;78:473-6.
6. Bergmann KE, Bergmann RL, Zepp F. Prävention in Kinder- und Jugendmedizin. Unter: <http://www.kav-gesellschaft.de/cms/wp-content/uploads/2013/11/Pr%C3%A4vention-in-der-Kinderheilkunde-PDF.pdf> [Abgerufen am 15.10.2017]
7. de Bock F. Der Kinderarzt als Gesundheitsförderer – in Organmedizin geschult, an Sozialmedizin geprüft. Vortrag beim 3. interdisziplinären Kongress Junger Naturwissenschaft und Praxis: „Chancen und Grenzen (in) der Medizin“; Berlin 2011.
8. Fegeler U, Jäger-Roman E. Prävention der "Neuen Morbidität" in der Ambulanten Allgemeinen Pädiatrie. *Kinderärztliche Praxis*. 2013;84:90-3.
9. Wagner N, Eßer K-J. DGKJ-Konzept Soziale Prävention - Zentren für Kinder- und Jugendgesundheit – eine interdisziplinäre Aufgabe. *Monatsschr Kinderheilkd*. 2013;161:575–80.
10. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Gleiche gesundheitliche Chancen für Kinder und Jugendliche in Deutschland - Umsetzung in der 19. Wahlperiode 2017 Unter: [https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/startseite/Politische\\_Forderungen\\_BVKJ-DAKJ-DGKJ-DGSPJ.pdf](https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/startseite/Politische_Forderungen_BVKJ-DAKJ-DGKJ-DGSPJ.pdf). [Abgerufen am 15.10.2017]
11. Beitsch LM, Brooks RG, Glasser JH, Jr YDC. The Medicine and Public Health Initiative: Ten Years Later. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005;29:149-53.
12. Davis RM. Marriage Counseling for Medicine and Public Health Strengthening the Bond Between These Two Health Sectors. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005;29:154-7.
13. Martin-Misener R, Valaitis R, Wong ST, MacDonald M, Meagher-Stewart D, Kaczorowski J, et al. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Primary health care research & development*. 2012;13(4):327-46.
14. Stevenson Rowan M, Hogg W, Huston P. Integrating Public Health and Primary care. *Healthcare policy*. 2007;2007(3).
15. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Stellungnahme der KBV zum Präventionsgesetz. 2013. Unter: <http://www.kbv.de/html/6206.php>. [Abgerufen am 15.10.2017]
16. Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMMP) zu dem am 31. Oktober 2014 zugesandten Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit 2014 Unter: [http://www.dgsmmp.de/files/stellungnahmen/141120\\_Stellungnahme\\_DGSMMP.pdf](http://www.dgsmmp.de/files/stellungnahmen/141120_Stellungnahme_DGSMMP.pdf). [Abgerufen am 15.10.2017]
17. Lenton S, Lie S, European Committee. Council of Europe guidelines for child friendly health care. *Pädiatrie & Pädologie Supplement*. 2014;1:9-18.
18. Gofin J, Foz G. Training and application of community-oriented primary care (COPC) through family medicine in Catalonia, Spain. *Family Medicine*. 2008;40:196-202.

