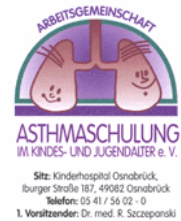


# Praxis Asthmaschulung – Süd

Die Gazette für Asthmatrainer Heft 1/2004, Januar 2004, ISSN 1611-9584



## Inhalt:

Begrüßung	Seite 1
Workshop: Was denkt der Arzt bei seiner Therapieempfehlung?	Seite 2
Workshop: Asthmaschulung im Kindergartenalter	Seite 2
Plenum: Kinder und Jugendliche in der Schulung	Seite 2-3
Workshop: Die Crux mit der Auslöservermeidung	Seite 4
Workshop: Sport und Asthma	Seite 5
Workshop: Schwierige Gruppensituationen meistern	Seite 5-6
Protokoll der Mitgliederversammlung	Seite 7
Adressen, Erratum des QM-Handbuchs, Rosenheim 2004	Seite 8

herausgegeben von den

Landesgruppen  
**Bayern**  
und  
**Baden-Württemberg**

## „Praxis Asthmaschulung - Süd“ – es geht weiter

Liebe Freundinnen/-e und Kolleginnen/-en,

hier ist also die zweite Ausgabe unserer „Praxis Asthmaschulung Süd“. Wir sind schon ein bisschen stolz, euch diese Gazette erneut präsentieren zu dürfen.

Am 15.11.2004 hat nun schon zum 2. Mal unsere **Süddt. Jahrestagung der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter** stattgefunden. Nach Würzburg hat dieses Jahr die Fachklinik Wangen den idealen Rahmen für eine gelungene, praxisnahe Veranstaltung geboten.

Unsere im Jahre 2000 entstandene Idee der Landesgruppen Bayern und Baden-Württemberg, neben der jährlich stattfindenden „großen“ bundesdeutschen Tagung eine kleinere, praxisorientierte und zum interdisziplinären persönlichen Austausch anregende Veranstaltung anzubieten wurde von etwa 140 Teilnehmern der verschiedensten Berufsgruppen angenommen.

War der Vormittag geprägt von Plenumsvorträgen zu den Themen „Gruppenprozesse in der Schulung“ sowie zum Leitthema Asthma + Adipositas, fanden nachmittags interdisziplinäre Workshops zu einem breiten Angebot schulungsrelevanter Themen statt. Daneben war in den Pausen genügend Zeit zum Besuch der Industriestände sowie zum persönlichen Gespräch unter den Teilnehmern.

Im Abschlussplenum wurden die Ergebnisse der Workshops allen Teilnehmern präsentiert.

Zuletzt standen dann noch für unsere Teilnehmer aus Bayern die angekündigten Neuwahlen für den Sprecherrat der Landesgruppe an. Es wurde beschlossen, die Besetzung etwas zu straffen. Wir haben nun jeweils einen Vertreter/-in für jede Region Bayerns, dazu sind paritätisch die relevanten Berufsgruppen vertreten. Die Besetzung und somit das Wahlergebnis kann zusammen mit dem Protokoll der Mitgliederversammlung auf Seite 7 nachgelesen werden.

Ihr haltet letztlich eine Zusammenfassung der süddt. Jahrestagung mit dieser Gazette in den Händen.

An dieser Stelle wollen wir uns bei den Organisatoren der Jahrestagung -Dr.T.Spindler, Dr.M.Rau und Ch.Hilsenbeck- in Wangen vielmals bedanken.

Wie auch beim letzten Male bitten wir euch um Kritik und Anregungen, um unsere Arbeit noch weiter optimieren zu können.

### Nun noch ein Wort in eigener Sache:

Eine ganze Reihe verschiedener Leute engagieren sich fast immer unentgeltlich, um sowohl unsere „Kleine Jahrestagung“ als auch diese Gazette zu einem Erfolg werden zu lassen.

Wir achten bewusst darauf, soweit als möglich, alle Teams und Personen, die mit Asthmaschulung befasst sind, an den Ergebnissen dieser Arbeit teilhaben zu lassen, ohne danach zu fragen, ob es sich um Mitglieder der AG Asthmaschulung handelt oder nicht.

Auf Dauer werden wir in jeder Hinsicht unsere Interessen als Asthmaschuler bei Kindern und Jugendlichen umso besser vertreten können, je mehr von uns aktive Mitglieder unseres Verbands sind. Deshalb bitten wir euch nochmals: erwerbt die Mitgliedschaft der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter.

Euer

Otto Laub  
Landessprecher Bayern

Johannes Forster  
Landessprecher Baden-Württemberg

## Workshop: Was denkt der Arzt bei seiner Therapieempfehlung?

Johannes Forster, Freiburg

Zur Einleitung wurde dargestellt, dass nach der Asthma-Diagnose und Festlegung des Schweregrades generell eine angemessene Therapie erfolgt mit dem Ziel eines niedrigeren Schweregrades. Das Erreichen dieses niedrigeren Schweregrades erfordert wiederum die Überprüfung der Therapie mit der Frage einer Verminderungs-Möglichkeit (step down). Wichtig zu wissen ist, dass es sowohl zur Diagnosestellung, als auch der Festlegung des Schweregrades und der Therapie Leitlinien gibt. Das sind empfohlene Korridore für die letztliche Entscheidung. Letzten Endes muss aber der Arzt unter Berücksichtigung der tatsächlichen Situation, mithin auch unter Berücksichtigung der

Wünsche des Patienten, den Therapieplan erstellen. Am Beispiel eines Inhalationsmedikamentes wurde besprochen, dass Medikament und Applikationsform (z.B. Discus, Turbohaler etc.) sich nicht trennen lassen. Das Minimum der Unterrichtung besteht in der Instruktion des Patienten. Das erwünschte Verfahren ist die Schulung, damit das Kind über altersgemäße Erklärungen und Verhaltensmuster verfügt, seine Krankheit angemessen zu therapieren.

