

Praxis Asthmaschulung – Süd

Die Gazette für Asthmatrainer Heft 2/2004, Juni 2004, ISSN 1611-9584



Inhalt:

Begrüßung	Seite 1
Workshop: Schulungsmaterialien	Seite 2
Primäre Prävention von Asthma bronchiale	Seite 3
Effekte der Sporttherapie	Seite 4
Grenzenlose Hilfe zur Selbsthilfe	Seite 5
Fehlende Motivation für Asthmaschulung?	Seite 6
Motivation von Jugendlichen in der Asthmaschulung	Seite 7
Programm der 3. Süddeutschen Jahrestagung	Seite 8

herausgegeben von den

Landesgruppen
Bayern
und
Baden-Württemberg

Hallo Freunde,

wie vereinbart erscheint nun die nächste Ausgabe unserer "Praxis Asthmaschulung Süd". Auch dieses Mal haben wir versucht, einige, wie wir hoffen, interessante Themen aufzugreifen und kurz darzustellen.

Eine interessante Begebenheit verdient es, hier erwähnt zu werden:

Durch ein Mitglied (Vorstand) des Berufsverbandes der Pneumologen, gleichzeitig auch in verantwortlicher Position in der KV Schwaben, wurde versucht, eine neue **Evaluationsstudie zu Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen** zu initiieren.

An sich eine schöne Sache....wenn da nicht verschiedene Probleme wären: zum einen sollte die Schulung als Praxisinstruktion dargestellt werden (allerdings zunächst mit einem geplanten Zeitaufwand von 2x6 Stunden; dies kommt eher einer Schulung als einer Instruktion gleich), die Kinder sollten vom Pädiater instruiert werden, und **die Eltern vom Pneumologen (in dessen Praxis, zusammen mit anderen Teilnehmern einer Asthmaschulung für Erwachsene)**.

Nur mit großer Mühe ist es gelungen, dieses Ansinnen in seinen Anfängen zu stoppen. Aus diesem Ansatz heraus ist jetzt eine Evaluation zur Kurz-Instruktion von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern in Planung. Verantwortlich für Planung und Durchführung der Studie zeichnen jetzt der Bunte Kreis Augsburg, die 2. Kinderklinik Augsburg sowie die AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., daneben auch noch der Berufsverband der Pneumologen.

Die Zusammenarbeit aller Verantwortlichen auf verschiedenen Ebenen hat letztlich zu diesem für uns wesentlich verbesserten Ergebnis geführt.

Die Botschaft ist klar: Wir Asthmatrainer für Kinder und Jugendliche müssen weiter daran arbeiten, unsere Schulungen mit hohem Qualitätsanspruch durchzuführen. Wir müssen unsere Maßnahmen für interne Fort- und Weiterbildung intensiv betreiben; wir müssen die Zusammenarbeit auf allen Ebenen pflegen.

Nur so wird es uns gelingen, unsere bisher recht erfolgreiche Arbeit auch fortzuführen.

Damit diese Zusammenarbeit uns allen erleichtert wird, wir außerdem von Eltern, angehenden Asthmatrainern, vermittelnden Ärzten, Krankenkassen usw. besser gefunden werden können, werden wir eine Internetpräsentation der AG Asthmaschulung Bayern unter der Adresse www.asthmaschulung-bayern.de erstellen.

Ein zentraler Punkt dieser Website soll eine interaktive Landkarte sein, auf der die Standorte der verschiedenen Schulungsteams gekennzeichnet sind und durch Mausclick die Kontaktadressen der Schulungsteams am Ort erscheinen.

Um diese Landkarte zu erstellen, brauchen wir eure Daten (dies gilt leider nur für die bayrischen Trainer). Wir möchten euch bitten, euere Daten mittels beiliegendem Bogen an Gerd Schauerte zu melden. Noch komfortabler ist es für uns, wenn ihr bei Gerd Schauerte eine Word-Datei erfragt, in die ihr dann euere Daten direkt eingeben könnt.

E-Mail-Adresse: dr.schauerte@asthmazentrum.com

Viel Spaß beim Lesen der neuesten Ausgabe "Praxis Asthmaschulung Süd"

Otto Laub
Landessprecher Bayern

Johannes Forster
Landessprecher Baden-Württemberg

Workshop: **Schulungsmaterialien**

B. Nisius und S. Heimpel, Wangen im Rahmen der 2. Süddt. Jahrestagung der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter

Im Qualitätshandbuch der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter wird eine Mindestausstattung an Schulungsmaterial aufgelistet (z.B. Bronchusmodell, PEF- und Inhalationsgeräte). Weitere Materialien werden empfohlen (Kriechtunnel, Symbolaufkleber) und viele andere sind bereits in den meisten Schulungen zu finden (z.B. **Grabbelsack**). In einigen Schulungsstunden kann sehr viel Material eingesetzt werden, andere Stunden leiden häufig an „Materialmangel und Theorieelastigkeit“.

Ziel dieses Workshops war es, für diese Stunden oder Abschnitte Ideen zu sammeln bzw. Ideen auszutauschen. Hierfür wurden Kleingruppen gebildet.

