

Pädiatrische *Allergologie*

I N K L I N I K U N D P R A X I S



SONDERHEFT

ASTHMA- UND NEURODERMITISSCHULUNG
IN DER KINDERÄRZTLICHEN PRAXIS



Liebe Kollegin, lieber Kollege,

bereits vor einigen Jahren erschien ein Sonderheft der Zeitschrift »Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis«, das unter Federführung von Frank Friedrichs erstmals wesentliche Aspekte der Asthma- und Neurodermitisschulung zusammenfasste. Die Inhalte waren so aufbereitet, dass alle, die derartige Schulungen durchführen – insbesondere

niedergelassene Kinder- und Jugendärzte – die unterschiedlichsten Anregungen erhielten.

In der Zwischenzeit hat sich vieles verändert: Das Schulungsprogramm der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. (AGAS) wurde vom Bundesversicherungsamt im September 2005 als Programm in das Disease Management Programm Asthma bronchiale für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre aufgenommen. Die Realisierung erfolgt im Rahmen von DMP-Verträgen, die bereits in vier Bundesländern unterschrieben sind und in die Praxis umgesetzt werden. Mit weiteren Vertragsabschlüssen ist noch in diesem Jahr zu rechnen. Dies erfordert ein erhebliches Mehr an organisatorischem und vernetztem Engagement für Kinderärzte, aber auch für die nichtärztlichen Asthmatrainer.

Parallel dazu wurde in der Zwischenzeit die Multicenterstudie Neurodermitisschulung abgeschlossen, wissenschaftlich ausgewertet

und publiziert. Probleme mit den Kostenträgern und der immer noch fehlende bundesweite Rahmenvertrag verzögern zwar nach wie vor ein flächendeckendes Schulungsangebot. In vielen Regionen Deutschlands gibt es aber bereits die Möglichkeit einer geregelten Kostenübernahme – auch ohne Rahmenverträge. Dies setzt allerdings eine Schulung auf der Basis der Multicenterstudie und nach den Qualitätskriterien der AGNES voraus.

Die meisten Kinder- und Jugendarztpraxen, die sich mit Asthmaschulung beschäftigen, haben gleichermaßen eine Neurodermitisschulung etabliert. Im Vergleich der beiden Schulungsansätze ergeben sich Parallelen, aber auch deutliche Unterschiede, die in den unterschiedlichen Krankheitsbildern begründet sind. Klammern sind die Schulungsidee sowie die uns Kinder- und Jugendärzten obliegende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit atopischen Erkrankungen. Aus dieser Situation ergab sich die Notwendigkeit eines Sonderheftes, das aktuelle Aspekte und Anregungen zur praktischen Durchführung der Asthma- wie der Neurodermitisschulung zusammenfasst.

Ihr

Dr. Rüdiger Szczepanski

1. Vorsitzender der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter



Liebe Kollegin, lieber Kollege,

strukturierte Schulungsmaßnahmen für chronisch Kranke, insbesondere für chronisch kranke Kinder, sind weit mehr als eine freundliche Zugabe zur Medikamenten- oder Immuntherapie. Sie gehen vom Patienten als Partner des Arztes aus, vom Patienten, der in die Lage versetzt werden muss, das Leben mit seinem chronischen Handicap bzw.

seiner chronischen Erkrankung zu meistern. Ziel ist Autonomie, „Empowerment“, Qualität des Lebens mit der Erkrankung.

Am Beispiel Diabetes-Schulung haben wir vor Jahrzehnten gelernt, dass ein gut geschulter Patient auch ein Patient mit der besten Prognose für die Langzeitentwicklung seiner Erkrankung ist. Die wichtigen Erfahrungen gerade beim Typ-I-Diabetes haben zur Erfolgsgeschichte der Asthma-Schulung bei Kindern in Deutschland beigetragen. Seit neuestem haben wir Belege dafür, dass auch die Erfolge bei der Neurodermitis-Schulung im Kindes- und Jugendalter einer kritischen Evaluation standhalten.

Eine strukturierte Patienten-Schulung verändert auch uns als Ärztinnen und Ärzte: Die Bejahung unserer Rolle als Berater und Trainer unserer chronisch kranken Kinder, die Akzeptanz eines Dialogs zwischen dem Betroffenen und uns als Experten, in dem nicht angeordnet, sondern gefragt, auch nachgefragt werden sollte, verleiht der Arzt-Patienten-Beziehung einen völlig neuen Charakter.

Gerade die Pädiatrischen Allergologen in Deutschland haben im vergangenen Jahrzehnt dokumentiert, dass die Betreuung chronisch Kranker und das damit verbundene Disease Management weit mehr ist als das Einstellen auf eine Medikation.

Das vorliegende Heft fasst den derzeitigen Stand unserer Erkenntnis zusammen und dokumentiert, dass in Deutschland Strukturen etabliert werden konnten oder vorbereitet wurden, die international ihresgleichen suchen.

Ihr

Prof. Dr. Ulrich Wahn

1. Vorsitzender der AG Neurodermitisschulung



Liebe Kollegin, lieber Kollege,

die Verbesserung der medizinischen Versorgung allergiekranker Kinder und Jugendlicher ist bereits seit ihrer Gründung ein großes Anliegen der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin. Asthma bronchiale und Neurodermitis als häufigste chronische Erkrankungen im Kindesalter stellen deshalb ein besonderes Aufgabengebiet unserer Gesellschaft dar.

Die Integration der strukturierten Schulung von Patienten und Eltern in das Therapiekonzept und damit die Ausbildung der Betroffenen zu „Cotherapeuten“ wird dabei von der GPA als besonders wichtig angesehen. Vorträge und Workshops zu diesem Thema sind deshalb regelmäßige Bestandteile unserer Tagungen. In Anerkennung der Verdienste um die Patientenschulung hat die GPA der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter im vergangenen Jahr den Förderpreis unserer Gesellschaft verliehen.

Die Bedeutung der Patientenschulung zeigt sich auch darin, dass sie fester Bestandteil des jetzt begonnenen Disease Management Programms Asthma bronchiale ist und die Kosten für eine solche Schulung im Rahmen des DMP übernommen werden.

Nachdem sich die Asthmaschulung für die Patienten als segens- und erfolgreich erwiesen hat, wurde ein ähnliches Schulungs-

modell für Neurodermitis entwickelt, an dem auch pädiatrische Allergologen wesentlich beteiligt waren. Auch diese Schulung hat sich in einer vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Multicenterstudie als erfolgreich erwiesen und wir hoffen, dass eine einheitliche Regelung der Finanzierung dieser Schulung in Zukunft auch unseren Neurodermitispatienten eine strukturierte und evaluierte Schulung in Analogie zum Asthma bronchiale ermöglichen wird.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Patientenschulung ist eine gesicherte Qualität der Schulung selbst. Mit diesem Heft sollen aktuelle Aspekte und Anregungen zur Asthma- und Neurodermitisschulung vermittelt werden.

Ich möchte an dieser Stelle den beiden Schriftleitern, Otto Laub und Oliver Gießler-Fichtner, sowie allen Autoren für Ihr Engagement danken und hoffe, dass dieses Heft dazu beiträgt, die noch bestehenden Lücken in der Patientenversorgung in absehbarer Zeit zu schließen.

Ihr

Prof. Dr. C. P. Bauer

1. Vorsitzender der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA)

IMPRESSUM

Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis, 10. Jg./Sonderheft Asthma- und Neurodermitisschulung

Herausgeber: Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V., Rathausstr. 10, 52072 Aachen, Tel. 0241-9800-486, Fax 0241-9800-259.

Verlag: WURMS & PARTNER Public Relations GmbH, Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing. **Verlagsleitung:** Holger Wurms.

Schriftleitung: Prof. Dr. C. P. Bauer, Rehabilitationszentrum Gaißbach, Dorf 1, 83674 Gaißbach, Fax 08041-798-222, E-Mail: carl-peter.bauer@drv-bayernsued.de; Dr. F. Friedrichs, Rathausstr. 10, 52072 Aachen, Fax 0241-174349, E-Mail: Frank.Friedrichs@t-online.de; Dr. E. Rietschel, Kinderklinik der Universität Köln, Kerpener Str. 62, 50924 Köln, Fax 0221-478-3330, E-Mail: ernst.rietschel@uk-koeln.de; Prof. Dr. J. Seidenberg, Elisabeth-Kinderkrankenhaus, Dr.-Eden-Str. 10, 26133 Oldenburg, Fax 0441-403-2887; E-Mail: seidenberg.juergen@klinikum-oldenburg.de

Projektschriftleitung: Otto Laub, Happinger Str. 98, 83026 Rosenheim, Tel.: 08031-3545735, E-Mail: Kinderarztlaub@aol.com; Dipl.-Psych. Oliver Gießler-Fichtner, Rehabilitationszentrum Gaißbach, Dorf 1, 83674 Gaißbach, E-Mail: oliver-arnold.giessler-fichtner@drv-bayernsued.de

Ressortschriftleiter: Dr. P. J. Fischer, 73525 Schwäbisch Gmünd (Elternratgeber); Prof. Dr. J. Forster, St.-Josefskrankenhaus, 79104 Freiburg (Leitlinien); Prof. Dr. P. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, 22149 Hamburg (Pädiatrische Dermatologie); PD Dr. M. Kopp, Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, 79104 Freiburg (Fragen an den Allergologen); Dr. Th. Lob-Corzilius, Kinderhospital Osnabrück, 49082 Osnabrück (Umweltmedizin); Prof. Dr. V. Wahn, Klinikum Uckermark, 16303 Schwedt (Pädiatrische Immunologie)

Wissenschaftlicher Beirat: Dr. A. von Berg, Prof. Dr. A. Bufe, Prof. Dr. J. Forster, PD Dr. G. Frey, Dr. A. Grübl, Prof. Dr. J. Kühr, Dr. W. Lässig, Dr. W. Rebien, Dr. S. Scheewe, Dr. K. Schmidt, Prof. Dr. A. Schuster, PD Dr. V. Stephan, PD Dr. A. Tacke.