In der Gruppenarbeit wurde der Fall eines 13-jährigen behandelt, der trotz antiinflammatorischer Therapie Asthma des Schweregrades 2 hat. Die Teilnehmer entdeckten, dass

Gründe beim Arzt liegen können (fehlende aktuelle Anamnese), beim Patienten (neue Allergie, lungenschädigendes Verhalten [Rauchen], fehlende Medikamenteneinnahme) sowie generelle Gründe (Pubertät, Interaktionsprobleme mit Eltern und/oder Arzt). Es wurden Vorstellungen entwickelt, wie über einen ganzheitlichen Zugang auch ein solch „schwieriger Patient“ erreicht und zu einer guten Einstellung des Asthmas gebracht werden könnte. Die Erfahrung des Workshops lassen sich im Gespräch mit Jugendlichen in der Asthaschulung gewinnbringend verwenden und tragen zur Verbesserung ihrer Asthmathherapie bei.

Johannes Forster, St. Josefskrankenhaus, Hermann Herder Str. 1, 79104 Freiburg, J.Forster@aabw.de

## Workshop: Asthaschulung im Kindergartenalter - Steigender Bedarf, fehlendes Konzept

Pia Schlenker, Pascal Polaczek, Villingen-Schwenningen

Wir konnten auch in diesem Workshop eine große Anzahl von Teilnehmern begrüßen. Ziel war es durch die Vorstellung unseres Schulungsprogramm, das sich im Wesentlichen auf die Altersgruppe 3-5 Jahre bezieht, eine Diskussion über die Notwendigkeit von Asthaschulung in diesem Alter anzuregen. Da die Diagnose Asthma Bronchiale in der letzten Zeit erfreulicherweise immer früher gestellt wird und gleichzeitig sichere und etablierte Behandlungsstrategien existieren, muss nach unserer Meinung auch eine qualifizierte Asthaschulung für das Kindergartenalter angeboten werden.

### Elternschulung

Das vorgestellte Konzept gab keinen Anlass zur Diskussion. Diese sollte im Wesentlichen identisch zur Schulung im

Pia Schlenker, Pascal Polaczek, Villingen-Schwenningen

Schulkindesalter durchgeführt werden, wobei beim Thema Medikamente und Inhalationshilfsmittel die in diesem Alter vorrangig verwendeten in den Vordergrund gestellt werden sollten.

### Kinderschulung

Lernmodelle von Piaget und anderen zeigen, dass das Zentrum des Lernens im Kindergartenalter das Spiel ist. Dies kann als Symbolspiel, einfaches Rollenspiel oder Illusionsspiel ablaufen. Da das Lernen von der Aufmerksamkeit und der Motivation des Kindes ebenfalls stark abhängig ist, sollten die einzelnen Unterrichtseinheiten 2 Zeitstunden nicht übersteigen. Über das vorgestellte

Schulungsmodell wurde intensiv diskutiert und einhellig festgestellt, dass die 3,5 Zeiteinheiten Kinderschulung mit deutlich reduzierten Inhalten, nur für Kinder im Alter von 3-4 und nur in Ausnahmefällen auch für 5 jährige verwendet werden soll. Erfreulicherweise waren doch einige Teilnehmer im Workshop, die bereits Erfahrung mit Schulung im Kindergartenalter, vor allem mit Vorschulkindern hatten. Diese stammten alle samt aus Bayern. Sicherlich hat das mit der schwierigen Situation der Kostenerstattung in BW zu tun. Zusammenfassend muss man sagen, dass nach dem Sammeln von mehr Erfahrungen, nochmals über die Schulung in dieser Altersgruppe diskutiert werden sollte, um ein Curriculum auszuarbeiten.

## Kinder und Jugendliche in der Schulung - Prozessentwicklung und Rollenverteilung

Alwin Baumann, Wangen

Die Schulung von Kindern und Jugendlichen sieht je nach Alter sehr unterschiedlich aus. Ideal ist eine Schulung in Gruppen, weil das Auftreten in Gruppen (Clique,

Banden) diesem Lebensalter entspricht. Der Erfolg einer Schulung hängt auch stark vom Trainer ab, weil die Motivation bei Kindern beziehungsabhängig ist,

denken wir nur an die Rolle eines Lehrers in der ersten oder zweiten Schulklasse.

Abschnitte der kindlichen Entwicklung

Kleinkind - 0 bis 6 Jahre	Schulkind - 7 bis 13 Jahre	Jugendliche/r - 14 bis 18 Jahre
Familien-Kind-Bindung Freiraum und Grenzen	Gruppe Auf dem Weg zu sich selbst	Gruppe und Individualität Autoritätskrise - „Wer bin ich?“

Hände und Füße	Herz	Kopf
Präoperationales Denken	Konkretoperationales Denken	Formallogisches Denken

### Die Schulung von Kleinkindern

Kinder lernen in der Kleinkindzeit durch Nachahmung, Regelmäßigkeit und Wiederholungen. Alle Sinne müssen angesprochen werden. Das Üben, das Selbst-machen (Mit Händen und Füßen), die

eigene Erfahrung ist in diesem Alter wichtig. Eine Schulung von Kleinkindern im eigentlichen Sinne ist nicht möglich. Kinder bis etwa 5 Jahren können allenfalls etwas was sie erleben nachmachen, etwa

Atemübungen, Inhalieren etc. Oder sie schauen zu, wie es die Mutter macht. Erst die ältesten Kleinkinder ab 5 Jahren können eine eigene geeignete Schulung erhalten.