Themeneinteilung zur Kleingruppenarbeit:

1. Medikamentenwirkung
2. Notfallplan
3. Lungendetektiv
4. Lernkontrollen (spielerisch)

zu 1.: Ergebnisse der Kleingruppe „Medikamentenwirkung“

- Jüngere Kinder: Erarbeitung der Dauermedikation (grünes Quadrat):
 - Mit grünen Kartons oder grün angemalten Styroporelementen eine Mauer aufbauen.
 - Ein großes, grünes Tuch aufspannen.
 - Einen grünen Regenschirm aufspannen.
 - Die aufgebaute Mauer, das Tuch oder den Regenschirm mit Styroporkugeln bewerten.
- Jüngere Kinder: Erarbeitung der Notfallmedikamente (roter Kreis):
 - Bildliche Verteidigung mit einem roten Boxhandschuh (der rote Kreis entspricht der Form eines roten Boxhandschuhs).
 - Hilfsmerkspruch zur Unterscheidung der Dauer- und Notfallmedis: „Rot in der Not, Quadrat jeden Tag“ (Zitat: Simone Raabe).
- Ältere Kinder/ Jugendliche: Erarbeitung der Dauer- und Notfallmedis:
 - Durchsprechen verschiedener Fallbeispiele - selbst erlebte Geschichte zum Asthma darstellen bzw. erzählen.
 - Erarbeitung der Medikamentenwirkung in einer gemeinsamen Diskussion.

- Gemeinsames Erarbeiten eines Quiz zum Thema „Medikamentenwirkung“.
- Überlegungen zu verschiedenen Wunschmedikamenten (z.B. Spritze zur Heilung des Asthmas etc.) - Diskussion dazu - Hinführung in der Diskussion zu realen Medikamenten (Was gibt es tatsächlich und was ist überhaupt möglich?).
- Gemeinsame Erarbeitung der Medikamentenwirkung über die bekannten Symbole. Kind kennt entweder die Symbolbedeutung oder die Wirkung des Medikaments, das es nimmt. Dann durch eine Diskussion die beiden Punkte (Symbolbedeutung und Medikamentenwirkung) zusammenführen.

zu 2.: Ergebnisse der Kleingruppe „Notfallplan“

- Erarbeitung des Notfallplans im Rollenspiel (z.B. über Tier-, Märchenfiguren etc.).
- Darstellung des Notfallplans über einzelne Figuren bzw. verschiedene Bausteine (z.B. beschriftete Zugwaggons) mischen und richtig aneinanderreihen - Schritt für Schritt vorgehen.
- Notfallpolonäse: einzelne Bausteine (z.B. in Plakatform) um den Hals der Kinder hängen, richtiges Einreihen in die Polonäse.
- Gemeinsames Aufbauen einer Bilderanreihung bzw. -suche (z.B. in Form von Memory und Domino etc.).
- Graphische Darstellung in Form einer Straße bzw. einer Nebenstrecke (+ Querverbindungen), die bei Atemnot eingeschlagen werden muß (= Umweg gehen).

zu 3.: Ergebnisvorstellung der Kleingruppe „Lungendetektiv“

- Aufnahme verschiedener Lungengeräusche (z.B. Pfeifen, Brummen, Husten etc.) der einzelnen Kinder auf Kassette. Effekt: Sich selbst erkennen und sensibilisieren.
- Mit einem Strohalm in einen Wasserbecher pusten. - Zur Nachahmung des Brummens der Lunge!
- Eine Wärmflasche mit Wasser füllen, diese dann durch Handbewegungen brummen und gurgeln lassen (aktive

Darstellung der Lungengeräusche).

- Das Lungengeräusche über Luftballongeräusche nachahmen.
- Mit den Kindern gemeinsam ein „Lungenplakat“ erstellen und selbständig ankreuzen lassen: „Wo spürst du dein Brummen, Pfeifen, Giemen, etc.?“
- Auf ein großes Plakat den kompletten Körper aufzeichnen. Dann besprechen, was generell für körperliche Beschwerden auftauchen können (alles möglichst übertrieben, aber witzig darstellen). Daraus speziell die Probleme der Lunge herausuchen und darüber diskutieren. Zusätzlich auf dem Plakat einzeichnen, wo die Beschwerden auftreten.

zu 4.: Ergebnisse der Kleingruppe „Lernkontrolle (spielerisch)“

- Über Quizvariationen, Kreuzworträtsel, Lückentexte, Rallyes, Buchstabensalat, etc. die Inhalte noch einmal wiederholen und überprüfen.
- Gemeinsam ein Quiz mit vorgegebenen Fragen des Asthmaschulers und spontan eingeworfener Fragen der Kinder aufbauen und spielen.
- Bekannte Spiele (z.B. Feuer, Wasser, Luft etc.) auf das Thema Asthma ummünzen.
- Bereits geschulte Jugendliche geben ihr Wissen an ungeschulte Kinder weiter. - Der Asthmaschuler schaltet sich nur ein, wenn falsche Informationen weitergegeben werden.
- Lernkontrolle zum Thema Auslöser: Gemeinsames Ausfiltern verschiedener Auslöser anhand von Bilddarstellungen; z.B. ein Bild, auf dem ein mit allen möglichen Dingen - offene Regale, Kuscheltiere etc.- vollgestelltes Zimmer dargestellt ist. Im Gegensatz dazu: ein Bild, auf dem ein Zimmer eines Allergikers mit z.B. Parkettboden, verschlossenen Schränken, usw., dargestellt ist.
- Lernkontrolle zum Thema Nassinhalation: Die Nassinhalation noch einmal vormachen lassen und dann gemeinsam die Fehler ausfiltern.
- Ballspiele: Das Kind, das auf „Asthmafragen“ keine Antwort geben kann bzw. als letzter reagiert, scheidet aus.
- DINGSDA-Spiel: Kinder verschiedene Asthmabegriffe

sammeln und anschließend gegenseitig erklären lassen.