19. Ehrich J, Grote U, Gerber-Grote A, Strassburg M. The Child Health Care System of Germany. *The Journal of Pediatrics*. 2016;177:71-86.
20. Wolfe I, Thompson M, Gill P, Tamburini G, Blair M, van den Bruel A, et al. Health Services for children in Western Europe. *The Lancet*. 2013;381:1224-34.
21. Gabrielova J, Veleminsky M. Interdisciplinary collaboration between medical and non-medical professions in health and social care. *Neuroendocrinology Letters*. 2014;35(Suppl. 1):59-66.
22. Bundesärztekammer, Bundesvereinigung Kassenärztliche, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale Versorgungsleitlinie Asthma - Kurzfassung. 2013;2. Auflage(5).
23. Kopp MV. Asthma bronchiale im Kindesalter. In: Ott H, Kopp MV, Lange L, Hrsg. *Kinderallergologie in Klinik und Praxis*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag; 2014. 157-72.
24. Petermann F, Schauerte G. Asthma bronchiale bei Kindern - Maßnahmen zur Förderung der Compliance. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2008;51(6):621-8.
25. Lecheler J. Nichtmedikamentöse Therapieverfahren bei Asthma bronchiale: Kinder und Jugendliche. In: Lingner H, Schultz K, Schwartz F-W, Hrsg. *Volkskrankheit Asthma und COPD*. Heidelberg: Springer Verlag Medizin; 2007. 279-86.
26. Berdel D. Diagnostik und Früherkennung von Asthma bronchiale bei Kindern. In: Lingner H, Schultz K, Schwartz F-W, Hrsg. *Volkskrankheit Asthma/COPD*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2007. 177-84.
27. Bush A. Diagnosis of asthma in children under five. *Primary Care Respiratory Journal*. 2007;16:7-15.
28. Global Initiative for Asthma. Leitfaden zum Management und Prävention von Asthma - Die GINA-Leitlinien. 2016.
29. Kenn K. Integrierte Versorgung bei Asthma bronchiale und COPD. In: Lingner H, Schultz K, Schwartz F-W, Hrsg. *Volkskrankheit Asthma/COPD - Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2007.
30. Steiß J-O, Lindemann H, Brosig B, Zimmer KP. Wichtige Aspekte bei der Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel des Asthma bronchiale. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2013;138:2613-8.
31. Guénette L, Breton M-C, Grégoire J-P, Bolduc Y, Boulet L-P, Dorval E, et al. Effectiveness of an asthma integrated care program on asthma control and adherence to inhaled corticosteroids. *Journal of Asthma*. 2015;52(6):638-45.
32. Lommatzsch M, Virchow J. Severe asthma: definition, diagnosis and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2014;111:847-55.
33. Bousquet J, Mantzouranis E, Cruz AA, Ait-Khaled N, Baena-Cagnani CE, Bleecker ER, et al. Uniform definition of asthma severity, control, and exacerbations: document presented for the World Health Organization Consultation on Severe Asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2010;126(5):926-38.
34. Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL, Bush A, Castro M, Sterk PJ, et al. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *European Respiratory Journal*. 2013;erj02020-2013.
35. KiGGS. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1 : Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012 Asthma bronchiale. *Bundesgesundheitsblatt*. 2014.
36. Lungeninformationsdienst. Asthma Bronchiale bei Kindern und Jugendlichen. Unter: <https://www.lungeninformationsdienst.de/aktuelles/schwerpunktthemen/kindliches-asthma/index.html>. [Abgerufen am 07.09.2017]

37. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J, Drazen JM, Fitzgerald M. Global strategy for asthma management and prevention : GINA executive summary. *European Respiratory Journal*. 2008;31(1):143-78.
38. Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit.: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber; 2000.
39. Bolte G. Tabakrauchbelastung von Kindern: Konzeptionelle Überlegungen zu Ansatzpunkten für Gesundheitsförderungsstrategien. *Das Gesundheitswesen*; 2007; 69(03) V34.
40. Lampert T, List S. Gesundheitsrisiko Passivrauchen. 2010.
41. Kim H, Kieckhefer GM, Greek AA, Joesch JM, Baydar N. Health care utilization by children with asthma. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(1):A12.
42. Meiners F. Asthma bei Kindern 2009 - Defizite und Fortschritte in der Versorgung. *DAK Forschung*. 2009.
43. Bush A, Pavord ID. Omalizumab: NICE to USE you, to LOSE you NICE. *Thorax*. 2013;68(1).
44. Spindler T. Rehabilitation als Bestandteil der kinderpneumologischen Versorgungskette. *10 Jahre Kinderpneumologie in der Praxis*. 2016:45-6.
45. Hagen B, Altenhofen L. Das DMP in der Region Nordrhein - Die Situation der Kinder und Jugendlichen bei Ersteinschreibung. *Pädiatrische Allergologie*. 2007;10(3):7-13.
46. Chen E, Schreier HMC. Does the Social Environment Contribute to Asthma ? *Immunology and Allergy Clinics North America*. 2008;28:649-64.
47. Laußmann D, Haftenberger M, Langen U, Eis D. Einflussfaktoren für Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*. 2012;55:308-17.
48. Szczepanski R. Asthma und andere atopische Erkrankungen. In: Schlack HG, Thyen U, von Kries R, Hrsg. *Sozialpädiatrie*. 1. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009. 242-8.
49. Moffatt MF, Kabesch M, Liang L, Dixon AL, Strachan D, Heath S, et al. Genetic variants regulating ORMDL3 expression contribute to the risk of childhood asthma. *Nature*. 2007;448(7152):470-3.
50. von Kries R, Reinehr T. Adipositas. In: Schlack HG, Thyen U, von Kries R, Hrsg. *Sozialpädiatrie*. 1. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009. 235-42.
51. Kuntz B, Lampert T. Tabakkonsum und Passivrauchbelastung bei Jugendlichen in Deutschland. 2016.
52. Arbeitsgemeinschaft Allergiekranke Kind. Vernetzen · Teilen · Lernen Allergie-Selbsthilfe für Kinder und Eltern. Hilfen für Kinder mit Asthma, Ekzem oder Heuschnupfen (AAK) eV. 2016.
53. Kröger C, Mons U, Klärs G, Orth B, Maschewsky-Schneider U, Lampert T. Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“. *Bundesgesundheitsblatt*. 2010;53:91-102.
54. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Tabakkonsum reduzieren. Unter: [http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?\\_\\_cms\\_page=nationale\\_gz/tabakkonsum](http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz/tabakkonsum). [Abgerufen am 12.10.2017]
55. Been JV, Nurmatov UB, Cox B, Nawrot TS, van Schayck CP, Sheikh A. Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Paediatr Dent*. 2014;16(3):210-1.
56. Lux R, Walter U. Rauch und Rauchen – Passive Rauchexposition und aktiver Tabakkonsum von Mädchen und Jungen. In: Bitzer EM, Walter U, Lingner H, Hrsg. *Kindergesundheit stärken - Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung*. 1. Heidelberg: Springer Verlag Medizin; 2009. 178-85.
57. Winickoff JP, McMillen RC, Carroll BC, Klein JD, Rigotti NA, Tanski SE, et al. Addressing Parental Smoking in Pediatrics and Family Practice: A National Survey of Parents. *Pediatrics*. 2003;112:1146-51.