Im Vorschulalter kann Asthmaschulung nur darin bestehen, dass man Kinder einfache Verrichtungen nachmachen lässt.

### Die Schulung von Schulkindern

In mittleren Alter sind die Kinder auf dem Weg zu sich selbst. Die Orientierung gibt der Erwachsene und vor allem die Gruppe. Sie sind die Autoritäten. Pestalozzi, der große Pädagoge sagte, dass wir in diesem Alter das Herz der Kinder erreichen müssen.

Will man wissen, wie es den Kindern geht oder was die Kinder wirklich denken, muß man viele

Fragen stellen und zuhören. Die erste Frage darf nicht lauten „Hast du alles verstanden?“, sondern „Was hast Du verstanden?“ Auf Fragen von Kindern sollte man immer erst mit Verständnisgegenfrage reagieren; man weiß nämlich, dass über die Hälfte der Kinderfragen von den Erwachsenen falsch verstanden werden.

Entsprechend der Entwicklung faßt man in der Schulung die älteren Kleinkinder und die jüngeren Schulkindern zu einer Gruppe zusammen. Die mittlere Schulungsgruppe sind dann die Kinder, die bereits lesen und schreiben können (etwa ab der 3. Klasse).

Kinder können das verstehen, was man anfassen, ausprobieren, durchführen, beobachten, wahrnehmen, erfahren kann. Was man konkret erleben kann. Sie können realistische Vergleiche vornehmen, Gleichartigkeit und Verschiedenheit auf der Basis von Erfahrung feststellen. Das Denken wird reversibel.

### Schulung von Jugendlichen

Mit der schwierigen Phase der Pubertät beginnt die Jugendzeit. Es ist buchstäblich die Zeit der nackten, grauen Tatsachen. Es ist die große Zeit der Auseinandersetzung mit den Eltern und Erwachsenen. Nicht der Inhalt einer Auseinandersetzung ist wichtig, sondern die Auseinandersetzung selbst. Jugendliche pochen auf mehr Selbständigkeit. Jugendliche sind lieber unter sich.

Werte für die Jugendlichen sind: Im Hier und Jetzt leben, flexibel sein, sich nicht festlegen, natürlich leben, dem Körper zugewandt, überall auf der Welt zu Hause sein, ganzheitlich leben. Jugendliche leben eine eigne Subkultur. Die wichtigste Tugend, die der Erwachsene braucht, ist in dieser Zeit der Humor. Selbstverständlich sollte auch die Anrede mit „Sie“ sein bis man sich näher kennt und entsprechend

anderslautende Absprachen getroffen hat. Ein anderes wichtiges Thema ist bei Jugendlichen die Compliance. Wir müssen ihnen eine gewisse Eigenständigkeit und Freiheit in der Umsetzung der Therapie zugestehen. Zeit für Diskussionen über die Therapie und das Erleben der Krankheit ist wichtig.

Etwa mit der Pubertät entwickelt sich die Fähigkeit zum abstrakten Denken. Modelle und Analogien werden verstanden, ebenso Regeln, Formeln, allgemeine Gesetzmäßigkeiten. Zum Verständnis von Sachverhalten/Vorgängen ist nicht mehr die anschauliche, praktische, konkrete Erfahrung nötig. Wissen kann durch gedankliche Auseinandersetzung erworben werden.

### Schulung in Gruppen

Nicht nur aus ökonomischer, sondern auch aus pädagogisch-didaktischer Sicht ist es richtig, Kinder und Jugendliche in Gruppen zu schulen. Die gruppenspezifischen Prozesse - das Gruppenverhalten, die Rollenverteilung und die Gruppenaktivitäten - machen wir uns nutzbar. Diese Art der Schulung stellt hohe

Anforderungen an den Asthmatrainer als Gruppenleiter. Die Gruppenprozesse laufen zum Beispiel in Phasen ab: Kennenlern- bzw. Orientierungsphasen, Positionskampf und Kontrolle, Vertrautheit und Intimität, Differenzierung, Trennung und Ablösung. Oder es entwickeln sich verschiedene Rollen: Der

Star, das Küken, der Clown, der Sündenbock, der Außenseiter, der Kritiker, der Mitläufer. Sie lassen sich zu Aufgabenrollen, Erhaltungs- bzw. Aufbaurollen und Negativrollen zusammen fassen. Der Trainer muss mit den Gruppenphasen und den Rollen umgehen lernen.

### Der Asthmatrainer

Man hat es als Trainer leichter, wenn man eine gewisse Autorität ausstrahlt und fachlich sicher ist. Unverzichtbar ist ein Einfühlungsvermögen (Empathie) in die Gruppe und den Einzelnen. Beide muss man die ganze Zeit

im Blick haben um ggfs. steuern eingreifen zu können. Um die Lernmöglichkeiten in einer Gruppe optimal auszunutzen, sind zum Beispiel Übungen wichtig, bei denen sich die Kinder gegenseitig helfen. Schulung soll

nicht den egoistischen Wettbewerb und Ehrgeiz fördern, sondern die Leistung der Gruppe hervorheben und das Verantwortungsgefühls für den Schwächeren stärken. Wer dem

anderen hilft, lernt selbst am meisten.