B. Nisius und S. Heimpel, Fachkliniken Wangen im Allgäu, Am Vogelherd 4, 88239 Wangen/Allg.

Primäre Prävention von Asthma bronchiale

Otto Laub, Rosenheim; Zusammenfassung eines Vortrag, Symposium *Management of childhood asthma* in Feldkirch

Erika von Mutius behandelte in Ihrem Vortrag die Frage, inwieweit die Epidemiologie des Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter durch primäre Präventionsmaßnahmen signifikant beeinflusst werden kann. Es wurde im Rahmen des Vortrags Stellung genommen zu folgenden Punkten:

A) Rauchen der Mutter während und nach der Schwangerschaft.

Wenig zweifelhaft ist mittlerweile die Erkenntnis, dass mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft zu signifikant vermehrten Obstruktionsepisoden bei dem jeweils betroffenen Kind während der ersten Lebensjahre führt. Dies konnte anhand diverser Studien mittlerweile eindrucksvoll nachgewiesen werden („Maternal smoking during pregnancy and wheeze in infancy“, Dezateux et al., 1999). Gleichfalls konnte mittlerweile eindeutig der Nachweis erbracht werden, dass auch Passivrauchen von Kindern zu einem Abfall der Lungenfunktion und zu einer erhöhten Asthmaprävalenz führt („Passive smoking and lung funktion decrements. A meta-analysis“, Thorax, Vol 53 no10, p886 ff.).

B) Hausstaubmilbenexposition: In einigen Studien scheint sich zumindest in den ersten 5 Lebensjahren bei primärer Vermeidung von Milbenallergenen eine Reduktion von pulmonalen Obstruktionseignissen sowie eine Reduktion des durchschnittlichen Medikamentenverbrauches zu ergeben („Mite allergen exposure at age 6 month and atopy and asthma at age 7 years“, Lau et al, Lancet 2000“; Mite allergen avoidance and wheeze and atopy at age 1 year in Manchester, Manchester Studie). Allerdings lassen diese Daten keinen Rückschluss darauf zu, dass eine allgemeine Empfehlung von entsprechenden Karenzmaßnahmen in Risikofamilien zur Primärprävention zu empfehlen ist. Anhand der derzeitigen Datenlage kann eine allgemeine Empfehlung, Haustierhaltung grundsätzlich in Risikofamilien zu vermeiden, nicht gegeben werden. Die aktuellen Studien geben im Augenblick

widersprüchliche Aussagen bez. der möglichen Auswirkungen innerfamiliärer Haustierhaltung (Dog exposure in the first year of life and subsequent wheeze, Rernes et al 511, J Allergy Clin Immunol Volume 106, Number 4; Incident cases of asthma in Northern Sweden and previous pet ownership, Perzanowski et al, AJRCCM 2002;) wieder.

Hervorzuheben ist ein Review von Apelberg (J Allergy Clin Immunol. 2001 Mar; 107 (3); 455-460): Hier ergibt sich, dass Haustierhaltung für die Entwicklung von Asthma bronchiale keine große Bedeutung hat. Je nach Alter schwanken die Odds Ratios bez. der Entwicklung von Asthma zwischen 0,8 und 1,2.

D) Übergewicht:

Es gibt Hinweise dafür, dass Adipositas bei Schulkindern mit einem erhöhten Risiko zur Neuentwicklung von ärztlich diagnostiziertem Asthma bronchiale einhergeht, besonders bei Jungen (RR = 2.06) und bei Nicht-Allergikern (RR = 1.77) (5-Jahres-Follow-up: „Obesity and the risk of newly diagnosed asthma in school-age children“, Gilliland FD et.al., Am J Epidemiol. 2003 Sep 1; 158(5): 406-415). Im übrigen scheint die erfolgreiche Gewichtsreduktion zu einer deutlichen Verbesserung der Lungenfunktion (FEV1 und FVC; 7,6% besser als ohne Gew.Reduktion) sowie zu einer Verminderung der Exazerbationsrate zu führen (Stenius-Aarniala B, BMJ. Mar 25; 320(7238): 827-832).

E) Impfungen:

Es gibt bisher keine überzeugende Evidenz, dass Impfungen irgend einen Infekt auf die Incidenz oder Prävalenz atopischer Erkrankungen haben (Risk of atopy at age 5 years with increasing vaccination coverage in the MAS Study, Grueber et al, Pediatrics 2003; BCG vaccination and atopy in Greenland children aged 8-16 years, Krause et al, JAMA 2003).

F) Frühkindliche Antibiotika-Therapie:

Bisher gibt es keine eindeutigen Beweise, dass die Gabe von Antibiotika im frühen Kindesalter mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung von Asthma oder Atopie assoziiert ist (Antibiotic

treatment and atopy, Farooqui IS, Hopkin JM, Thorax 1998; Reverse causation confounds the effect of antibiotic treatment, Celedon et al AJRCCM 2002).

Zusammengefasst scheinen hinsichtlich primärer Prävention von kindlichem Asthma lediglich für Passivrauchen und pränatales Rauchen schwangerer Mütter, sowie für Adipositas/Übergewicht ausreichende und gesicherte Daten vorzuliegen.

Kommentar:

Anhand der vorgestellten Daten scheinen wir nach wie vor wenig hinsichtlich einer primären Prävention des Asthmas bei Kindern in der Hand zu haben. Zweifellos sollte mit rauchenden Eltern dahingehend gesprochen werden, dass Passivrauchen der betroffenen Kinder im familiären Umfeld auf jeden Falle vermieden werden sollte. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die diversen Raucherentwöhnungsprogramme hingewiesen. Das Problem Übergewicht und Adipositas erhält durch die gezeigten Zusammenhänge auch hinsichtlich einer vermehrten Asthma-Entstehung eine „neue“ Dimension.