58. Andreas S, Bartsch G, Batra A, Effertz T, Gohlke H, Jähne A, et al. S3-Leitlinie “ Screening , Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums ”. SUCHT. 2016.
59. Wijga AH, Schipper M, Brunekreef B, Koppelman GH, Gehring U. Asthma diagnosis in a child and cessation of smoking in the child's home: the PIAMA birth cohort. *Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology*. 2016.
60. Tabuchi T, Fujiwara T. Are secondhand smoke-related diseases of children associated with parental smoking cessation? Determinants of parental smoking cessation in a population-based cohort study. *Preventive medicine*. 2015;73:81-7.
61. Szczepanski R, Hillen P. Minderung der Passivrauchexposition von Kindern - elterliches Verhalten, Änderungsmöglichkeiten und deren Determinanten. *Pneumologie*. 1999;53:37-42.
62. Hannover W, Thyrian JR, John U. Short report : Paediatricians ' attitude towards counselling parents postpartum about their smoking behaviour. *European Journal of Public Health*. 2004;14:199-200.
63. Pérez-Stable EJ, Juarez-Reyes M, Kaplan CP, Fuentes-Afflick E, Gildengorin V, Millstein SG. Counseling smoking parents of young children: comparison of pediatricians and family physicians. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2001;155(1):25-31.
64. Cluss PA, Moss D. Parent Attitudes About Pediatricians Addressing Parental Smoking. *Ambulatory Pediatrics*. 2002;2:485-8.
65. Moss D, Cluss PA, Mesiano M, Kip KE. Accessing adult smokers in the pediatric setting : What do parents think? *Nicotine & Tobacco Research*. 2006;8(1):67-75.
66. Wiesmüller GA, Heinzow B, Aurbach U, Bergmann K-C, Bufe A, Buzina W, et al. AWMF-Schimmelpilz-Leitlinie „Medizinisch klinische Diagnostik bei Schimmelpilzexposition in Innenräumen" AWMF-Register-Nr. 161/001-Endfassung.
67. Robert-Koch-Institut (RKI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: RKI; 2008.
68. Schäfer T, Bauer CP, Beyer K, Bufe A, Friedrichs F, Gieler U, et al. S3-Leitlinie Allergieprävention - Update 2014. AWMF online. 2014;3. Auflage.
69. Gruber C, Hirsch T. Schützt Reduktion von Milbenallergen Kinder vor Asthma? *Allergologie*. 2016;39(4).
70. Jentzsch NS, Augusto P, Camargos M, Melo EMDE. Compliance with environmental control measures in the homes of children and adolescents with asthma. *Journal of Brazilian Pneumology*. 2006;32(3):189-94.
71. Leinaar E, Alamian A, Wang L. A systematic review of the relationship between asthma , overweight , and the effects of physical activity in youth. *Annals of Epidemiology*. 2016;26(7):504-10.
72. Walders-Abramson N, Wamboldt FS, Curran-Everett D, Zhang L. Encouraging physical activity in pediatric asthma: a case–control study of the Wonders of Walking (WOW) Program. *Pediatric Pulmonology*. 2009;44(9):909-16.
73. Glazebrook C, McPherson AC, Macdonald IA, Swift JA, Ramsay C, Newbould R, et al. Asthma as a barrier to children's physical activity: implications for body mass index and mental health. *Pediatrics*. 2006;118(6):2443e9.
74. Frey U, Latzin P, Usemann J, Maccora J, Zumsteg U, Kriemler S. Asthma and obesity in children : current evidence and potential systems biology approaches. *Allergy*. 2015;70(10):26-40.
75. Xanthopoulos M, Tapia IE. Obesity and common respiratory diseases in children. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2017;23:68-71.
76. Eneli I, Skybo T, Camargo Jr C. Weight loss and asthma : a systematic review. *Thorax*. 2008;63:671-7.