Alwin Baumann, Fachkliniken Wangen im Allgäu, Am Vogelherd 4, 88239 Wangen/Allg.

## Workshop: Die Crux mit der Auslöservermeidung

Otto Laub, Rosenheim; Gerd Schauerte, Berchtesgaden

Nach Blick in die Laien- und Fachpresse kann man als Asthmatrainer leicht den Überblick verlieren und verwirrt werden, da Informationen zu Auslösern – zumindest in den Überschriften – nicht klar zwischen Primärprävention und Tertiärprävention unterscheiden.

Primärprävention dient der Verhinderung von Krankheiten, beim Asthma also der Vermeidung einer Atopie- oder Asthmaentstehung.

Tertiärprävention dient der Begrenzung von Krankheitsverschlechterungen, also beim Asthma bronchiale einer Verschlechterung der Asthma-Symptomatik.

Hierbei ist zu beachten, dass beim Asthma häufig gegenläufige Tendenzen bestehen. So sind banale Infekte im frühen Säuglingsalter eher günstig, da sie scheinbar protektiv auf die Entwicklung von Atopien einwirken, während bei bestehendem Asthma Infekte eindeutig Auslöser von Asthmaerschüben sind.

Asthmaerschüben sind aktuell genetische Faktoren und ein „unterbeschäftigtes Immunsystem“ während des 1. Lebensjahres angesehen. Dies führt zu einer Betonung der TH2-Zell-Reaktion des Immunsystems. Bei Allergenexpositionen (diese findet nahezu überall statt) kommt es dann zur Sensibilisierung, die zur bronchialen Überempfindlichkeit führt. Auf ein Bronchialsystem mit dieser Überempfindlichkeit wirken dann Asthmaauslöser (z.B. körperliche Belastung, Infekte, Allergene, Umweltfaktoren, psychische Belastungen) ein und führen so zu einer Verengung der Bronchien.

**Primärprävention, welche Maßnahmen sind gesichert?**

Der Anteil der genetischen Prädisposition an Asthma wird

zunehmend höher eingeschätzt. Es handelt sich um ein polygenes komplexes Vererbungsmuster unter Beteiligung zahlreicher Gene. Zur Primärprävention gesichert sind 6-monatiges Stillen, Kinderbeikost erst nach dem 6. Lebensmonat, Verzicht auf Ei, Fisch, Zitrusfrüchte, Nüsse, Soja im 1. Lebensjahr. Falls ein Stillen nicht möglich ist, Verwendung von hypoallergenen Nahrungen, die in Studien ihre Effektivität nachweisen konnten (M. Kabesch, Prävention bei Asthma bronchiale im Kindesalter, Dtsch. Med. Wochenschr. 2002; Nr 28-29, S 127 ff.)

Nicht gesichert ist der Einsatz von Probiotika (Haure AC: Probiotika und Allergie, Monatsschrift Kinderheilkunde, 2002, 150; 829-837). Zwar sind erste Studien interessant, jedoch sind bis zur Empfehlung noch viele weitere Studien nötig. Eine Haustierkarenz ist aus präventiven Gründen nicht nötig. Allerdings helfen Haustiere auch nicht, Asthma signifikant zu vermeiden (Apelberg. J Allergy Clin Immunol. 2001 Mar;107(3):455-60). Zur Primärprävention muss auf Passivrauchen des Säuglings verzichtet werden.

### Tertiärprävention

ist u.a. die Vermeidung von Auslösern. Im Workshop wurden dann die aktuellen Standards zur Auslösung von Hausstaubmilben, Tierhaarepithelien, Pollen und Schimmelpilze vorgestellt. Anschließend wurden verschiedene Fälle in kleinen Gruppen bearbeitet, bei denen die sozialen Bedürfnisse des Patienten mit der Auslöservermeidung in Konflikt ~~Beispiel~~ Beispiel. P. S. 10 Jahre, männlich, Asthma bronchiale Schweregrad II, Sensibilisierung gegen Bäume- und Gräserpollen.

Dauertherapie mit Pulmicort Turbohaler 200 µg 2 x 1 Hub und Sultanol Dosieraerosol bei Bedarf. Es ist Frühjahr und Peters Freunde wollen ihn zum Fussballspielen abholen. Was soll man in einer solchen Situation als Asthmatrainer empfehlen? Dieser und ähnliche Fälle wurden den Anwesenden zur Bearbeitung gestellt

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Um eine normale psychosoziale Entwicklung und ein normales Leben ermöglichen zu können, ist es ggf. notwendig, kalkulierte Risiken einzugehen. Im oben genannten Fall wurden folgende Anmerkungen gemacht:

1. Prämedikation mit Sultanol DA, 2 Hub, vor
2. ~~Späthale~~ ~~Späthale~~ Späthale medizinische Behandlung einer ggf. vorhandenen allergischen Rhinokonjunktivitis.
3. Aufklärung von zumindest einem Mitspieler bezüglich der Asthmaerkrankung und Anweisung in etwaige Notfallmaßnahmen.
4. ggf. Intensivierung der Therapie während der Pollensaison
5. Bei der Wahl des Fußballplatzes Umgebungsbedingungen
6. ~~Beachten~~ ~~Beachten~~ Beachten Gesundheitszustand
7. ~~Kontrolle~~ ~~Kontrolle~~ Kontrolle der Lungenfunktion mittels Peak Flow-Meter, ggf. zwischenzeitlich im Fußballspiel.