Redaktion: Ingeborg Wurms M.A., Dr. Albert Thurner, Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing, Tel. 08158-9967-0, Fax 08158-9967-29, E-Mail: info@wurms-pr.de

Bildnachweis: Asthmaakademie „Luftiku(r)s“/Kinderhospital Osnabrück (1), privat (3, 4), R. Szczepanski/AGAS (6, 10, 13), S. Scheewe/P. Keins (18), CJD Asthmazentrum Berchtesgaden (21, 30, 38, 56, 57, 59, 60), ISAAC-Study (24), Th. Spindler/Fachkliniken Wangen (34, 42, 46), Th. Nowotny/„Lufti-Team“ Rosenheim (39), Ch. Mell/Fachkliniken Wangen (48, 49)

Anzeigenleitung: Holger Wurms, Tel. 08158-9967-0, Fax 08158-9967-29. Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 9 vom 1.1.2006.

Erscheinungsweise: Die Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis erscheint vierteljährlich jeweils am Ende des Quartals.

Bezugspreise: Einzelheft: 12,00 €, Jahresabonnement: 35,00 €, Jahresabonnement für Studenten (bei Vorlage einer Bescheinigung) 26,00 € (jeweils zuzügl. Versandkosten). Für Mitglieder der vier regionalen pädiatrisch-allergologischen Arbeitsgemeinschaften ist das Abonnement im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Druck: F & W Mediacenter, 83361 Kienberg.

ISSN: 1435-4233

3 Grußworte

Grundlagen

- 6 Asthma- und Neurodermitisschulung in Deutschland – State of the Art**
Die strukturierte Schulung von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern als etablierter Bestandteil der kinder- und jugendärztlichen Versorgung
- 16 Ergebnisse des Pilotprojekts zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern mit Atopischer Dermatitis**
Die Neurodermitisschulung zeigt langfristig positive Effekte
- 20 Der Pädiatrische Pneumologe**
Eine neue Zusatzqualifikation muss sich behaupten
- 24 Disease Management Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen**
Ziele, Regelungen und Vorteile des DMP
- 25 Zehn Gründe für eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale**
- 27 Die „Dritte Ebene“**
Stationäre Versorgung im DMP – eine Standortbestimmung
- 30 Schulungsaktivitäten für Schulungsvereine und nichtärztliche Asthmatrainer im Rahmen der DMP-Verträge**
- 32 Evaluation der Wirkung von strukturierten Asthmaschulungen (ASEV-Studie)**

Organisation

- 34 Netzwerkbildung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis am Beispiel des Saarlandes**
- 35 „Grenzenlose Hilfe zur Selbsthilfe bei Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter“**
Ein Projekt innerhalb des Modellprogramms INTERREG III A „Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein“
- 36 Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen in Bayern**

Durchführung

- 38 Asthmainstruktion in der kinder- und jugendärztlichen Praxis**
- 39 Erstinstruktion mit dem Asthmaquartett: „Small is beautiful“**
Erste Erfahrungen aus der Praxis
- 41 Vorgefertigte Materialien als Bestandteil von Instruktion und Asthmaschulung**
Die Instruktions- und Schulungskiste
- 44 www.my-air.tv – Asthmanachschulung für Kinder und Jugendliche im Internet**
- 45 Neurodermitisschulung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis**

Inhalte

- 48 Kratzalternativen**
Tricks und Techniken, die Juckreiz lindern, aber die betroffene Haut schonen
- 50 Therapie des Atopischen Ekzems mit Basisexterna – ein kurzer Leifaden**
Die an Krankheitsstadium, Lokalisation, Alter und Jahreszeit adaptierte Hautpflege ist ein obligater Bestandteil der Therapie des Atopischen Ekzems
- 50 Bewegungstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale – ein Update**
Die Wirkung körperlichen Trainings mit oder ohne ergänzende physiotherapeutische Atemtherapie
- 52 Das asthma alpin team als sporttherapeutisches Motivationskonzept**
Asthmakranke Jugendliche radeln durch die Alpen

- 53 Literaturliste zur Patientenschulung**
- 55 Ein Abschluss ...**
... oder was noch zu sagen wäre

Asthma- und Neurodermitisschulung in Deutschland – State of the Art

R. Szczepanski, Kinderhospital Osnabrück

Allgemeines

Es hat schon immer Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen gegeben. Die Weiterentwicklung in der Medizin, für viele Erkrankungen auch verbesserte Lebenserwartungen haben dazu geführt, dass Kinder, Jugendliche und deren Familien in zunehmendem Maße selbstständig die Belange einer chronischen Krankheit regeln. Der alte Begriff „Compliance“ (= strenges Befolgen der therapeutischen Vorgaben seitens der Ärzte und Fachleute) hat sich zum „Empowerment“ gewandelt: Kinder und Jugendliche sowie deren Familien sind in hohem Maß eigenverantwortlich und kompetent für das Management ihrer Krankheit und werden dabei von Fachleuten beraten. Dazu gehört nicht nur eine regelhafte Durchführung medizinisch notwendiger therapeutischer Maßnahmen, sondern auch ein eigenständiges Umgehen mit allen Herausforderungen, die für die Betroffenen und die Familien entstehen. Es geht also nicht nur um den medizinisch-therapeutischen Bereich, sondern auch um kognitive, emotionale (insbesondere Angst) und Verhaltensaspekte. Kinder und ihre Familien müssen ihre chronische Erkrankung in Alltagssituationen „managen“. Die Art und Weise, wie innerhalb der Familien Alltagsfragen und Probleme geregelt werden,

bestimmt gleichermaßen den Umgang mit der chronischen Erkrankung. Darüber hinaus bedeutet die chronische Erkrankung eines Kindes auch eine Beeinträchtigung der übrigen Familienmitglieder („Niemand ist alleine krank“). Über den rein familiären Aspekt hinaus sind auch die anderen sozialen Räume (Freunde, Verwandte, Schule, Kindergarten usw.) vom Asthma mit betroffen.

Um diese verschiedenen Aspekte in der Schulung erfassen und berücksichtigen zu können, ist es unbedingt notwendig, dass eine Schulung interdisziplinär erfolgt. Die Schulung ist somit von der Intention her eine psychologisch-pädagogische Intervention mit medizinischen Inhalten und gilt als wohnortnahe rehabilitative Leistung. Die Schulung dient einer Stützung und Ausweitung der in den Familien vorhan-

denen Ressourcen zu einem besseren und stabileren Empowerment. Gerade die Hereinnahme psychologisch-pädagogischer Aspekte und die enge Kooperation mit Schwestern und Physiotherapeuten sind ein deutlicher Gewinn für die ärztliche Tätigkeit, da viele Aspekte aus den nicht-ärztlichen Berufen für Ärzte von der Ausbildung und vom Berufsalltag her erst einmal sach- und fachfremd sind. Andererseits sind genau diese Aspekte essenziell für eine Langzeitbetreuung.

Chronologie

Ausgehend von Erfahrungen und Vorgehensweisen bei der Schulung von Patienten und Familien, die von Diabetes betroffen sind, und ausgehend von Schulungsprogrammen aus den USA und Skandinavien (dort in den 80er Jahren) entstanden in Deutschland zwischen 1987 und 1990 einige Asthmaschulungsgruppen (Berchtesgaden, Berlin, Bochum, Leverkusen, Osnabrück, Scheidegg, Sylt, Wangen), die sowohl im stationären Bereich als auch im Reha-Bereich die Erfahrungen der erfolgreichen Diabetesschulung für den Bereich Asthma bronchiale weiterentwickelten.