77. Forno E, Weiner DJ, Mullen J, Sawicki G, Kurland G, Han YY, et al. Obesity and Airway Dysanapsis in Children with and without Asthma. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2017;195(3):314-23.
78. Beasley R, Semprini A, Mitchell EA. Risk factors for asthma : is prevention possible? *The Lancet*. 2015;386(998):1075-85.
79. Forno E, Lescher R, Strunk R, Weiss S, Fuhlbrigge A, Celedón JC, et al. Decreased response to inhaled steroids in overweight and obese asthmatic children. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;127(3):741-9.
80. Jaeschke R. Effekte von körperlichem Training bei Kindern und Jugendlichen mit Formen des Asthma bronchiale und/oder der Adipositas: Sporthochschule Köln; 2006.
81. Seidenberg J. Disease Management Programm Asthma bronchiale: Wie läuft es an? *Pädiatrische Allergologie*. 2007;10(3):6-7.
82. Köhler D. Disease Management Programme. In: Lingner H, Schultz K, Schwartz F-W, Hrsg. *Volkskrankheit Asthma und COPD*. Heidelberg: Springer Verlag Medizin; 2007. 327-34.
83. Weber A, Friedrichs F. Die Situation von Kindern und Jugendlichen im DMP Asthma bronchiale in der Region Nordrhein – eine Bestandsaufnahme. *Atemswegs-und Lungenkrankheiten*. 2014;40:1-7.
84. AOK. DMP Asthma Bronichale. Unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/faq/asthma/index.html#koa>. [Abgerufen am 15.10.2017]
85. Runge C. DMP Asthma - Kein Programm für Kleinkinder. *Deutsches Ärzteblatt*. 2012;109(42):2083-4.
86. Schauerte G. DMP Asthma - Ein Erfolg für Kinder. In: *Bundesarbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie*, editor. *10 Jahre Kinderpneumologie in der Praxis*. 1. Heidenheim: med info GmbH; 2016. 39-40.
87. Zaumseil M, Behzadi A, Hermann A, Lückert J. Gestaltung von Disease-Management-Programmen (DMP) aus gemeindepsychologischer und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. Berlin 2002.
88. Schauerte G, Weber A, Umpfenbach U. DMP Asthma bronchiale – erfolgreich bei Kindern und Jugendlichen. *Atemwegs- und Lungenkrankheiten*. 2017;43(1):40-7.
89. Arbeitsgemeinschaft Asthma-Schulung im Kindes- und Jugendalter e.V. *Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen*. Wangen im Allgäu 2013.
90. Weber A, Groos S, Hagen B, Kretschmann J, Altenhofen L. Einflussfaktoren in der Qualitätszielerreichung in der Versorgung an Asthma erkrankter Kinder und Jugendlicher. *Atemwegs- und Lungenkrankheiten*. 2014;39(7):248-53.
91. Steiß J, Schudt J, Landmann E, Lindemann H. Zur Effizienz der Nachscheidung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale. *Allergologie*. 2006;29:109-16.
92. Weinbrenner S. Neue Konzepte und Strukturen der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung. „Ganz neue Möglichkeiten und Perspektiven für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen durch das Flexirentengesetz“; Wangen 2017.
93. Szczepanski R. Tertiärprävention und Rehabilitation in der Pädiatrie. In: Schlack HG, Thyen U, von Kries R, Hrsg. *Sozialpädiatrie*. 1. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009. 124-9.
94. Thyen U. Sozialpädiatrische Betreuungskonzepte. In: Schlack HG, Thyen U, von Kries R, Hrsg. *Sozialpädiatrie*. 1. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009. 210f.
95. Abels G, Behrens M. ExpertInnen-Interviews in der Politikwissenschaft - Eine sekundäranalytische Reflexion über theoretische und politikfeldanalytische Effekte. In: A B, B L, W M, editors. *Experteninterviews - Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009.