Es wurden insgesamt 8 Fälle bearbeitet und jeweils kurz vorgestellt. Dabei steht das Kind mit seinen sozialen Bedürfnissen und nicht etwaige beteiligte Erwachsene oder Eltern im Vordergrund.

Otto Laub, Happinger Str. 98, 83026 Rosenheim, [sprenглаub@aol.com](mailto:sprenглаub@aol.com)

Gerd Schauerte, CJD Asthmazentrum, Buchenhöhe 46, 83471 Berchtesgaden, [Dr.Schauerte@asthmazentrum.com](mailto:Dr.Schauerte@asthmazentrum.com)

## Workshop: Sport und Asthma

W. Schuster, Wangen; S. Schubert, Wangen

Nach kurzer Diskussion, bei der nahezu alle Teilnehmer ihren Wunsch zum Ausdruck brachten, auch Tips und Anregungen für die Sportpraxis mitnehmen zu wollen, einigten wir uns auf 2 Themen, die in 2 Gruppen bearbeitet wurden, bevor im Praxisteil Stefan Schubert, Sportlehrer an der Rehabilitationskinderklinik Wangen, einige Spiel- und Sportformen, die für Asthmatiker geeignet sind, aus seinem "Hut zauberte".

Eine der Arbeitsgruppen beschäftigte sich mit der Situation von Asthmatikern im Schulsport, und speziell mit der Frage des Sportattestes.

Die Gruppe war sich völlig einig, daß Asthmatiker grundsätzlich am Schulsport teilnehmen sollten und daß die oft heute noch praktizierte Befreiung vom Schulsport nur in Einzelfällen gerechtfertigt erscheint.

Ausgehend von dem Leitgedanken, daß Sportlehrer/Sportlehrerinnen

verlässliche Informationen brauchen, um ihrer

W. Schuster und S. Schubert, Fachkliniken Wangen im Allgäu, Am Vogelherd 4, 88239 Wangen/Allg.

Verantwortung gegenüber den Schülern gerecht werden zu können, wurde die Idee eines "differenzierten

Attestes" diskutiert, bei dem neben der (wichtigen!) Aussage, daß trotz eines diagnostizierten Asthmas, eine generelle Schulsportbefreiung nicht erforderlich und von ärztlicher Seite ausdrücklich nicht erwünscht ist, Aussagen darüber enthalten sein könnten, welche Sportformen bei diesem konkreten Patienten eher erwünscht und sogar zu empfehlen sind, und welche eher zu vermeiden wären, bzw. kontraindiziert sind.

Die andere Arbeitsgruppe diskutierte, was der Sport außer den rein "funktionellen" Aspekten der

Ausdauerverbesserung (Verbesserung der O<sub>2</sub>-Ausschöpfung, Anheben der Schwelle, bei der Atembeschwerden auftreten...)

noch leisten kann. Es wurde deutlich, dass man Sport nicht nur auf diesen Punkt reduzieren kann! Vielmehr sollte das Augenmerk auch auf

die "psycho-soziale" Komponente gelegt werden. Oft haben Asthmatiker,

insbesondere wenn sie adipös sind, mit Problemen wie Ausgrenzung, Angst vor Blamage, der Akzeptanz des eigenen Körpers, zu kämpfen. Hier kann der Sport viel zur Integration beitragen, wenn dem unbestritten wichtigen Punkt der

Ausdauerverbesserung, zunächst u.U. keine, oder nur geringe Beachtung geschenkt wird. Kooperative Spiele und Wahrnehmungsübungen

binden Kinder und Jugendliche u.U. leichter an eine Gruppe als klassisches Ausdauertraining. Es geht darum nicht an den Defiziten anzusetzen, sondern sich an den Stärken zu orientieren mit dem Ziel eines positiven Selbstbildes.

Ein großes Problem in der Asthmatherapie ist die Compliance des Patienten. Im Gegensatz zur "langweiligen" Medikamenteneinnahme, u.U. jeden Tag mehrfaches Inhalieren, bietet der Sport viele Möglichkeiten Spaß zu haben.

## Workshop: Schwierige Gruppensituationen meistern: Qualitätssicherung- und -entwicklung in der Asthmaschulung durch kollegiale Supervision.

Dipl.-Psych. Wolfgang Schütz, Berchtesgaden

Vorträge, Seminare und Workshops zum Umgang mit schwierigen Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Asthmaschulung, stoßen erfahrungsgemäß auf großes Interesse. Die TeilnehmerInnen sind überwiegend aktive Asthatrainer und -trainerinnen, deren Anliegen es ist, den chronisch Kranken Kindern und Jugendlichen die für ein gelungenes Krankheitsmanagement

notwendigen medizinischen, praktischen und sozialen

Deutlichkeit optimaler Mitteln zu vermitteln. Oft die persönlichen Besonderheiten der Trainings-

TeilnehmerInnen im Wege. Diese Besonderheiten in den Gruppenprozess einzubeziehen

und die Kinder und Jugendlichen nach ihren individuellen Möglichkeiten und Notwendigkeiten zu fördern, ist eine

anspruchsvolle pädagogische Aufgabe. Professionelle pädagogische Arbeit erfordert kontinuierliche

liche Reflexion und Weiterentwicklung der eingesetzten Werkzeuge.

Zuvorderst stehen hier die pädagogischen Fähigkeiten des Trainers oder der Trainerin.