1991 trafen sich in Osnabrück alle damals in Deutschland tätigen „Asthmaschuler“ (46 Trainer,

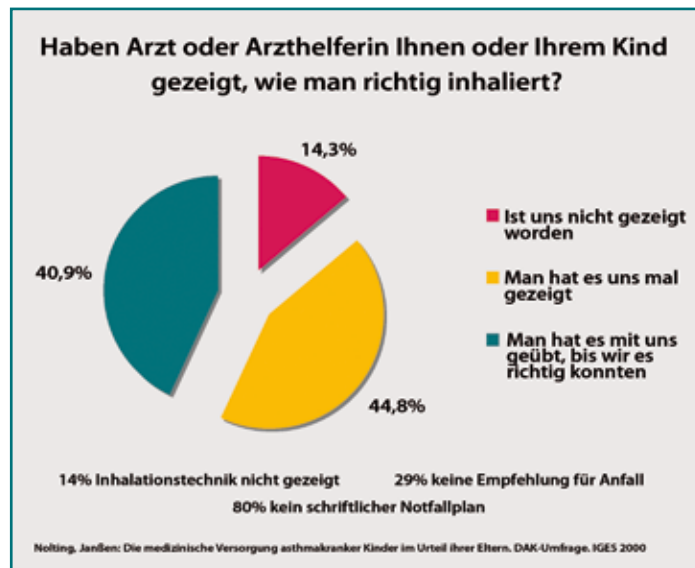


Abb. 1

Ziele der Asthma-Patientenschulung:

- Kenntnisse über das Asthma sowie medikamentöse und nichtmedikamentöse Dauer-/Akuttherapie
- Wahrnehmung von Auslösern und Möglichkeiten der Vermeidung
- Wahrnehmung von Frühsymptomen, körperliche Selbsteinschätzung und Frühintervention
- Minderung krankheitsbezogener Ängste/emotionale Entlastung für Patient und insbesondere Eltern
- Akzeptanz des Asthmas als chronische Erkrankung
- Verbesserung des familiären Umgangs mit der chronischen Erkrankung
- Verminderung psychosozialer Auswirkung durch chronische Erkrankung
- Förderung der Eigenverantwortlichkeit
- Resultierend aus allen Bereichen: Steigerung der Lebensqualität für Patient und Familie

Ziele der Neurodermitis-Patientenschulung:

- Krankheitsspezifisches, handlungsrelevantes Wissen über das Krankheitsbild, Auslöser und deren Meidung
- Sinnvolle Diagnostik (insbesondere in Hinblick auf Nahrungsmittel), inkl. Ernährungsberatung
- Therapieelemente (Auslösermeidung, Kratzalternativen, Hautpflege, Externa)
- Selbstwahrnehmung (Hautdetektiv) zur Steuerung des Stufenplans
- Juckreiz/Kratzalternativen
- Entspannungsverfahren, körpertherapeutische Elemente
- Umgang mit Stress, Schlaf
- Steigerung der sozialen Kompetenz zur Reduktion psychosozialer Belastung innerhalb der Familie bzw. im Sozialbereich

Tab. 1

Inhalte und methodisch didaktisches Vorgehen Asthmaschulung

Inhalt	Methodisch-didaktisches Material (Beispiele)
1. Physiologie der Atmung	Kriechtunnel (Kind als Luft verzaubert); Anatomiemodelle
2. Was ist Asthma?	Scheibenmodell (4 Stufen/die „Drei Dicken“ als Schicht mit Zunahme nach Grad der Obstruktion); Strohhalmübung (durch 1–2 Min. Atmung für Eltern Asthma selbst spürbar)
3. Auslöser und deren Vermeidung	Eigene Erfahrung, Kenntnisse; Grabbelsack mit kindgerechten Symbolen; Memory
4. Medikamentenwirkung	Spiele für Schutzfunktion der Dauertherapie mit entsprechenden Spielsymbolen für Wirkprinzipien; Spiele für Akuttherapie mit entsprechenden Spielsymbolen für die Wirkprinzipien
5. Stufenplan der Dauertherapie	Treppenmodell
6. Notfallbehandlung	Rollenspiel inkl. Durchsetzungsstrategien
7. Symptomwahrnehmung/körperliche Aspekte	Lungendetektiv, Peak-Flow-Messung, Symptomtagebuch inkl. daraus abzuleitender Handlungen, atemerleichternde Techniken, Entspannungsübungen, Sport und Asthma
8. Emotionale Aspekte	Über Rollenspiele für Kinder, über Handpuppe/Leitfigur für das einzelne Kind, Elternerfahrungsrunde als Gesprächskreis
9. Kognitive und Verhaltensaspekte	Rollenspiele mit Video-Feedback, Handpuppe als Leitfigur
10. Familien- und psychosoziale Aspekte	Gesprächsrunde (Eltern/Jugendliche), Rollenspiele, Familienmedizinisch orientierte Einzelgespräche

Tab. 2

Inhalte und methodisch didaktisches Vorgehen Neurodermitisschulung

Inhalt	Methodisch-didaktisches Material (Beispiele)
1. Haut, Aufbau der Haut	Hautmodell
2. Was ist Neurodermitis?	Hautmodell, „Immunspiel“ (was passiert, wenn eine Mücke sticht?), „Fleißige Hautpolizisten“
3. Auslöser und deren Meidung	Eigene Erfahrung, Kenntnisse Grabbelsack mit kindgerechten Symbolen, Memory
4. Juckreiz	„Schatzkiste“ mit Kratzalternativen, Eigene Erfahrungen, Wochenbogen zum Sammeln und Reflektieren
5. Stufenplan	Farblich abgestimmter Stufenplan inkl. individueller Gegebenheiten
6. Symptomwahrnehmung/körperliche Aspekte	Hautdetektiv, Wochenbogen, Entspannungsübungen, Körperwahrnehmungsübungen
7. Emotionale Aspekte	Rollenspiele, Gespräche, Austausch, Interviews
8. Kognitive Aspekte	Handpuppe/ Leitfigur, Rollenspiele, Hausaufgaben, Folien
9. Familien- und psychosoziale Aspekte	Erfahrungsrunde für Eltern, insbesondere Kinder/Jugendliche, Rollenspiele, Familien-einzelgespräche

Tab. 3

Curriculum-Ausbildung zum Asthmatrainer:

- Block I: Hospitation bei anerkanntem Hospitationszentrum sowie Asthmasportgruppe.
- Block II: Theorieseminar 40 Zeiteinheiten à 45 Min.
- Block III: Supervision: 3 Zeitstunden anhand von Videoaufzeichnungen oder live.

Abschlusszertifikat durch Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (zusammen mit der Gesellschaft Pädiatrische Pneumologie).

Curriculum-Ausbildung zum Neurodermitistrainer:

- Block I: 10 Unterrichtsstunden à 45 Min. Hospitation an anerkannter Einrichtung.
- 30 Unterrichtseinheiten medizinische/psychologische/pädagogische Inhalte.
- Block II: 3 Stunden Supervision mittels Video oder live.

Abschlusszertifikat durch Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.

Information über Asthma- und Neurodermitisakademien, Ausbildungstermine und Hospitationszentren:

- Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., Frau Beate Heße, Kinderhospital Osnabrück, Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück.
- Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., Dr. Doris Staab, Virchow-Klinikum, Kinderklinik, Abt. für Päd. Pneumologie und Immunologie, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.

Tab. 4

unterstützt durch zwei holländische Kollegen, da es in Holland über die Asthma-Foundation bereits seit längerem ein Asthmaschulungsprogramm für Erwachsene gab). Im Rahmen der Jahrestagungen von 1991 bis 1993 wurden Konsensuspapiere entwickelt, die eine strukturelle, inhaltliche und qualitätssichernde Vorgabe als Basis für die Asthmaschulung legten. Die Konsensuspapiere umfassten die medizinischen Inhalte, die in der Schulung zu vermitteln sind, das methodisch-didaktische Vorgehen und auch evaluations- bzw. qualitätssichernde Aspekte. Konsequenterweise entwickelte sich 1994 aus diesen Arbeitsgruppen und Jahrestagungen die Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (AGAS), die als Verein eingetragen und als gemeinnützig etabliert wurde. Unter dem Dach dieser Arbeitsgemeinschaft wurde dann ein Curriculum für die Ausbildung zum Asthmatrainer entwickelt und von den damaligen Mitgliedern einstimmig verabschiedet. Im Rahmen eines langen Konsensfindungsprozesses beschloss die Arbeitsgemeinschaft auch die Konsensuspapiere.

Nach den ersten sechs Jahrestagungen, die sämtlich in Osnabrück stattfanden, traf man sich ab 1997 auch in anderen Orten: 1997 Köln – 1998 Kleinmachnow – 1999 Amrum – 2000 Berchtesgaden – 2001 Bielefeld – 2002 Nürnberg – 2003 Halle – 2004 Frankfurt am Main – 2005 Freiburg – 2006 Davos – 2007 Würzburg.

Im Februar 1996 erfolgte eine Ausschreibung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) für ein Modellprogramm zur besseren Versorgung und Vorsorge von Kindern und Jugendlichen mit Atopischem Ekzem. Im Rahmen des Antragsbewertungsverfahrens wurden vier pädiatrische und vier dermatologische Zentren ausgewählt, um ein bundesweit einheitliches Schulungsprogramm zu entwickeln. Das BMGS machte den Teilnehmern des Modellprojektes und auch der in Gründung befindlichen Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung ausdrücklich zur Auflage, die Strukturen für Durchführung, Qualitätssicherung und Ausbildung, wie sie für die Asthmaschulung entwickelt wurden, in die Neurodermitisschulung zu übernehmen bzw.

als Basis zu benutzen. Mehrere Konsensuskonferenzen zwischen Mai 1997 und Oktober 1998 entwickelten und verabschiedeten die Konsenspapiere für eine Neurodermitisschulung für Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern. Parallel dazu erfolgte die Gründung der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e.V. (AGNES). Die Multicenterstudie wurde von September 2000 bis Sommer 2003 durchgeführt, die Auswertung und der endgültige Abschlussbericht Ende 2005 erstellt. Zurzeit laufen Verhandlungen über einen flächendeckenden Vertrag auf der Basis des § 43 SGB V.