96. Otten M, Schreier M, Diederich A. Eine qualitative Studie zur Priorisierung medizinischer Leistungen in der Onkologie : Präferenzen und Kriterien unterschiedlicher Stakeholdergruppen. *Priorisierung in der Medizin - FOR 655*. 2012.
97. Bogner A, Littig B, Menz W. Auswertungsverfahren für Experteninterviews. Bohnsack R, Uwe Flick, Lüders C, Reichertz J, Hrsg. Wiesbaden: Springer VS Verlag; 2012.
98. Kretzer S. Arbeitspapier zur Konzeptentwicklung der Anonymisierungs-/Pseudonymisierung in Qualiservice. 2013.
99. Schreier M. Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. 2014;Volume 15, No. 1, Art. 18 – Jan(1):1-20.
100. Winkelhage J. Qualitative Stakeholder-Interviews: Entwicklung eines Interviewleitfadens zur Erfassung von Prioritäten in der medizinischen Versorgung. *Priorisierung in der Medizin FOR 655*. 2007;04.
101. Rustemeyer R. *Praktisch-methodische Schritte der Inhaltsanalyse*. Münster: Aschendorff Verlag; 1992.
102. Winkelhage J, Winkel S, Schreier M, Heil S, Lietz P, Diederich A. Qualitative Inhaltsanalyse : Entwicklung eines Kategoriensystems zur Analyse von Stakeholderinterviews zu Prioritäten in der medizinischen Versorgung. *FOR655*. 2008;15.
103. Bogner A, Littig B, Menz W. Einleitung: Das Experteninterview - eine Methode qualitativer Sozialforschung. In: Bohnsack R, Flick U, Lüders C, Reichertz J, Hrsg. *Interviews mit Experten - Eine praxisorientierte Einführung*. 1. Wiesbaden: Springer VS; 2014.
104. Audenhove Lv. *Expert Interviews and Interview Techniques for Policy Analysis*. 2011.
105. Bogner A, Littig B, Menz W. *Interviews mit Experten - Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag; 2014.
106. Kassenärztztlicher Bundesverband. *Tabakentwöhnung im Fokus - DMP für COPD wird 2018 aktualisiert 2016*. Unter: [http://www.kbv.de/html/1150\\_23925.php](http://www.kbv.de/html/1150_23925.php). [Abgerufen am 03.10.2017]
107. Schoierer J, Lob-Corzilius T, Wermuth I, Nowak D, Böse-O'Reilly S. Mehr Prävention durch das Präventionsgesetz in der kinder-und jugendärztlichen Praxis!? *Das Gesundheitswesen*. 2017;79(03):174-8.
108. Schaeffer D. Case Management in der US-amerikanischen ambulanten Pflege: arbeitsorganisatorische Konsequenzen. In: Ewers M, Schaeffer D, Hrsg. *Case Management in Theorie und Praxis*. 2. Bern: Hans Huber; 2005. 117-44.
109. Schaeffer D, Hämel K, Ewers M. Häusliche Pflege und Versorgung in Finnland. In: Gerlinger T, Kolip P, Razum O, Schaeffer D, Hrsg. *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2015. 207-22.
110. Rolinck-Werninghaus C, Trentmann M, Reich A, Lehmann C, Staab D. Improved management of childhood atopic dermatitis after individually tailored nurse consultations: a pilot study. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2015;26(8):805-10.
111. Wendt WR. *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen - Eine Einführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 2015.
112. Ewers M. Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers M, Schaeffer D, Hrsg. *Case Management in Theorie und Praxis*. 2. Bern: Hans Huber; 2005. 53-90.
113. Lamb GS, Stempel JE. Pflegerisches Case Management aus Patientensicht: die Entwicklung zum Insider-Experten. In: Ewers M, Schaeffer D, Hrsg. *Case Management in Theorie und Praxis*. 2. Bern: Hans Huber; 2005. 161-77.
114. Grundböck A, Krajic K, Stricker S, Pelikan JM. Case Management in einem Wiener Modellprojekt zur ambulanten Versorgung von Patienten mit komplexem Betreuungsbedarf. In:

- Ewers M, Schaeffer D, Hrsg. Case Management in Theorie und Praxis. 2. Bern: Hans Huber; 2005. 217-49.
115. Ewers M, Schaeffer D. Einleitung: Case Management als Innovation im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers M, Schaeffer D, Hrsg. Case Management in Theorie und Praxis. 2. Bern: Hans Huber; 2005. 7-28.
116. Tophoven C. Case Management in ärztlichen Praxisnetzen als Zukunftsoption. In: Ewers M, Schaeffer D, Hrsg. Case Management in Theorie und Praxis. 2. Bern: Hans Huber; 2005. 265-74.
117. Fichtel E. Berliner Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation: Erfahrung von Klienten. In: Ewers M, Schaeffer D, Hrsg. Case Management in Theorie und Praxis. 2. Bern: Hans Huber; 2005. 275-90.
118. Wahler S, Waller H. Fallmanagement als innovative Dienstleistung eines Ärztenetzes. In: Ewers M, Schaeffer D, Hrsg. Case Management in Theorie und Praxis. 2. Bern: Hans Huber; 2005. 291-306.
119. Ludwig K. Die elektronische Gesundheitskarte muss gerettet werden. Süddeutsche Zeitung. 2017.
120. Land Brandenburg - Ministerium für Arbeit Soziales Gesundheit Frauen und Familie. Neues Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ startet im Februar 2017 an 20 Schulen 2016 [cited 2017 06.10.]. Available from: <http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.462962.de>.
121. Schaeffer D, Hämel K, Ewers M. Anregungen für die deutsche Diskussion. In: Gerlinger T, Kolip P, Razum O, Schaeffer D, Hrsg. Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2015. 225-41.