Seine Kommunikationsfähigkeit, ihr Humor, seine

Integrationsfähigkeit und Flexibilität, seine Fähigkeit, Probleme richtig zuzuordnen

und angemessene Lösungsstrategien einzusetzen, ihr Wissen um problematisches Verhalten

und passende Handlungsmöglichkeiten, sein grundlegendes Verständnis für Gruppenprozesse

und viele anderer Fähigkeiten und Fertigkeiten tragen zum Gelingen eines Trainings

wesentlich bei. Diese Kompetenzen wollen erfahren, geübt, geschärft und weiterentwickelt werden.

Trainer und Trainerinnen, welche sich für Workshops zum Thema schwierige Jugendliche

anmelden sind meist sehr daran interessiert, diese pädagogischen Fertigkeiten

weiterzuentwickeln.

Dieser Bedarf der Praktiker und Praktikerinnen lässt sich im Rahmen von Workshops und Fortbildungen auf mindestens drei grundlegend verschiedene Arten bedienen:

Eine erste Möglichkeit ist es, analog der Trainerausbildung allgemeine pädagogische Prinzipien vorzustellen, zu diskutieren und im Rollenspiel zu erproben. Diese Prinzipien können auf elementarer Ebene die

Grundlagen der Kommunikation umfassen.

Betrachtet man komplexere Zusammenhänge, könnten Grundlagen der

Gruppendynamik bearbeitet werden. Mit Hilfe eines Problemlösungsansatzes

könnte das Problem beim Trainer, den Gruppenteilnehmern, der Gruppe oder bei den

Teilnehmern in der Gruppe gezielt angegangen werden. "Supervision" an, bei der

aktuelle oder zurückliegende

zurückliegende praktische Probleme einzelner Seminarteilnehmer exemplarisch besprochen und Lösungsansätze erarbeitet werden.

Der in Wangen durchgeführte Workshop hatte eine dritte Variante der Qualitätssicherung und –entwicklung zum Thema: Es wurde ein Verfahren vorgestellt, mit dessen Hilfe PraktikerInnen ihre jeweils aktuellen pädagogischen Fragen zeit- und problemnah im Rahmen ihres *KollegInnenkreises* selbständig angehen und bearbeiten können. Das vorgestellte Modell der kollegialen Supervision geht auf Rothering-Steinberg (1987) zurück. Es stellt eine Arbeitsstruktur zur Verfügung, mit deren Hilfe Asthmatrainer sich kraft ihrer jeweiligen Persönlichkeit und

Fachkompetenz gegenseitig beim aktuellen Gruppenprozess unterstützen, welche die Qualität der Arbeit vor Ort sozusagen „online“ zu verbessern hilft.

Nach Jugert (1997) hat kollegiale Supervision folgende drei Zielsetzungen:

- Integration von Wissen und Umsetzung der Informationen in Handeln;
- Entwicklung und Förderung des beruflichen Könnens;
- Stabilisierung konstruktiver beruflicher Einstellungen, Korrektur ungünstiger Verhaltensweisen, Förderung von Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle.

Im Rahmen der kollegialen Supervision werden nach einer Klärung des Supervisionsbedarfes der

TeilnehmerInnen zu Beginn jeder Sitzung folgende Rollen besetzt:

Die Rolle des Problemgebers: Ein Teilnehmer der Runde hat ein Problem, für das er Anregungen zur Lösung sucht.

Die Rolle des Moderators: Er hat die Aufgabe auf die Einhaltung des Leitfadens zu achten, d.h. er lenkt durch Unterbrechen und Verweisen auf den Leitfaden („Nun schließen wir die 4ten Punkt ab ...“, „Als nächstes klären wir ...“, „Hebe dir diese Anregung für die Analyse auf ...“).

Die Rolle der Berater: Gruppe, die bereit ist, dem Problemgeber Anregungen zu geben.

Es kann sinnvoll sein, einen „Zeitnehmer“ festzulegen, der den Moderator unterstützt, in dem er die Zeit im Auge behält.

Leitfaden zur Kollegialen Supervision (Zeitangaben sind Erfahrungsrichtwerte)

	Phase	Kommentar	Zeit
o.	Rollenaufteilung - alle	- Wer übernimmt heute welche Rolle? (Ratsuchender, Moderator, Ratgeber)	5'
1.	Problemdarstellung - Ratsuchender	- Rahmenbedingungen - Wie stellt sich das Problem dar? - Was möchte ich heute klären?	5-10'
2.	Nachfragen - Berater, Moderator	- Das habe ich noch nicht verstanden - Das ist mir noch unklar	2-3'
3.	Situationsanalyse - Berater, Moderator	Brainstorming: - Was könnte abgelaufen sein - Wie könnte man sich die Zusammenhänge erklären	5-10'
4.	Kommentar - Ratsuchender	Auf die Thesen (nicht wertend) eingehen - Was leuchtet mir ein? - Was habe ich bereits ausprobiert und welche Konsequenzen hatte das? - Was befürchte ich?	5'
5.	<b>Austausch</b> - alle	- Welche ähnlichen Probleme hatte ich schon? - Wie würde ich mich (konkret) verhalten?	5-10'
6.	Rückmeldung - Ratsuchender	- Was nehme ich mit? - Wann werde ich was tun? - Wer wird mir dabei helfen?	5'

Im Rahmen der Veranstaltung wurde in einem Innenkreis durch 6 KollegInnen eine kollegiale Supervision durchgeführt. Die Moderation und den Kommentar übernahm der Workshopleiter. Im zweiten Teil wurde der Prozess im großen Kreis (26 TeilnehmerInnen) besprochen und diskutiert.