Tab. 1 zeigt die Ziele der Patientenschulungen bei Asthma bronchiale und Atopischer Dermatitis. Die Inhalte und das methodisch-didaktische Vorgehen sind den Handbüchern Qualitätsmanagement einmal für die Schulung bei Asthma bronchiale und zum anderen für die Schulung bei Neurodermitis zu entnehmen.

Bezüglich Asthma bronchiale gibt es im Wesentlichen drei methodisch-didaktische Vorgehensweisen, die alle gleichermaßen auf dem Handbuch Qualitätsmanagement basieren [2, 7, 17, 19].

Für die Neurodermitisschulung existiert ein Manual, das die Schulung für Eltern, deren Kinder unter sieben Jahre alt sind, ebenso abbildet wie die Kinderschulung (8–12 Jahre), die Jugendlichenschulung (13–18 Jahre) und die Schulung der jeweiligen Eltern. Das Manual ist über die Neurodermitisakademien zu beziehen. Zurzeit wird eine Druckfassung für den Buchhandel erstellt.

Bei der Durchführung der Patientenschulungen sind auch hinsichtlich der allgemeinen Voraussetzungen und der Stundenpläne die jeweiligen Vorgaben der Handbücher Qualitätsmanagement umzusetzen. Die Standards der jeweiligen Arbeitsgemeinschaften werden von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) wie auch den gesetzlichen Krankenkassen für beide Schulungsprogramme als Basis gefordert, umgesetzt und auch über die jeweiligen Vorstände abgefragt.

Hinsichtlich der Ausbildung im Rahmen der Qualitätssicherung sind die

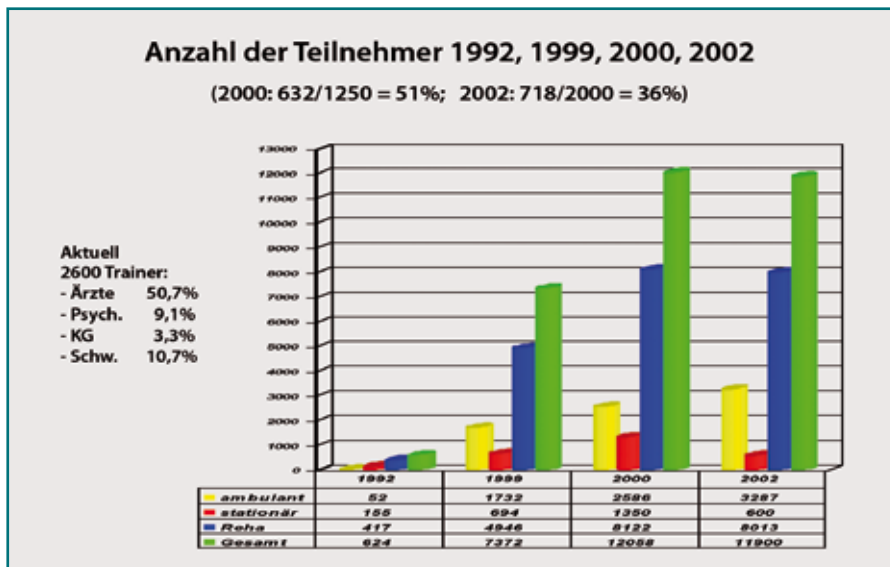


Abb. 2

jeweiligen Curricula maßgeblich (Tab. 4). Die Zertifikate werden über die jeweiligen Geschäftsstellen ausgestellt. Dort sind auch die zur Ausbildung notwendigen Auskünfte über Hospitationszentren, Supervision, Asthma- und Neurodermitisakademien usw. zu erhalten.

Effizienz

So genannte harte bzw. Morbiditätsdaten bilden nur einen kleinen Teil der Effekte der Interventionen (insbesondere

re psychologischer und pädagogischer Interventionen) ab. Dieses Dilemma offenbaren auch Metaanalysen.

■ Ein Cochrane-Review 2002 zeigte, dass eine Patientenschulung, die in Inhalt und Umfang dem entspricht, was in unserem Gesundheitswesen als „Instruktion“ bezeichnet wird, im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Notfallbehandlung durchgeführt, keine Effekte aufwies. Die im gleichen Jahr erschienenen Cochrane-Reviews für Erwachsenenschulung ergaben,

dass die strukturierte Patientenschulung als Gruppenschulung effektiv ist, während reine Wissensvermittlung und das bloße Aushändigen von Materialien unzureichend sind.

- In der Cochrane-Analyse für die Schulung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien [5] konnte eindeutig die Überlegenheit der Schulung gegenüber einer alleinigen medizinischen Versorgung herausgestellt werden.
- In einer ersten deutschsprachigen kontrollierten Studie wurden 1996 eindeutige Effekte im Bereich leichter oder starker Asthmabeschwerden, beim Asthmaverlauf, den Schulfehltagen und belastungsbedingten Obstruktionen nachgewiesen. Die Haupteffekte lagen in einer Verbesserung des familiären Umgangs mit der chronischen Erkrankung sowie einer Steigerung der internalen Kontrollüberzeugung bei gleichzeitiger Abnahme der externalen und vor allen fatalistischen Kontrollüberzeugung; zudem zeigte sich der positive Effekt einer Nachschulung.
- Bei der Studie der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung über die Wirksamkeit der Asthmaschulung ergaben sich eine deutliche Abnahme der Beschwerden ein Jahr nach der Schulung bei rückläufiger Therapieintensität und eine Abnahme von Schulfehltagen und Krankenhausaufenthalten. Die Körper selbstwahrnehmung hatte sich dauerhaft verbessert als Voraussetzung für ein adäquates Notfallmanagement durch die Kinder. Die entsprechenden Fähigkeiten wurden signifikant besser beherrscht, die asthmaspezifische Angst hatte sich verringert, Atemhilfstechniken für den Notfall wurden besser bewusst eingesetzt. Die Kontrollüberzeugung der Kinder war dauerhaft verbessert.
- Beide Studien zeigen, dass eine Nachschulung sinnvoll ist, um Abschwächungen der Effekte zu kompensieren.
- 1996 konnte in einer Studie nachgewiesen werden, dass im Kosten-Nutzen-Bereich pro Schulungsstunde 5,83

Kriterienbogen zur differenziellen Indikation für eine ambulante Asthmaschulung (KDIA), 2004

	trifft zu	trifft nicht zu	nicht beurteilbar
Schlechte Selbsteinschätzung des Kindes bzw. schlechte Beurteilung durch die Eltern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthmabezogene Angst beim Kind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthmabezogene Angst bei Mutter, Vater oder Geschwistern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Streit und Ärger um die Therapiedurchführung (z. B. „Inhalierstress“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Notwendigkeit sozialer Unterstützung durch Gleichbetroffene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Belastende Vorerfahrungen bzgl. Asthma bei Verwandten 1. und 2. Grades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tab. 5 © Schulte im Walde, Szczepanski, v. Schlippe

Asthmaakademien

Asthmaakademie Baden-Württemberg

Fachkliniken Wangen, Rehabilitations-Kinderklinik

Am Vogelherd 14, 88239 Wangen/Allgäu
Dr. med. Thomas Spindler

St. Josefskrankenhaus Freiburg, Kinderabteilung St. Hedwig

Sautierstraße 1, 79104 Freiburg i. Breisgau
Prof. Dr. med. Johannes Forster

Asthmaakademie Berchtesgaden-Salzburg

CJD Asthmazentrum Berchtesgaden

Buchenhöhe 46, 83471 Berchtesgaden
Dr. med. Gerd Schauerte,
Dr. med. Josef Lecheler

Asthmaakademie Berlin

Förderkreis Schulung für chronisch kranke Kinder und Jugendliche und deren Betreuer e.V., Charite, Campus Virchow Klinikum, Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie/ Immunologie

Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Prof. Dr. med. Ulrich Wahn,
Dr. med. Ch. Schmidt-Grüber

Kastanienallee 20, 16341 Röntgental
Dipl.-Psych. Norbert Gebert

Asthmaakademie Davos

Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang, Fach- und Reha-Klinik für Atemwegsleiden, Abt. Pädiatrische Pneumologie

CH-7265 Davos-Wolfgang
MA sc. soc. Eugen Hodapp,
Dr. med. H. J. Mansfeld

Asthmaakademie Gaißach/München

Rehabilitationszentrum Gaißach der Deutschen Rentenversicherung

Dorf 1, 83674 Gaißach b. Bad Tölz
Dipl.-Psych. O. A. Gießler-Fichtner,
Prof. Dr. med. C. P. Bauer,
Dr. med. Dieter Stein