## **Anhang: Interview-Leitfaden**

1. Umgang und Erfahrung mit **rauchenden Eltern/Jugendlichen**
  - a. Sprechen Sie das Rauchen in Ihrer regulären beruflichen Tätigkeit an?
  - b. Was sprechen Sie genau an?
  - c. Was sind Ihre Ziele dabei?
  - d. Wie sind die Reaktionen der Eltern?
  - e. Wie sind die Erfolgsaussichten?
  - f. Was müsste für eine bessere Reduktion des Rauchens/der Tabakrauch-Exposition passieren?
  - g. Sollten Raucher-Entwöhnungsprogramme Teil des DMPs Asthma werden?
2. Umgang und Erfahrung mit **widrigen Wohnbedingungen**
  - a. Allgemein
    - i. Machen Sie Hausbesuche?
    - ii. Wenn ja, was sind Gründe für die Entscheidung eines Hausbesuchs?
    - iii. Haben Sie einen Überblick über die Wohnsituation Ihrer Patienten?
  - b. Schimmel
    - i. Wie gehen Sie mit dem Thema Schimmel um?
    - ii. Wie gehen die Eltern mit dem Thema Schimmel um?
    - iii. Wie bewerten Sie dies?
    - iv. Wie sieht Ihre Unterstützung im Falle von Schimmel in der Wohnung aus?
  - c. Hausstaubmilben/Tierhaare
    - i. Thematisieren Sie dies im persönlichen Gespräch?
    - ii. Wie ist das Interesse/Verhalten der Eltern?
3. Umgang und Erfahrung mit **übergewichtigen asthmatischen Kindern/Jugendlichen**
  - a. Wie bewerten Sie allgemein den kausalen Risikofaktor Adipositas in Bezug auf Asthma? Wo sehen Sie einen Zusammenhang?
  - b. Beraten Sie in Bezug auf Ernährung/Bewegung/Sport/Gewichtsreduktion?
  - c. Thematisieren Sie das Übergewicht und leiten Sie Handlungen ein?
  - d. Sollten adipöse asthmatische Kinder ein besonderes Angebot erhalten zur Bewegungsförderung/Gewichtsreduktion?
4. **Bewertung bisheriger Asthma-Versorgung** und Vorschläge zur Verbesserung
  - a. Wie bewerten Sie das DMP Asthma für Kinder und Jugendliche?
  - b. Was könnte im DMP verbessert werden?

- c. Was könnte im DMP in Bezug auf die oben genannten Risikofaktoren verbessert werden?
- d. Welcher Aspekt in der Asthma-Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollte mehr oder besser erforscht werden?
- e. Kennen Sie Positiv-Beispiele aus anderen Ländern, die Sie so gerne auch in Deutschland umsetzen würden?
- f. Wo sehen Sie Deutschland im internationalen Vergleich und wie bewerten Sie generell die Asthma-Versorgung in Deutschland?
- g. Welche Herausforderungen sehen Sie in ländlichen Regionen?
- h. Was sind Lösungen in Ihren Augen?
- i. Wie bewerten Sie den Nutzen oder die Möglichkeiten von vermehrter Digitalisierung und Tele-Medizin?

#### **5. Erfahrungen bisheriger interdisziplinärer Zusammenarbeit**

- a. Haben sich häufige Probleme mit bestimmten Berufsgruppen ergeben? Wie und mit welcher Gruppe waren diese?
- b. Was sind Erfolgsfaktoren oder Positiv-Beispiele in der interdisziplinären Zusammenarbeit?
- c. Sehen Sie Probleme bezüglich Datenschutz, wenn mehrere Berufsgruppen an der Betreuung eines Falles beteiligt sind?
- d. Müssten bestimmte Berufsgruppen, die an der Asthma-Versorgung beteiligt sind, eine andere/bessere Ausbildung erhalten?