Eine grundsätzliche Vermeidung von Haustierhaltung auch in Risikofamilien ist nicht sinnvoll, zumindest das geht aus der derzeitigen Datenlage hervor. Entsprechende Empfehlungen sollten vermieden werden. Ebenso verhält es sich mit „prophylaktischer Verminderung von Milbenexposition“.

Bez. der Aussagen zum Impfwesen ist es äußerst erfreulich, dass bisher keinerlei Evidenz bez. der Aussage nachweisbar ist, Impfungen würden das Entstehen von Asthma oder Allergien begünstigen. Dies ist sicherlich eine wichtige und nützliche Aussage. Erika von Mutius erwähnt, dass in einem weiteren Vortrag zur Prävention von Atopie Frau von Berg, Kinderklinik Wesel, zeigen konnte, dass mit großer Wahrscheinlichkeit ein positiver Effekt hinsichtlich geringerer Asthmaentstehung durch mütterliches Stillen nachzuweisen ist.

Effekte der Sporttherapie

Angelika Biberger, Berchtesgaden

Um Effekte zeigen zu können, ist der erste Schritt zu überprüfen, ob bei asthmakranken Kindern und Jugendlichen Defizite vorhanden sind, die durch ein gezieltes Training kompensiert werden können. Da es sich bei Asthma um eine chronische Krankheit handelt, sind mehrere Bereiche beeinflusst. Die Behandlung basiert daher auf einem sogenannten Krankheitsfolgekonzept. Für die Sporttherapie bedeutet das, dass neben den rein motorischen Fähigkeiten wie Koordination, Ausdauer und Kraft auch Fähigkeiten auf der Verhaltensebene wie die Selbstwahrnehmung, aber auch soziale Fertigkeiten trainiert werden.

Für die Durchführung von körperlichen Trainingsprogrammen sind bestimmte Rahmenbedingungen einzuhalten.

1. Die medikamentöse Dauertherapie muss so abgestimmt sein, dass körperliche Belastungen im Alltag möglich sind. Ist keine Dauertherapie verordnet oder schützt sie nicht ausreichend vor Anstrengungsasthma, ist eine inhalative Prämedikation unmittelbar vor dem Sport notwendig. Zwei Hübe aus einem Beta-Sympathikomimetikum-Dosieraerosol sind dafür

kann einem Anstrengungsasthmaanfall vorbeugen. Langsames Gehen (100 Sekunden lang) und so schnell wie möglich Laufen (20 Sekunden lang) im Wechsel haben sich dabei gut bewährt.

3. Zur Intensitätskontrolle der Belastung und zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung ist es sinnvoll, Peak-Flow-Messungen vor, während und nach körperlicher Belastung durchzuführen.

4. Bei der Sportstätten- und Geländewahl müssen sowohl die spezifischen als auch die unspezifischen Reize berücksichtigt werden. Dies kann z.B. bedeuten, dass bei Gräserpollenflug für manche Kinder kein Sport im Freien durchgeführt werden kann oder dass bei Temperaturen unter minus 5° Celsius (am Ort des Trainings) kein Ausdauersport betrieben werden sollte.

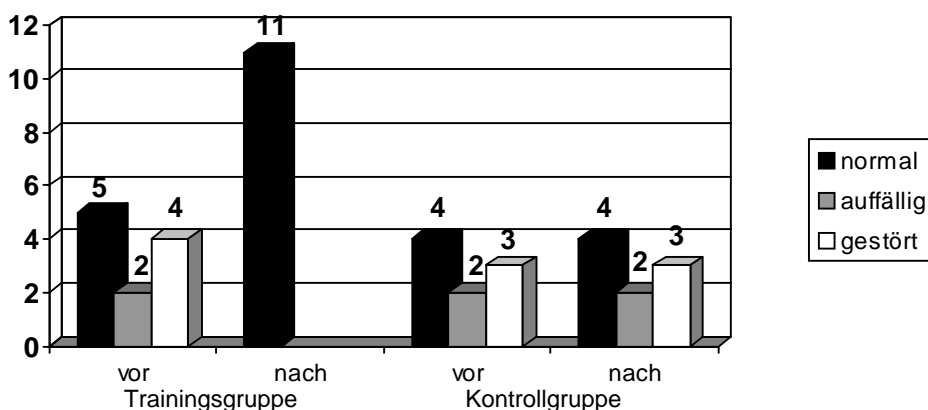
5. „Banale“ Infekte der Atemwege verstärken häufig die bronchiale Überempfindlichkeit für vier bis sechs Wochen und reduzieren so die körperliche Leistungsfähigkeit. Eine Anpassung des Inhalts der Belastungsphase ist dann vorübergehend unumgänglich.

Ein derart gestaltetes Trainingsprogramm führt zur Verbesserung der Alltagsbewältigung durch erhöhte körperliche Belastbarkeit und ist

Betrachtet man nun die einzelnen Zielbereiche der Sporttherapie können unter anderem folgende Effekte gezeigt werden.

Leider gibt es auf dem Gebiet der Sporttherapie bei Asthma nur wenige wissenschaftlich evaluierte Studien. Jedoch zeigen die unten erwähnten Untersuchungen Trends auf, die durchaus praxisrelevant sind.