Asthmaakademie Hessen

Asthmazentrum Rhein-Main, J.-W.-Goethe-Universitätsklinikum

Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
Dipl.-Psych. Barbara Wolfram,
Dr. med. Johannes Schulze

Asthmaakademie Mecklenburg-Vorpommern

Ostsee-Kurklinik Fischland

An der Seenotstation 1,
18347 Ostseebad Wustrow
MR Doz. Dr. med. habil Jutta Hein

Asthmaakademie Mitteldeutschland

Helios Klinikum Aue, Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde

Gartenstraße 6, 08280 Aue
Dr. med. Jochen Meister

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Dr. med. Christian Vogelberg

Asthmaakademie Nordfriesland

Institut für Humanernährung

Düsternbrookerweg 19, 24105 Kiel
Prof. Dr. med. Dieter Kiosz

Fachklinik für Kinder und Jugendliche

Steinmannstraße 52-54, 25980 Westerland
Dr. med. Dirk Eichmann

Asthmaakademie Nordrhein-Westfalen (ehem. Köln-Bonn)

Venloer Straße 67, 41751 Viersen
Dr. med. U. Umpfenbach

FAAK Köln – „Kölner Puste Pänz“, Kinderkrankenhaus

Amsterdamer Straße 59, 50735 Köln-Riehl
Monika Aischele-Hoff

Asthmaakademie „Luftiku(r)s“ Osnabrück

Kinderhospital Osnabrück, Klinik für Kinder und Jugendliche

Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück
Dr. med. Rüdiger Szczepanski,
Dipl.-Psych. Gitta Brockmann

Asthmaakademie Rheinland-Pfalz/Saarland

Fachklinik Am Hochwald

Lindenstraße 46-48, 55758 Bruchweiler
Dr. med. Heidi Siefken-Kaletka

Asthmaakademie Ruhr

Geschäftsstelle Dortmund

Institut für Disease-Management
Kleyer Dorfstraße 6, 44149 Dortmund
Frank Neuhaus

Geschäftsstelle Essen

Schellenberstraße 1, 45134 Essen
Dr. med. Hans-Jörg Köhler,
Dr. med. Dirk Straub

Tab. 6. Sprecher der Asthmaakademien: MR Doz. Dr. med. habil Jutta Hein, Dr. med. Heidi Siefken-Kaletka

Stand 28.06.2006

Die Akademien der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e. V. (AGNES)

Universitätskinderklinik der Charite Berlin, Campus Virchow

Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Prof. Dr. med. Ulrich Wahn

Hautklinik Linden, Medizinische Hochschule Hannover

Ricklinger Straße 5, 30449 Hannover
Prof. Dr. med. Thomas Werfel

Kinderhospital Osnabrück

Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück
Bärbel Bockstiegel

Dermatologische Klinik und Poliklinik der TU München

Biedersteiner Str. 29, 80802 München
Dr. med. Christina Schnopp

Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche

Steinmannstr. 52-54, 25980 Westerland (Sylt)
Dipl.-Psych. Peter Keins

Justus Liebig Universität Gießen, Zentrum für Psychosomatische Medizin

Ludwigstraße 76, 35392 Gießen
Prof. Dr. med. Uwe Gieler

Kölner Förderverein für das Allergie- und Asthmakranke Kind e.V. (FAAK), Städtisches Kinderkrankenhaus Köln

Amsterdamer Straße 59, 50735 Köln
Marita Wittenmeier,
Monika Aischele-Hoff

Hautklinik des Universitätsklinikums Erlangen

Hartmannstraße 14, 91052 Erlangen
Prof. Dr. med. Manigé Fartasch

Tab. 7

Landesbeauftragte Qualitätssicherung in der Asthmaschulung

Baden-Württemberg

Prof. Dr. med. Johannes Forster
St. Josefskrankenhaus Freiburg
Kinderabteilung St. Hedwig
Sautierstraße 1, 79104 Freiburg i. Breisgau

Dr. med. Thomas Spindler
Fachkliniken Wangen
Rehabilitations-Kinderklinik
Am Vogelherd 4, 88239 Wangen/Allgäu

Bayern

Dr. med. Otto Laub
Arzt für Kinderheilkunde
Happinger Straße 98, 83026 Rosenheim

Dr. med. Gerd Schauerte
CJD Asthmazentrum Berchtesgaden
Buchenhöhe 46, 83471 Berchtesgaden

Dipl.-Psych. Oliver A. Gießler-Fichtner
Rehabilitationszentrum Gaißach
Dorf 1, 83674 Gaißach b. Bad Tölz

Berlin

Prof. Dr. med. Ulrich Wahn
Charité, Klinik für Pädiatrie m. S. Pneumologie
und Immunologie
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Brandenburg/Berlin

Dipl. Psych. Norbert Gebert
Kastanienallee 20, 16341 Röntgental

Bremen/Nordwest-Niedersachsen

Martin Schacht
Zentralkrankenhaus Links der Weser
Kinderklinik Senator-Weßling-Str. 1
28277 Bremen

Hamburg

Dr. med. Joachim Lemke
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg

Dr. med. Friedrich Kaiser
Arzt für Kinderheilkunde, Allergologie
Tangstedter Landstraße 77, 22415 Hamburg

Hessen

Dr. med. Johannes Schulze
Asthmazentrum Rhein-Main
J.-W.-Goethe-Univ.-Klinikum
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt

Beate Riel-Heckhausen M.A.
69517 Gorchheimtal

Mecklenburg-Vorpommern

MR Doz. Dr. sc. Jutta Hein
Ostsee-Kurklinik Fischland
An der Seenotstation 1,
18347 Ostseebad Wustrow

Niedersachsen

Dr. med. Wulf Hoeller
Facharzt für Kinderheilkunde
Reitkamp 2, 31785 Hameln

Nordrhein

Dr. med. Jürgen Funck
Arzt für Kinderheilkunde
Lessingplatz 1, 41469 Neuss

Rheinland-Pfalz

Annette Kutzner
Sozialpädiatrisches Zentrum
Bühlerweg 24 – Haus Kantate
55543 Bad Kreuznach

Saarland

Dr. med. Wolfgang Wahlen
Arzt für Kinderheilkunde
In der Dell 33, 66424 Homburg

Bernd Mischo
Kinderklinik Kohlhof
Klinikweg 1–5, 66539 Neunkirchen

Dr. med. Gero Birnbach
St. Elisabeth-Krankenhaus, Kinderklinik
Kapuzinerstr. 4, 66740 Saarlouis

Sachsen

Dr. med. Jochen Meister
Helios Klinikum Aue, Klinik für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin, Gartenstr. 6, 08280 Aue

Sachsen-Anhalt

Dr. med. Wolfgang Lässig
Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara
Klinik für Kinderheilkunde
Mauerstr. 5, 06110 Halle

Schleswig-Holstein

Dr. med. Bernd Grunwald
Arzt für Kinderheilkunde und Umweltmedizin
Hamburger Str. 27, 25746 Heide

Thüringen

Dr. med. Heike Beyermann
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Kochstr. 2, 07743 Jena

Westfalen-Lippe

Sylvia Meier
Kinderkrankenschwester, Asthmatrainerin
St.-Josef-Hospital Bochum
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Alexandrinenstr. 5, 44791 Bochum

Tab. 8. Sprecher des Beirates und Beisitzer im Vorstand: Dipl.-Psych. Gießler-Fichtner und Dr. Spindler

Stand 3.1.2007

Qualitätsziele/Indikatoren DMP

- **Erhöhung Anteil geschulter Asthma-patienten**
Anteil Teilnahme bezogen auf alle Patienten mit einer Empfehlung
- **Erhöhung Anteil Patienten mit schriftlichem Selbstmanagement-Plan**
Anteil bezogen auf alle eingeschriebenen Patienten
- **Vermeidung notfallmäßiger Behandlungen**
 - a) Anteil stationärer notfallmäßiger Behandlungen in den letzten zwölf Monaten bezogen auf alle eingeschriebenen Patienten mit Darstellung patienten-bezogener Häufigkeit
 - b) Anteil nichtstationärer Notfallbehandlungen, sonst wie a)
- **Erhöhung Anteil Patienten mit ICS als Teil Dauertherapie**
Anteil bezogen auf alle eingeschriebenen Patienten

Tab. 9

Euro pro Kind und Jahr gespart werden und dass im Kosten-Wirksamkeits-Bereich (nichtmonetäre Effekte, z. B. Lebensqualität) die Effizienz der Schulung um ca. 25 Prozent pro Kind und Jahr kostengünstiger ist.

■ Hinsichtlich der Effizienz der Neurodermitisschulung gibt es eine exzellente prospektive, kontrollierte Multicenterstudie, über die in diesem Heft separat berichtet wird (siehe S. 16–19).

■ Sowohl für die Asthmaschulung wie für die Neurodermitisschulung liegt genügend ökonomische Evidenz, bezogen auf eine Einjahres-Katamnese, vor. Längere ökonomische Katamnesen (parallel auch zu längerfristigen Effekten bei somatischen und psychometrischen Parametern) über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr fehlen bislang. Sie sind insgesamt nur sehr schwer zu erheben und sollten über einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren laufen.