#### **6. Beteiligung weiterer Akteure**

- a. Kitas und Schulen
  - i. Hatten Sie bisher Erfahrung mit Kitas und Schulen in Bezug auf Asthma? Welcher Natur waren diese?
  - ii. Was ist Ihre Erfahrung mit Kitas und Schulen in Bezug auf Asthma?
  - iii. Könnten Kitas und Schulen sich mehr an der Asthma-Versorgung beteiligen? Wenn ja, wie?
- b. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)
  - i. Wo sehen Sie den ÖGD in der Asthma-Versorgung?
  - ii. Welche Aufgaben könnte der ÖGD übernehmen?
- c. Weitere
  - i. Sollten SPZs vermehrt in die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma einbezogen werden?

- ii. Sollten Jugendämter vermehrt in die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma einbezogen werden?
- iii. Könnten Sozialarbeiter die Versorgung verbessern?
- iv. Wer ist sonst noch zu berücksichtigen?

**7. Ambulante pflegerische Beratung und Case Management**

- a. Erachten Sie es als sinnvoll, dass Familien mit erhöhtem Bedarf eine zusätzliche Betreuung erhalten?
- b. Wie sollte diese Betreuung aussehen?
  - i. Hausbesuche?
  - ii. Pflegerische Unterstützung?
  - iii. Koordinierende Tätigkeit?
- c. Wer sollte so etwas bekommen? Welche Indikatoren schlagen Sie vor, die eine solche Entscheidung berücksichtigen sollte?
- d. Wo könnten diese Personen angesiedelt sein?
- e. Wer bezahlt diese?

**8. Abschließende Bemerkungen:** Gibt es noch Aspekte, die wir bisher in unserem Gespräch nicht beleuchtet haben, die Sie aber gerne noch erwähnen und diskutieren würden?

## Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Mathias Krisam, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema:

„Ansätze zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland mit Asthma bronchiale mit einem Fokus auf soziale Risikofaktoren und interdisziplinärer Zusammenarbeit“

selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

## **Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

**Publikationsliste**

Krisam, M., von Philipsborn, P. & Meder, B. (2017). Nudging in der Primärprävention: Eine Übersicht und Perspektiven für Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 79(02), 117-123.

## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Prof. Susanne Lau für die äußerst unkomplizierte, hilfsbereite und entgegen kommende Zusammenarbeit. Ebenso auch ein Dankeschön für Ihr Vertrauen in meine selbständige Arbeit.

Ein weiterer Dank geht an Lisa, die du mit deiner methodischen Expertise und ausführlichen Beratung diese Arbeit überhaupt erst ermöglicht hast. Ohne dich hätten wir methodisch wohl alle wie die Ochsen vorm Berg gestanden ☺

Weiterhin ein ganz besonderer Dank an Peter, der du diese Arbeit quasi von Beginn mit kritischen Kommentaren und Überlegungen und später auch methodisch begleitet hast. Ich weiß deinen persönlichen und professionellen Einsatz sehr zu schätzen, freue mich auf viele weitere Diskussionen und wissenschaftliche Arbeiten in der Zukunft und bin sehr gespannt, was wir gemeinsam noch alles bearbeiten werden.

Ein weiterer Dank auch an Karin, die du trotz vieler eigener Projekte und privater Verpflichtungen diese Arbeit ebenfalls als kritischer Begleiter und bei der Aufstellung des Kategorien-Systems unterstützt hast, wo und wann du konntest.

Ebenso ein Dankeschön an Manfred Wildner, der zwar trotz Interesse diese Arbeit nicht als offizieller Betreuer begleiten konnte, jedoch in einem ausführlichen Telefonat vorab eine klare Richtung vorgab, wohin sich diese Arbeit entwickeln sollte.

Ebenso gilt mein Dank der Studienstiftung, die quasi mein ganzes Studentenleben bereichert haben und ohne die ich beruflich nun nicht dort stehen würde, wo ich mich befinde.

Ein ausgesprochener Dank auch an alle Interview-Partner, die sich die Zeit für die Gespräche nahmen und mich so offen an ihrer Expertise und Erfahrung teilnehmen ließen. Ich hoffe sehr, dass ich einen kleinen Teil durch diese Arbeit an Sie alle zurückgeben kann.

Und ein abschließender Dank an meine Familie, die in guter Union als schnelles und effizientes Lektorat zur Seite stand ☺