Im Rahmen einer Diplomarbeit mit dem Thema „Effekte eines Koordinationstrainings bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma“ wurden 22 Kinder untersucht. Die koordinative Leistungsfähigkeit wurde in diesem Fall durch den KTK Koordinationstest für Kinder festgestellt. Danach wurden die Teilnehmer in zwei randomisierte Stichproben, in Trainingsgruppe und Kontrollgruppe, aufgeteilt. Die Trainingsgruppe absolvierte 6-wöchiges Trainingsprogramm mit zwei Einheiten pro Woche á 60 Minuten. Die Kontrollgruppe nahm lediglich an angebotenen Freizeitsportangeboten am Wochenende teil. In der Kontrollgruppe konnten zwei Teilnehmer die Studie aufgrund einer Sportverletzung nicht zu Ende führen. Nach sechs Wochen wurde erneut ein KTK-Test durchgeführt. Es zeigte sich, dass nach dem Training alle Teilnehmer der Trainingsgruppe eine altersentsprechende normale koordinative Leistungsfähigkeit



geeignet.
2. Ein zehninütiges intervallartiges Aufwärmen

hilfreich bei einem modernen Krankheitsmanagement.

erreicht haben. Bei der Kontrollgruppe hingegen, war keine Veränderung festzustellen.

In einer anderen Untersuchung wurde im Rahmen der Sporttherapie die Selbstwahrnehmung trainiert (zwei Einheiten pro Woche á 45 Minuten). Die 18 Teilnehmer der Studie mussten vor jeder Peak-

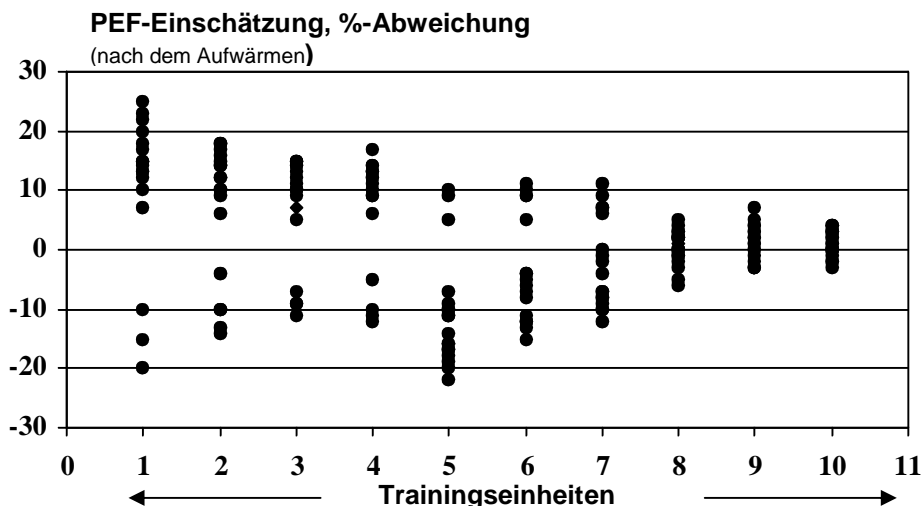
Flow-Messung ihren Peak-Flow-Wert einschätzen. Eine unmittelbare objektive Rückmeldung erfolgte dann anschließend über die Peak-Flow-Messung. Peak-Flow-Messungen wurden vor der Sporttherapie im

Bedarfsfall nach der Prämedikation, nach dem Aufwärmen, nach der Belastungsphase, nach der Abklingphase und immer dann, wenn jemand Atemprobleme angab, durchgeführt. Nach ca. 4

Wochen waren die Teilnehmer in der Lage, ihren Peak-Flow-Wert nach dem Aufwärmprogramm mit einer Abweichung von weniger als

10% richtig vorherzusagen (siehe Abbildung). Die Verbesserung der Selbstwahrnehmung zu den anderen Messzeitpunkten verlief

vergleichbar.



Im Bereich der Ausdauer gibt es dagegen einige wissenschaftlich evaluierte Studien. So konnte z.B. die Arbeitsgruppe F-P Council et al. in einer Untersuchung aus dem Jahr 2003 zeigen, dass sich

die aerobe und die anaerobe Leistungsfähigkeit durch ein sechs-wöchiges individuelles Training verbessern lässt. Um jedoch verbindliche Richtlinien für die Organisation

und Durchführung von sportherapeutischen Angeboten festlegen zu können, müssten noch weitere Studien folgen.

Angelika Biberger, CJD Asthmazentrum Berchtesgaden, Buchenhöhe 46, 83471 Berchtesgaden, Tel.: 08652/6000-128

„Grenzenlose Hilfe zur Selbsthilfe bei Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter“ - ein Projekt innerhalb des Modellprogramms INTERREG III A „Alpenrhein - Bodensee - Hochrhein“

Thomas Spindler, Katja Franck, Wangen

„Interreg III“ ist eine Gemeinschaftsinitiative des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) für die Zusammenarbeit von Regionen der Europäischen Union im Zeitraum 2000-2006. Ziel von Interreg III ist die Stärkung des wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalts in der Europäischen Union anhand der Förderung grenzübergreifender (Ausrichtung A), transnationaler (Ausrichtung B) und interregionaler (Ausrichtung C) Zusammenarbeit und ausgewogener räumlicher Entwicklung. Mit den Geldern aus dem Interreg III A-Programm „Alpenrhein-Bodensee-Hochrhein“ kann die nachhaltige wirtschaftliche Weiterentwicklung der Region gefördert und Netzwerke aus- und aufgebaut werden. Damit erhält die Zusammenarbeit rund um den Bodensee einen neuen Schub. Das Projekt „Grenzenlose Hilfe zur Selbsthilfe bei Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter“ läuft unter der Fördermaßnahme

Gesundheit und Soziales aus dem Schwerpunkt Soziokulturelle Entwicklung.