Schulung im Rahmen der Gesundheitsversorgung

Basierend auf den Metaanalysen sowie auf den für den deutschsprachigen Raum erhobenen Daten wurde das Schulungsprogramm der AGAS im September 2005 vom Bundesversicherungsamt für das DMP als Programm für die Schulung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren akkreditiert. Ausschlaggebend waren neben den erhobenen Daten sicherlich der hohe Standard der Qualitätssicherung, die standardisierte Ausbildung zum Asthmatrainer und auch die bereits vorhandene bundesweite Schulungskapazität. Die derzeitigen Kapazitäten sind der Abb. 2 zu entnehmen.

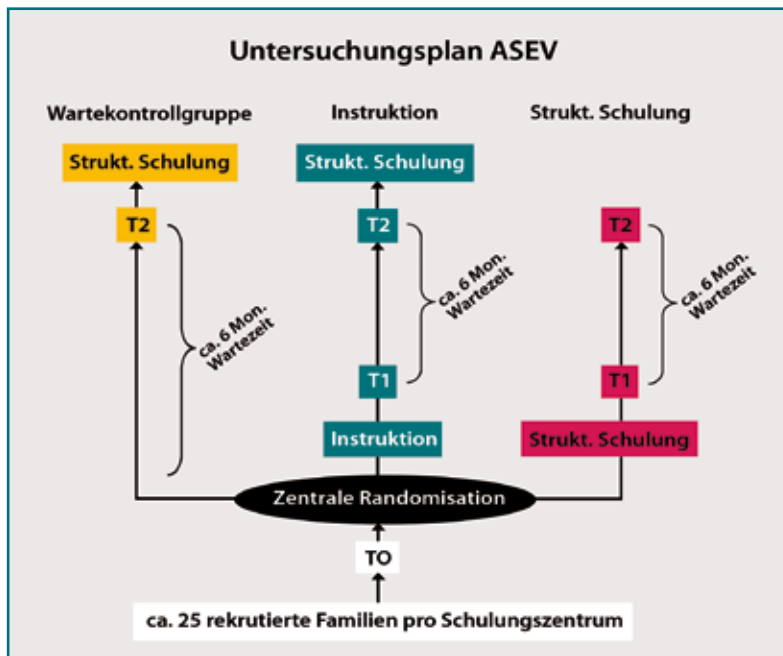


Abb. 3

Insgesamt gibt es zurzeit 2.700 Trainer, davon ca. 51 Prozent Ärzte, knapp zehn Prozent Psychologen/Pädagogen, ca. drei bis vier Prozent Krankengymnasten und Physiotherapeuten sowie ein Prozent Kinderkrankenschwestern. In den ersten Bundesländern wurden bereits DMP-Verträge etabliert, weitere Bundesländer werden in Kürze folgen, so dass insgesamt eine deutliche Ausweitung der Schulungskapazitäten notwendig ist. Wenn man unterstellt, dass ca. 740.000 Kinder und Jugendliche im Alter bis 18 Jahren Asthma bronchiale haben, ergibt sich unter Berücksichtigung der prozentualen Quote für Schulungsempfehlungen der eingeschriebenen Kinder und Jugendlichen (Schweregrad 2 bis 4) die Notwendigkeit einer Vervielfachung der bundesweiten Schulungskapazitäten. Dies erfordert in einem hohen Maße eine Vernetzung vorhandener Schulungsaktivitäten, auch und vor allem unter Berücksichtigung nichtärztlicher Schulungskapazitäten.

Nicht jede Familie benötigt eine umfangreiche, strukturierte, qualitätsgesicherte Schulung: Es gibt sicherlich Familien, die lediglich einer Instruktion bedürfen. Eine Instruktion wird unmittelbar nach Diagnosestellung und Ver-

ordnung durchgeführt (Zeitbedarf ca. 60 Minuten: Training der Inhalationstechniken mit den jeweils verordneten Devices/ Spacern, des individuellen Notfallplans und Peak-Flow-Messung [4]). Eine Instruktion kann auf keinen Fall eine Patientenschulung ersetzen [6]. Somit ergibt sich die Notwendigkeit einer Differenzierung für eine adäquate Zuweisung. Ein entsprechendes Instrument wurde von Schulte im Walde 2005 entwickelt („Kriterien zur differenziellen Indikation“).

In der Rechtsverordnung DMP Asthma bronchiale (und somit auch in entsprechenden Verträgen) werden nur Kinder und Jugendliche im Alter von fünf bis 18 Jahren erfasst. Es gibt zurzeit sehr starke Bemühungen, die Rechtsverordnung dahingehend zu erweitern, dass auch Kinder von zwei bis fünf Jahren mit eingeschrieben werden. Die AGAS führt deswegen jetzt eine prospektive, kontrollierte Multicenterstudie zur Evaluation des Schulungsprogramms für die Eltern von zwei- bis fünfjährigen Kindern durch: „AsthmaSchulung für Eltern von Kindern im Vorschulalter (ASEV)“. Die Studie, die auch den Stellenwert der Instruktion und der differenziellen Indikation klärt, wird 2007 abgeschlossen sein (siehe S. 32–33).

Als weiteres Modul für die Asthmaschulung wurde eine internetbasierte Nachschulung (my-Air.TV) fertig gestellt und im Oktober 2006 freigeschaltet. Derzeit laufen Bemühungen, die internetbasierte Nachschulung als Alternative zur Live-Nachschulung auch für das DMP zu etablieren (siehe S. 44–45).

Die Entwicklungen im Rahmen der Neurodermitisschulung sind noch nicht so weit gediehen, aber auch schon sehr weit fortgeschritten: Der Abschlussbe-

richt der GADIS-Studie ist eingereicht. Zurzeit laufen Verhandlungen mit den Spitzen der gesetzlichen Krankenversicherer über eine flächendeckende Kostenübernahme. Die Auflage des BMGS für diese Multicenterstudie bestand darin, parallel zur Studie bereits Ausbildungsstrukturen aufzubauen, die die Ausbildung weiterer Neurodermitstrainer ermöglichen, und darüber hinaus auch ein Qualitätssicherungsinstrument zu etablieren. Dieses wurde entwickelt und durch den einstimmigen Beschluss der jüngsten Mitgliederversammlung von AGNES auch verbindlich gemacht. Es kann über die Geschäftsstelle und die Neurodermitisakademien bezogen werden.

Fazit

Abschließend kann klar gesagt werden, dass die strukturierte, evaluierte und qualitätsgesicherte Schulung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern für chronische Krankheiten heute ein etablierter Bestandteil der kinder-

und jugendärztlichen Versorgung ist: In der neuen Weiterbildungsordnung sind Schulungsaktivitäten explizit im Facharztkatalog aufgeführt (als Beispiel: Diabetesschulung, Asthmaschulung). Die Ausbildung ist gewährleistet und ein flächendeckendes Angebot ist aufgebaut. Dies alles hat zu entsprechenden Umsetzungen mit den Kostenträgern geführt (s. DMP Asthma bronchiale, aber auch Fortschreibung des § 43 SGB V im Rahmen der Gesundheitsreform). Somit sind die Voraussetzungen geschaffen, einen besseren und ökonomischen Umgang mit den beiden Krankheitsbildern Asthma bronchiale und Neurodermitis zu ermöglichen.

Parallel dazu erfolgte auch ein Wandel in unserem Rollenverständnis als Ärzte: Noch bis vor ca. 15 Jahren wurde die Schulung als ein Instrument zur Verbesserung der Patienten-Compliance gesehen. Die Non-Compliance bedeutete in diesem Kontext ein negatives Persönlichkeitsmerkmal des Patienten, ein Hindernis für die Durchführung ärztlicherseits intendierter therapeutischer

Bemühungen, das durch Schulung zu beseitigen sei. Heute wird dagegen – wie eingangs aufgeführt – insbesondere im Schulungskontext ein Betreuungsansatz gesehen, in dem der Patient, basierend auf einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung, unter fachlicher Anleitung eigenverantwortlich und mit eigener Kompetenz das Management seiner Krankheit übernimmt („Empowerment“, [13]).

Internetadressen:

www.asthmaschulung.de
www.neurodermitisschulung.de

Dr. med. Rüdiger Szczepanski

1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. (AGAS)

Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e. V. (AGNES)

Kinderhospital Osnabrück

Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück

E-Mail: Szczepanski@kinderhospital.de

Literatur

[1] AG Asthmaschulung: Qualitätssicherung in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen. Zuckschwerdt München, 2. Aufl. 2004

[2] Brockmann G: Asthmatraining für Kinder. Das Arbeitsheft. Durchführung von familienmedizinischen Schulungskursen nach dem Luftiku(r)s-Konzept. Trias Stuttgart 2005.

[3] Bundesministerium für Gesundheit: Gesundheitliche Aufklärung und ambulante Schulung zur Sekundärprävention asthmakrankter Kinder und Jugendliche. Nomos Verlagsgesellschaft 1999

[4] Friedrichs F, Spindler T, Szczepanski R (für die gesamte Autorengruppe): Disease-Management-Programm für Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. Wurms & Partner Tutzing 2002

[5] Guevara J, Wolf F, Grum C, Clark N: Effect of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 326, 1308–1313.