Dipl.Psych. Wolfgang Schütz, CJD Asthmazentrum Berchtesgaden, Buchenhöhe 46, 83471 Berchtesgaden

Literatur

Gert Jugert (1997). Kollegiale Supervision auf sozial-kognitiver Basis. Aus: ders. (Hrsg.) (1997). Pädagogische Supervision. Theorie und Praxis. Bremen.

Rothering-Steinberg, Frau Dr. S. (1987). Skript zur Veranstaltung „Kollegiale Supervision“, gehalten im Wintersemester 87/88 am Institut für Erziehungswissenschaften der Eberhard Karls Universität Tübingen.

Pawlowski und Riebensahm (1998): Konstruktiv Gespräche führen.

Rothering-Steinberg, S. (1995). Kollegiale Supervision oder Kollegiales Coaching. In Franz Petermann (Hrsg.). Pädagogische Supervision. Salzburg.

Kim-Oliver Tietze (2003). Kollegiale Beratung: Problemlösungen gemeinsam entwickeln. Reinbek bei Hamburg.





## Mitgliederversammlung im Rahmen der 2. Süddeutsche Jahrestagung der AG Asthmaschulung e. V. Baden-Württemberg und Bayern am 15.11.2003 in Wangen

### 1. Bericht aus der Sprecherratssitzung

#### 1.1 Regionen

In den nördlichen Regionen der südlichen Bundesländer stellt sich die Schulungssituation weniger flächendeckend dar als in den südlichen.

#### 1.2 Finanzierung von Asthmaschulungen

Während in Bayern aufgrund des KV-Vertrages die Asthmaschulung in der Regel gut finanziert wird und lediglich die Ersatzkassen problematisch sind, bestehen in Baden-Württemberg häufig Einzelfallentscheidungen bzw. Einzelverträge zwischen Schulungsteams und Krankenkassen. Bei Unterfinanzierungen sollen etwaige Finanzierungslücken durch die Eltern selbst geschlossen werden. Falls dies den Eltern nicht zumutbar ist, ist eine Unterstützung über eine Stiftung oder Fond möglich, direkte Spenden von (Pharma)Firmen erscheinen nicht sinnvoll.

#### 1.3 Disease-Management-Programme

Rechtsverordnungen zu Disease-Management-Programmen bei COPD und Asthma bronchiale werden voraussichtlich im März 2004 in Kraft treten. Dabei sind Disease-Management-Programme nicht nur Schulungen, sondern sollen eine vernetzte strukturierte Betreuung von chronisch Kranken ermöglichen.

#### 1.4 AG Neurodermitisschulung (AGNES)

Im Rahmen der Jahrestagung von AGNES und AG Asthmaschulung in Frankfurt werden voraussichtlich die Ergebnisse der Evaluation der Neurodermitisschulungs-Studie vorgestellt werden. Zwischenzeitlich ist die Finanzierung der Neurodermits-Schulung schon etwas einfacher als vor einem Jahr.

#### 1.5 Aus der Bundes-AG Asthmaschulung

Es fehlt an Trainernachwuchs, insbesondere Sport, Psychologie und Pädagogik. Hier sollten die entsprechenden Berufsgruppen motiviert werden, die Ausbildung durchzuführen.

#### 1.6 Gemeinsame Südtagung

Es wird vorgeschlagen, im Jahr 2005 die Jahrestagung der AG Asthmaschulung Süd sowie der AG Pädiatrische Allergologie Süd gemeinsam in Karlsruhe durchzuführen. Dabei erfolgt die Organisation durch Joachim Kühr und einen nicht-ärztlichen Asthmaschüler. Der Vorschlag wird im Plenum einstimmig angenommen.

#### 1.7 Gazette Praxis Asthmaschulung Süd

Die Gazette *Praxis Asthmaschulung Süd* soll in der aktuellen Form bestehen bleiben und wird anderen Landesverbänden und der Bundes-AG selbstverständlich auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

Anschließend wurden die Mitglieder aus Baden-Württemberg entlassen und die Mitglieder der AG Asthmaschulung Bayern wählten den Sprecherrat. Anwesend waren 28 Mitglieder der AG Asthmaschulung in Bayern. Die Besetzung der u.g. Positionen des Sprecherrates wurde einstimmig beschlossen. Folgende Personen wurden für die jeweilige Position einstimmig mit je einer Enthaltung gewählt:

- |                        |                           |                                     |                                                                                   |
|------------------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| • Landesprecher        | <b>Otto Laub</b>          | • Niedergel. Ärzte                  | Achim Timmrig                                                                     |
| • Unterfranken         | Doris Götz                | • Ärzte Reha                        | Gerd Schauerte                                                                    |
| • Oberbayern           | Gaby Mayer                | • Akutklinik                        | Michael Gerstlauer                                                                |
| • Schwaben/Allgäu      | Thomas Spindler           | • Pädagogen                         | Martin Klocke                                                                     |
| • Ober-/Mittelfranken  | Karl Plöger-Trincek       | • Psychologen                       | Oliver Gießler-Fichtner<br>(gleichzeitig Qualitätsbeauftragter für die Landesgr.) |
| • München              | Peter Kisters             | • <del>Sporth</del> therapie        | aktuell nicht besetzt (s.u.)                                                      |
| • Niederbay./Oberpfalz | noch nicht besetzt (s.u.) | • Krankenschwestern/Arzthelferinnen | noch nicht besetzt (s.u.)                                                         |

Der Bereich Sporttherapie bleibt unbesetzt, da sich aufgrund der Länderverteilung dort eine ausreichende Zahl von Repräsentanten befindet. Für den Bereich Niederbayern/Oberpfalz soll ein aktive/r Kollege/in von Herrn Laub angesprochen werden, ob er/sie diese Funktion übernimmt. Falls hier eine Bereitschaft vorliegt, wurde von den Mitgliedern einstimmig festgestellt, dass dies nicht durch einen Extra-Wahlgang bestätigt werden muß. Das gleiche gilt für den Sitz Krankenschwestern/Arzthelferinnen. Auch hier wird eine Person von Herrn Laub angefragt.