Mittels dieses Projekts soll die in Deutschland bereits qualitätsgesichert durchgeführte strukturierte Asthmaschulung nach Vorarlberg transferiert und somit ein flächendeckendes System an ambulanten Schulungsangeboten implementiert werden. Dadurch soll die Eigenverantwortlichkeit der Familien im Umgang mit der chronischen Erkrankung ihrer Kinder in den beteiligten Regionen ermöglicht werden.

Das Projekt hat eine Laufzeit von April 2004 bis April 2008. Es wird in drei Phasen durchgeführt: Das Ziel der Vorbereitungsphase ist der Aufbau einer detaillierten und arbeitsfähigen Infrastruktur, um anschließend mit der Umsetzungsphase beginnen zu können. Die Umsetzungsphase, also die konkrete Umsetzung der Asthmaschulungen ist in vier

Blöcke unterteilt, um individuelle Schulungsstrukturen und -prozesse verbessern und weiterentwickeln und damit die Qualitätssicherung des Schulungsablaufs gewährleisten zu können. In einer Nachbereitungsphase erfolgt die endgültige Datenauswertung mit dem Ziel, die Ergebnisse strukturiert zu veröffentlichen.

Die Projektkoordination trägt die Kinderklinik und Rehabilitationskinderklinik der Fachkliniken Wangen. Weitere Projektpartner sind die Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des Landeskrankenhauses Bregenz, die Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter - Landesgruppe Baden-Württemberg, die Asthmaakademie Baden-Württemberg, die Gesundheitsämter der Landkreise Ravensburg und Bodenseekreis und die AOK Allgäu-Oberschwaben.

Fachkliniken Wangen
Am Vogelherd 14
D-88239 Wangen

Thomas Spindler
Telefon: +49 7522 797 1211
E-Mail: tspindler@wz-kliniken.de

Katja Franck
+49 7522 797 1301
kfranck@wz-kliniken.de



Fehlende Motivation für Asthmaschulung?

Andreas Podeswik, Theresia Sieber & Qualitätszirkel Asthmaschulung in Augsburg

Einleitung: Aufgrund der Häufigkeit von Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter wäre eigentlich mit einem großen Andrang bei den Schulungsanbietern zu rechnen. Im Raum Augsburg werden jedoch bei den drei Anbietern, Nachsorgeeinrichtung der Bunte Kreis, Kinderkrankenanstalt Josefinum und Kinderarztpraxis Dr. Timnik, keine überfüllten Wartelisten gemeldet. Diese drei Schulungseinrichtungen haben sich in einem Qualitätszirkel zusammengeschlossen und schulen gemeinsam pro Jahr ca. 90 Patienten. Die Tendenz ist steigend, jedoch ist die gesamte Anzahl der geschulten Patientenfamilien für eine Region wie Augsburg sehr gering. Hieraus ergab sich die Frage, warum das Schulungsangebot nicht in ausreichendem Maße angenommen wird. Zuerst wurde die Öffentlichkeitsarbeit analysiert: Kinder- und Hausärzte erhalten ein gemeinsames Plakat mit Schulungsterminen und Flyer; die Zeitung berichtet über Asthmaschulung und

Erlebnisfreizeiten; Veranstaltungen und Lehrerschulungen werden durchgeführt; in pädiatrischen Qualitätszirkeln wurde über das Schulungskonzept berichtet und Krankenkassen, Kindergärten sowie Schulen informiert. Trotzdem berichten Patientenfamilien oft, sie hätten nur zufällig über die Asthmaschulung erfahren. In Einzelgesprächen mit niedergelassenen Kinder- und Hausärzten ergaben sich später erste Hinweise auf die Problematik der Motivation. Es sei schwierig für den niedergelassenen Arzt, seine Patienten zur Teilnahme zu ~~motivieren~~ motivieren und Durchführung der Befragung: Um dieses Problem genauer analysieren zu können, wurde ein zweiseitiger Fragebogen entwickelt. Die Kinderärzte wurden gefragt, ob ihre Patienten vom Training profitiert haben, sie mit den Ergebnissen und der Zusammenarbeit zufrieden sind, ob sich die Behandlung verbessert hat und wie gut die

Betroffenen zu motivieren sind. Von 29 angeschriebenen Ärzten in Augsburg und dem Landkreis wurden 23 Fragebögen zur Auswertung zurückgesandt. **Ergebnisse:** Insgesamt zeigte sich eine große Zufriedenheit der Ärzte mit der Durchführung und den Ergebnissen der Asthmaschulungen (vgl. Abb. Frage 1). Konkret hätten sich beispielsweise die Ängste der Eltern verringert und die weiterführende Behandlung sei erleichtert (vgl. u.g Tabelle). Weniger zufriedenstellend war jedoch das Ergebnis zur Motivation der Patienten (Abb. Frage 11): Die Kinderärzte kritisierten, dass die Eltern oft nicht die Notwendigkeit einer Asthmaschulung einsehen und Voreingenommenheit bzgl. Schulungen bestehen würde. In der persönlichen Diskussion im Rahmen eines Qualitätszirkels wurde darüber hinaus auf das Zeitproblem hingewiesen, die Patienten ausführlich und möglichst mehrmalig zu motivieren.