[6] Kamps AWA, van Ewijk B, Roorda RJ, Brand P: Poor inhalation technique, even after inhalation instructions, in children with asthma. *Ped. Pulmonology* 2000; 29, 39–42.

[7] Lecheler J, Bibberger A, Klocke M, Petermann F, Pfannebecker B: AVT-Asthmaverhaltenstraining. Ina Verlag Berchtesgaden 1999.

[8] Lob-Corzilius T, Petermann F: Asthmaschulung – Wirk-

samkeit bei Kindern und Jugendlichen. Beltz-Verlag, Weinheim 1997

[9] Scheewe S, Gieler U, Fartasch M, Ring J, Staab D, Szczepanski R, Wahn U, Warschburger P, Werfel T, Wilke K, Wolff P: Standards der Neurodermitisschulung – Beschreibung eines Modellvorhabens des Bundesministeriums für Gesundheit. In: *Kinder- und Jugendarzt* 2000; 3, 223–228.

[10] Scholtz W, Haubrock M, Lob-Corzilius T, Gebert N, Wahn U, Szczepanski R: Kostennutzenuntersuchung bei ambulanten Schulungsmaßnahmen für asthmakranke Kinder und ihre Familien. In: *Pneumologie* 1996; 537–543.

[11] Schulte im Walde J, Szczepanski R, von Schlippe A: Differentielle Indikation zur Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter. In: *Prävention und Rehabilitation* 2005; 17, 2, 52–64.

[12] Staab D, Diepgen TL, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, Scheewe S, Scheidt R, Schmid-Ott G, Schnopp C, Szczepanski R, Werfel T, Wittenmeier M, Wahn U, Gieler W: Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. *Research, BMJ* 2006.

[13] Szczepanski R: Schulungsprogramme und andere complianceunterstützende Maßnahmen. In: Rieger C, von der Hardt H, Sennhauser F, Wahn U, Zach M (Hrsg.): *Pneumologie des Kindes- und Jugendalters*. Springer

Wien, Heidelberg, 2. komplett überarbeitete Aufl. 2004, 713–725.

[14] Szczepanski R, Gebert N, Hümmelink R, Könning J, Schmidt S, Runde B, Wahn U: Ergebnis einer strukturierten Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter. In: *Pneumologie* 1996; 50, 544–548.

[15] Szczepanski R, Gebert N, Staab D: Patientenschulung bei atopischen Erkrankungen. In: Reinhardt D, Böhlen H, Kreutzig U, Kiess W, Korinthenberg R, Luthardt T, Michalk D, Poets CF, Ulmer H: *Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin*. Urban und Fischer München, Jena 2002, Seite NN 21, S. 1–5.

[16] Szczepanski R, Petermann F, Freidel K, Becker PN, Gebert N, Lob-Corzilius T: Die Wirksamkeit der Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen. In: *der kinderarzt* 1998; 29, 11, 1201–1208.

[17] Theiling S, Szczepanski R, Lob-Corzilius T: Der Luftkurs für Kinder mit Asthma. Trias-Verlag, Stuttgart, 3. Aufl. 2001.

[18] Wahn U: Standards der Neurodermitisschulung. In: *Präv. u. Rehab.* 1998; 10, 186–207.

[19] Wittenmeier M, Bündler U, Korsch E: Kölner Pustepanz: In: *Praxishandbuch des Modellprojektes „Gesundheitliche Aufklärung und ambulante Schulung zur Sekundärprävention asthmakrankter Kinder und Jugendlicher“*. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Bonn 1997.

Ergebnisse des Pilotprojekts zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern mit Atopischer Dermatitis

Sibylle Scheewe¹, Doris Staab², Thomas Diepgen³, Manigé Fartasch⁴, Jörg Kupfer⁵, Thomas Lob-Corzilius⁶, Johannes Ring⁷, Reginald Scheidt³, Gerhard Schmid-Ott⁸, Christina Schnopp⁷, Rüdiger Szczepanski⁶, Thomas Werfel⁸, Marita Wittenmeier⁹, Ulrich Wahn², Uwe Gieler⁵, Peter Keins¹

¹ Fachklinik Sylt, ² Universitätsmedizin Charité Berlin, Klinik für Pädiatrie, ³ Klinische Sozialmedizin der Universität Heidelberg, ⁴ Dermatologische Klinik der Universität Erlangen, ⁵ Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen, ⁶ Kinderhospital Osnabrück, ⁷ Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein der TU München, ⁸ Psychosomatik/Psychotherapie/Dermatologie der Medizinischen Hochschule Hannover, ⁹ Förderverein für das allergie- und asthmakranke Kind e.V. Kinderkrankenhaus Köln

Einleitung

Neurodermitis ist die häufigste chronische Erkrankung der Haut im Kindes- und Jugendalter mit einer Prävalenz von bis zu 20 Prozent [19]. Studien prognostizieren sogar noch eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit [3]. Der Juckreiz als Hauptsymptom ist quälend und unterbricht die Alltagsroutine sowie die Nachtruhe für die Patienten und deren Eltern. Die kindliche Entwicklung und das seelische Gleichgewicht (evtl. der gesamten Familie) können entscheidend gestört werden. Konsequente Pflegemaßnahmen, Auslöservermeidung und stadiengerechte Therapie können lindern, die Schübe der Erkrankung aber nicht verhindern.

Viele neue Therapieansätze wurden entwickelt, erfüllen jedoch nicht den Wunsch nach Heilung, der – zumindest zurzeit – auch nicht erfüllbar ist.

Aus dieser Situation heraus wurde 1996 vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) ein Pilotprojekt ins Leben gerufen, das die bereits vorhandenen medizinischen, psychologischen und pädagogischen Hilfsangebote unter einem Dach koordinieren und gleichzeitig deren Wirksamkeit evaluieren sollte [12]. Ziel war

es, die Hilflosigkeit und Verzweiflung des Kindes zu minimieren und dessen eigene Ressourcen und Heilkräfte sowie die der Eltern zu wecken [20]. Dies sollte mittels eines Schulungsprogramms für Eltern (von Kindern zwischen 3 Monaten und 12 Jahren) sowie für Patienten von 8 bis 12 Jahren bzw. von 13 bis 17 Jahren geschehen [11]. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es an einzelnen Einrichtungen Schulungsprogramme und kontrollierte Studien [4, 11, 14, 16, 17] sowie

kindgerechte Informationen [15] und Schulungsmaterialien, die später in die AGNES-Trainermanuale einfließen.

Aus der Diabetestherapie sind schon lange Schulungsprogramme bekannt, die – von einem deutschen Kinderzentrum [8] ausgehend – in allen DM-Kliniken umgesetzt wurden. Auch im Erwachsenenbereich wurden effektive kognitiv-behaviorale Techniken aus dem Kinderbereich übernommen, z. B. die Reflexion über Tagebücher, die nicht nur

Am Pilotprojekt des BMGS beteiligte Teams und Kliniken

Berlin (Schulung/ND-Akademie)	Universitätskinderklinik Charité
Erlangen (Schulung/ND-Akademie)	Universitätsklinik
Gießen (Schulung/ND-Akademie)	Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen
Hannover (Schulung/ND-Akademie)	Hautklinik Linden MHH
Köln (Schulung/ND-Akademie)	Förderverein für das asthma- und allergiekranke Kind (FAAK), Städt. Kinderkrankenhaus
München (Schulung/ND-Akademie)	Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein der TU München
Osnabrück (Schulung/ND-Akademie)	Kinderhospital
Westerland/Sylt (Schulung/ND-Akademie)	Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche – Rehabilitation
Heidelberg (Evaluationszentrum)	Zentrum für Sozialmedizin und Berufsdermatosen

Tab. 1

Inhalte der Neurodermitisschulung

Doppelstunde/Trainer:	Inhalt	Beispiel für Didaktik
1. Arzt (Pädiater oder Dermatologe)/Psychologe	Einführung, Pathophysiologie, Info zur ND, Entspannungstechnik	Karten, Flipchartsammlung, Gespräch, Üben von Entspannung, Hausaufgaben (HA)
2. Psychologe	Stressmanagement, Umgang mit Juckreiz, Kratzen und Schlafdefizit	Erfahrungsaustausch anhand der Hausaufgaben, Selbstwahrnehmung hilfreicher Strategien, Reflexion, Übung, (HA)
3. Krankenschwester	Auslöservermeidung, tägliche Pflegemaßnahmen	Wahrnehmung eigener Auslöser anhand von Bildern, Gesprächskreis, Basispflege ausprobieren, (HA)
4. Arzt	Stadiengerechte Behandlung von Symptomen/unkonventionelle Therapien	Stufenplan-Arbeitsblätter, Salben ausprobieren, Gespräch darüber, Rollenspiel zum Arzt-Patienten-Verhältnis, (HA)
5. Diätassistentin	Kindliche Ernährung allgemein, Nahrungsmittelallergien und Diätformen	Ernährungspyramide, verschiedene NM mit Zutatenliste entschlüsseln, Fragen der Eltern klären, (HA)
6. Arzt/Psychologe	Möglichkeiten, mit Belastungen umzugehen, Managementplan, Transfer in den Alltag	Abschlussrunde, Spiel mit Fragen/Antwort-Quiz, Selbstreflexion mit Brief o.ä.