Die nächste Sitzung des Sprecherrates ist im Rahmen der Jahrestagung der AG Asthmaschulung in Frankfurt geplant.

Berchtesgaden, 20.11.2003

gez. Gerd Schauerte

#### Impressum ISSN 1611-9584

##### Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.

##### Landesgruppe Bayern

Landessprecher O. Laub  
Kinder- und Jugendarzt  
Happinger Str. 98  
83026 Rosenheim  
Tel. 08031/35457-35  
Fax 08031/35457-36  
E-Mail: kinderarztlaub@aol.com

##### Landesgruppe Baden-Württemberg

Landessprecher Prof. Dr. J. Forster  
St. Josefskrankenhaus  
Hermann Herder Str. 1  
79104 Freiburg  
Tel. 0761/2711-1  
Fax 0761/2711-505  
E-Mail: J.Forster@aabw.de

##### Redaktion

Dr. med. Gerd Schauerte  
CJD Asthmazentrum Berchtesgaden  
Buchenhöhe 46  
83471 Berchtesgaden  
Tel 08652/6000-117  
Fax 08652/6000-274  
E-Mail: Dr.Schauerte@asthmazentrum.com

**Adressen der Mitglieder des Sprecherrates der AG Asthmaschulung im Kindes und Jugendalter e.V. Bayern:**

Anr.	Vorn.	Name	Straße	Ort	Telefon	Fax	E-Mail / Handy	Funktion
Herr	Otto	Laub	Happinger Str. 98	83026 Rosenheim	08031/ 3545-70	08031/ 3545736	sprenglaub@aol.com	Sprecher
Herr Dr.	Achim	Timnik	Heisenbergstr. 16	86356 Neusäß	0821- 451190	0821/ 45 12 98	ATimnik@t-online.de	niedergel. Ärzte
Herr Dr.	Gerd	Schauerte	Buchenhöhe 46	83471 Berchtesgaden	08652/ 6000-117	08652/ 6000-274	Dr.Schauerte@ asthmazentrum.com	Ärzte Reha
Herr	Martin	Klocke	Buchenhöhe 46	83471 Berchtesgaden	08652/ 6000-177	08652/ 6000-273	mklocke@ hotmail.com	Pädagogen
Herr Dr.	Michael	Gerstlauer	Lerchenweg 6	86356 Neusäß	0821/ 4863099	0821/ 4860757	gerstlauer@web.de	Akutklinik
Herr	Oliver	Gießler- Fichtner	Dorf 1	83674 Gaißach	08041/ 798-249	08041/ 798-222	info@fachklinik- gaissach.de	Psychologen und QM-Beauf.
Frau	Doris	Götz	Ilbingstr.7	97447 Frankenwin-	09382/ 8810	09382/ 8830	DMGOETZ@ aol.com	Unterfranken
Frau	Gaby	Mayer	Westend-str. 17	89043 Bad Aibling	08061/ 37836		gaby_mayer@ t-online.de	Oberbay.
Herr Dr.	Thomas	Spindler	Am Vogelherd 4	88239 Wangen/Allg.	07522/ 7971211	07522/ 7971117	tspindler@ wz-kliniken.de	Schwaben/ Allgäu
Frau	Karla	Plöger- Trinczek	Loschgestr. 15	91054 Erlangen	09131/ 8536876	0 91 31/ 8533113	Karla.Ploeger- Trinczek@kinder.ime d. uni-erlangen.de	Ober- /Mittelfranken
Herr	Peter	Kisters	Dorf 1	83674 Gaißach	08041/ 798205	08041/79 8222	igel.peter@ freenet.de	München

**Erratum Handbuch Qualitätsmanagement – 2. Auflage AG Asthmaschulung:**

Osnabrück im Dezember 2003

**Betr.:** Korrektur für das Handbuch Qualitätsmanagement – 2. Auflage

Leider hat der Druckfehlerteufel zugeschlagen und es haben sich 2 Fehler eingeschlichen, die bitte zu korrigieren sind:

- auf Seite 12:** Unter Punkt 3 (Sport, Physiotherapie, Bewegung).  
Die letzte Zeile (Asthmasporttrainer mit Übungsleiterschein) ist zu streichen.  
Grund: Diese Berufsgruppe ist **nicht** qualifiziert für die Erlangung eines Trainerzertifikates.
- auf Seite 32:** Die Re-Zertifizierung für Asthmaakademien erfolgt alle **3 Jahre**  
(im Text steht fälschlicherweise 2 Jahre).

Ich bitte um Korrektur und Berücksichtigung.

**Mit freundlichen Grüßen**

gez. Dr. R. Szczepanski, Vorsandsvorsitzender



**Vorankündigung**

Wir laden ein zur  
3. Süddeutschen Jahrestagung der AG Asthmaschulung  
im Kindes- und Jugendalter  
am 13. November in Rosenheim