Ergebnisse im einzelnen: Teilnehmende Ärzte: 23

Wie viele Patienten haben sie bisher zu einer Schulung geschickt?

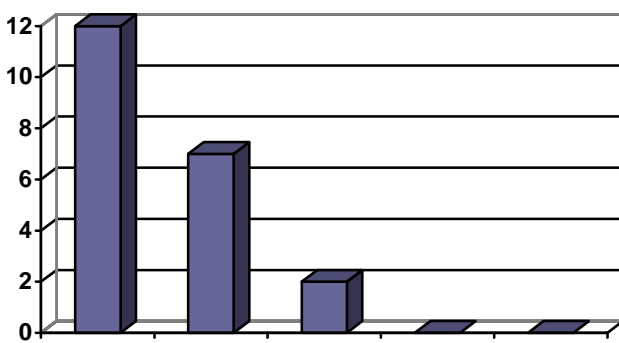
0 Pat.	1 – 5 Pat.	5-10 Pat.
7%	53%	40%

	ja	nein
Benötigen Sie/ Ihr Praxisteam ausführlicheres Infomaterial über die Schulungen?	40%	60%
Benötigen Ihre Patienten ausführlicheres Informationsmaterial?	45%	55%

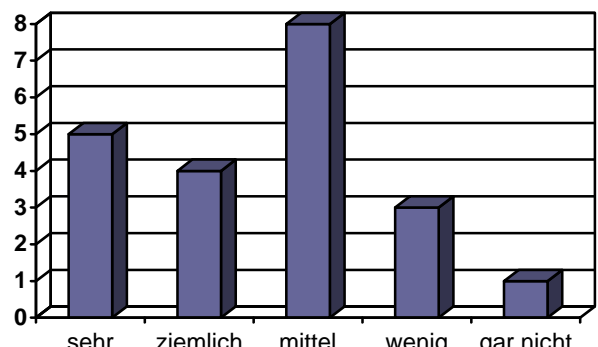
Fragen:

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	gar nicht
1. Waren Sie mit den Schulungen zufrieden?	57%	33%	10%		
2. Haben Ihre Patienten und deren Eltern von der Schulung profitiert?	43%	43%	14%		
3. Sind insbesondere die Kinder selbständiger geworden?	24%	57%	19%		
4. Sind die Ängste der Eltern zurückgegangen?	19%	71%	10%		
5. Haben die Kinder / Jugendlichen mehr Wissen?	38%	48%	9%	5%	
6. Setzen die Familien ihre Asthmathherapie im Alltag konsequenter um?	20%	60%	20%		
7. Sind die Patientenfamilien kooperativer geworden?	19%	48%	33%		
8. Sind die Kinder im Alltag besser integriert?	10%	35%	45%	10%	
9. Sind Sie mit dem organisatorischen Angebot der Schuler zufrieden?	50%	45%	5%		
10. Fällt Ihnen die Behandlung der Familie leichter?	24%	57%	19%		
11. Ist es schwierig, die Patienten zu einer Schulung zu motivieren?	24%	19%	38%	14%	5%
12. Sind Sie persönlich mit der Kommunikation mit den Teams zufrieden?	25%	50%	25%		
Gesamt:	30%	47%	21%	2%	

Frage 1: Waren Sie mit den Schulungen zufrieden?



Frage 11: Ist es schwierig, die Patienten zu einer Schulung zu motivieren?



Fazit: Die fehlende Motivation der Patienten bzw. der Familien scheint – wie bereits andernorts ebenfalls festgestellt – das Hauptproblem für die fehlende Nachfrage nach Asthmaschulungen im Raum Augsburg zu sein. Als mögliche Lösung ergab sich unter den Ärzten der Konsens, eine übergeordnete Koordinationsstelle einzurichten, an die sich Kinder-, Fach- und

Hausärzte sowie Eltern asthmakranker Kinder wenden können. Diese übergeordnete Stelle soll die Information und Motivation der Betroffenen übernehmen, an einer Schulung teilzunehmen, sowie eine Anlaufstelle für alle Fragen zum Thema Asthma sein und die Öffentlichkeitsarbeit verstärkt koordinieren. Von dort aus werden dann je nach Altersgruppe und Region

Schulungsangebote zusammengestellt. Und in diesem Rahmen soll auch niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit gegeben werden, ihr Patientenkontext in einem bestehenden Schulungsteam zu betreuen. Die Umsetzung einer solchen Koordinationsstelle, wie sie bereits in etwas anderer Form in Würzburg existiert, ist für Augsburg nun in der Planung

Andreas Podeswik, Bunter Kreis, Stenglinstrasse 2, 86156 Augsburg, Tel.: beta Institut: 0821/45054-113

Motivation von Jugendlichen in der Asthmaschulung

Nicola Riedinger, Wangen

Was motiviert Jugendliche, in eine Asthmaschulung zu gehen? Druck von außen wird von Jugendlichen, schon ähnlich wie bei Erwachsenen, als unangebracht erlebt. Auch die Gesellschaft, also wir, erwartet zunehmend eigenverantwortliches Handeln von ihnen. Das heißt, u.a., Nutzen und Risiken von Verhalten abzuwägen und dann eigene Entscheidungen zu treffen. Asthmaschulung sollte sich hier als Unterstützung zu solchem Verhalten sehen. Im Vordergrund wird ~~als selbst~~ gemessene Wissensvermittlung und

2. Ansprechen der individuellen und altersgemäßen Probleme der Jugendlichen stehen.

zu 1: Obwohl die meisten Patienten sich schon viel über ihre Erkrankung anhören müßten, ist es immer noch oder immer wieder interessant, das eigene Wissen über die körperlichen Vorgänge und Wirkungsweise der Medikamente aufzufrischen und

zu hören, was man eigentlich alles tun oder nutzen kann, um seine Schwierigkeiten besser zu bewältigen. Es lohnt sich, die Jugendlichen hier bereits einzubeziehen, sie aufzufordern, ihr Wissen auszutauschen und sich, im besten Falle, gegenseitig aufzuklären. Oft kann sich der Erwachsene darauf beschränken, Wissenslücken aufzufüllen oder Halbwahrheiten gerade zu rücken.

zu 2: Viele „compliance-Probleme“ entstehen nicht durch bösen Willen oder Desinteresse der Jugendlichen, sondern durch die Unvereinbarkeit der ärztlichen Anweisungen mit dem konkreten Alltag. Jugendliche müssen sich erst ihren Platz im Leben erobern, d.h., sie müssen viel Neues ausprobieren, Grenzen ausloten. Das ist nicht immer „gesund“ (p.e. Rauchen) oder vernünftig (p.e. körperliche Überanstrengung), aber notwendig, um aus dem vielfältigen Angebot, das ihnen das Leben bietet, den

individuellen Weg herauszuarbeiten. Jugendliche sehen sich vielen Erwartungen und oft Ablehnung gegenüber. Da will man dann nicht unbedingt den Faktor „Krankheit“ dazu gesellen, Furcht vor den Reaktionen der Umgebung, Unsicherheit, wie man diese „Macke“ anderen erklären kann, führt schnell zu Vertuschen und Negieren eigener Schwierigkeiten. Hier kann der Austausch unter den Betroffenen, angereichert mit Tipps und Hilfestellungen der erwachsenen „Experten“, neue Verhaltensmöglichkeiten aufzeigen und eröffnen. Learning by doing ist auch in der Asthmaschulung ein Königsweg für Motivation und Lerneffekt. Was kann ich, was weiß ich, wie gut, wie oft, wie sicher - im konkreten Ausprobieren erfahren wir am meisten über uns - die Stärken, die wir schon haben und die Schwächen, die wir noch ausgleichen müssen. Das gilt auch für Jugendliche.

Nicola Riedinger, Fachkliniken Wangen im Allgäu, Am Vogelherd 4, 88239 Wangen/Allg.

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

**Programm der 3. Süddeutschen Jahrestagung der
Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes und Jugendalter e.V. am
13.11.2004 in Rosenheim/Obb.**

- 09:30 – 10:00 **Begrüßung** (Laub, Forster, Lob-Corzilius)
- 10:00 – 10:40 **Aktuelle Trends in der Asthmatherapie**
Dr. Th. Horak, AKH Wien
- 10:40 – 11:30 **Nationale Versorgungsleitlinien Asthma bronchiale 2004**
Dr. Thomas Spindler, Fachklinik Wangen/Allg
Integrierte Versorgung und DMP Asthma
Dr. Th. Lob-Corzilius, Kinderhospital Osanbrück
- 11:30 – 11:50 PAUSE
- 11:50 – 12:20 **„Körperschema“ – eine entwicklungsneurologische Betrachtung**
Dr. Kluger, München
- 12:20 – 13:00 **Asthma und Naturheilweisen**
Prof Dr. Dorsch, München
- 13:00 – 14:00 MITTAGSPAUSE
- Ab 14:00 **Workshops 1**
- Gruppe 1: **Bewegungsspiele – Muntermacher während der Asthmaschulung**
P. Kisters, Fachklinik Gaißach
- Gruppe 2: **Physikalische Atemtherapie: Bewährtes und Neues**
Physiotherapie Fachklinik Wangen, Gaby Mayer, Rosenheim
- Gruppe 3: **Elternerfahrungsrunde für erfahrene Schuler**
Oliver Gießler-Fichtner, Gaißach
- Gruppe 4: **Diagnose Asthma: wie sag ich´s meinen Eltern?**
P. Manzey, München; R. Schmid, Rosenheim
- Gruppe 5: **Vernetzte Versorgungsstrukturen Asthma**
(Netzwerke DMP – Integrierte Versorgung)
Dr. Th. Lob-Corzilius, Osnabrück; Dr. Th. Spindler, Wangen
- 15:30 – 15:45 KAFFEPAUSE
- Ab 15:45 **Workshops 2**
- Gruppe 6: **Hyposensibilisierung - Wissenswertes auch für Nichtmediziner**
Dr. M. Gerstlauer, Kinderklinik Augsburg
- Gruppe 7: **Nachschulung – Ideen und Erfahrungen**
Dr. Schauerte, Buchenhöhe; Dr. W. Brosi, Würzburg
- Gruppe 8: **Akuttherapie – Erstinstruktion (Vorgehen in Klinik und Praxis)**
Dr. T. Nowotny, Rosenheim; Dr. A. Timnik, Neusäß
- Gruppe 9: **Notfallplan – spielerisch einfach**
Oliver Gießner-Fichtler, Gaißach; Gaby Mayer, Rosenheim
- Gruppe 10: **Jugendschulung – echt cool ??**
Dr. Th. Rutt, Hamburg; R. Schmid, Rosenheim
- Ab ca. 17:15 Uhr **ABSCHUSSPLENUM**
- Ca. 18:00 Uhr **Ende der Veranstaltung**

Das endgültige Programm mit offizieller Einladung an alle wird nach den Sommerferien versandt