Tab. 2 (nach [13])

Blutzuckerwerte beinhalteten, sondern auch über Aktivitäten, Befindlichkeiten und Handlungsroutinen Auskunft gaben und damit die Selbstwirksamkeit des Patienten fördern können.

Die ambulante Asthaschulung hat bis heute an Verbreitung zugenommen und wird nach einer Anwendungsstudie [6] auch von den Krankenkassen über Einzelverträge finanziert, in Bayern bereits über eine EBM-Ziffer abgerechnet. Die Entwicklung dahin war jedoch sehr zeitaufwändig, weil viele Teams stationär und ambulant unterschiedliche Ideen und Ansätze ausprobierten und damit eine lange Phase der Etablierung folgen musste, bis den Schulungsteams und den Patienten ein einheitliches und wissenschaftlich abgesichertes Schulungskonzept zugänglich gemacht werden konnte.

In dem hier beschriebenen Projekt wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen als Geldgeber für die Durchführung der Schulung beteiligt, was auch zu einer strengen ökonomischen Ausrichtung bei Programm und Qualitätssichernden Maßnahmen, beispielsweise der Anforderung an die Trainerausbildung, führte.

In der heutigen Situation knapper werdender Mittel im Gesundheitswesen galt es, ein ND-Selbsthilfeprogramm mit pädiatrischer und dermatologischer Assistenz zu entwickeln und darin verhaltens-

therapeutische Elemente wie Kratzalternativen [9] und Basispflege als Hauptpfeiler der Therapie und wiederkehrendes Lernmodul [2] einzubauen. Dies gelang durch interdisziplinäre Teams aus Kliniken, die das BMGS auswählte (Tab. 1). Mit anderen interessierten Behandlern schlossen sich diese Teams schließlich zur Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e.V. (AGNES) zusammen. Ideen und Kräfte sollten gebündelt werden.

Aus ihren Vorerfahrungen entwickelten die Teams ein gemeinsames ambulantes Schulungsprogramm von sechs Sitzungen à zwei Stunden, das sich aus Basisthemen der ND und Verhaltensübungen zusammensetzt. Tab. 2 zeigt stichwortartig die Inhalte des Elternschulungsprogramms. Methodik und Didaktik, die den Traineranwärtern während der Ausbildung an den ND-Akademien vermittelt werden, sind dem Trainermanual der AGNES [18] zu entnehmen.

Es gibt ein Programm für Kinder von 8 bis 12 Jahren sowie deren Eltern, ein Programm für Jugendliche (und deren Eltern) sowie ein Programm für Eltern von Kindern von 0 bis 7 Jahren.

Die Kinder zwischen 8 und 12 Jahren werden parallel zu den Eltern von einer Bezugsperson geschult. Den Eltern von Jugendlichen ab 13 Jahren werden optional drei bis vier Schu-

lungssitzungen angeboten, die im Preis der Jugendschulung inbegriffen sind.

Studiendesign

Die Multicenterstudie wurde mit einem randomisierten Kontrollgruppendesign aufgebaut. Die randomisierte Zuordnung aller Interessenten zur Experimental- oder Kontrollgruppe wurde durch das unabhängige Methodenzentrum in Heidelberg durchgeführt. Allen Kontrollgruppenteilnehmern wurde die Teilnahme an einer Schulung nach Abschluss der Studie ermöglicht.

Es gab vier Messzeitpunkte:
 T0..... vier Wochen vor Schulungsbeginn
 T1..... unmittelbar nach Schulungsende
 T2.....6 Monate nach Schulungsende
 T3..... 12 Monate nach Schulungsende

Die zwei katamnestischen Messpunkte sollten die längerfristigen Effekte unter Berücksichtigung möglicher jahreszeitlicher Einflüsse sichtbar machen.

Stichprobenbeschreibung, Gruppengrößen

Altersgruppen	Experimentalgruppe	Kontrollgruppe
0–7 Jahre (Eltern)	274	244
8–12 Jahre (Eltern + Kinder)	102	83
13–18 Jahre	70	50

Tab. 3

Veränderung der SCORAD-Werte aller Gruppen von T0 (vor Schulung) zu T3 (12 Monate nach Schulung)

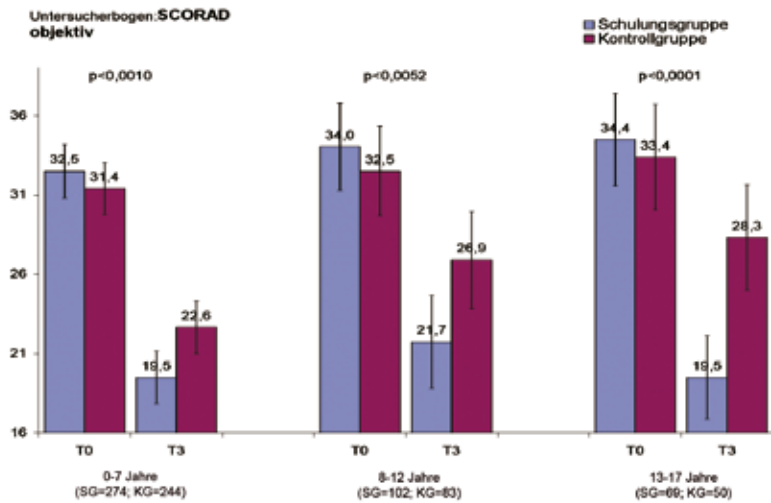


Abb. 1

Veränderung der subjektiven Einschätzung des Hautzustandes durch die Patienten (bzw. deren Eltern)

Altersgruppe	Experimentalgruppe		Kontrollgruppe		α
	T0	T3	T0	T3	
0-7 J.	8,3	4,8	8,3	6,1	<0.001
8-12 J.	8,5	4,9	8,6	7,0	<0.001
13-18 J.	8,9	5,8	8,8	8,1	<0.022

Tab. 4

Veränderungen bei der Einschätzung der eigenen Coping-Fähigkeiten durch die betroffenen Kinder und Jugendlichen von T0 zu T3

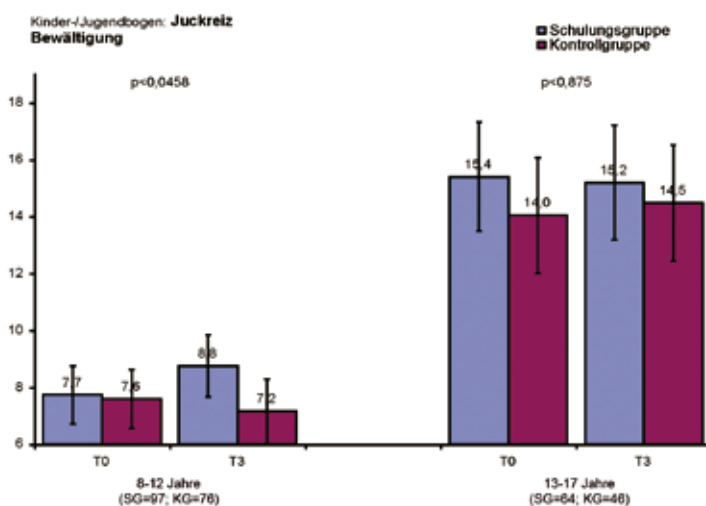


Abb. 2

Es wurden medizinische und psychologische Parameter erhoben. Entsprechend den Zielen der Patientenschulung wurde die Aufmerksamkeit zum einen auf eine (sichtbare) Verbesserung der Erkrankung fokussiert; zum anderen war die Veränderung bei der Krankheitsverarbeitung und der Krankheitsakzeptanz von Interesse.

Erhobene Parameter

- Schweregrad der Hauterscheinungen – SCORAD (zentrales medizinisches Maß, das allerdings einer manchmal raschen Änderung unterliegt und hinsichtlich der Raterübereinstimmung nicht optimal ist)
- Subjektiver Schweregrad der Patienten bzw. der Eltern bei den Kleinkindern (Hautdetektiv)
- Juckreiz (Coping und Katastrophisierung) (JUCKKI, JUCKJU)
- Lebensqualität bei Eltern von Kindern, die jünger als 13 Jahre alt waren

Ergebnisse

Die Darstellung konzentriert sich auf die Langzeiteffekte, also die Veränderungen bei den Kindern und Jugendlichen von T0 (vor der Schulung) zu T3 (12 Monate nach der Schulung). Kurzfristige Schulungseffekte (mehr oder minder direkt nach einer Patientenschulung) sind schon mehrfach nachgewiesen worden.

Veränderungen des Hautzustandes

SCORAD: Alle Unterschiede zwischen Kontroll- und Experimentalgruppen sind, wie in Abb. 1 dargestellt, signifikant.

Selbsteinschätzung durch Patienten

Auch die Veränderungen der subjektiven Einschätzungen durch die Patienten waren signifikant (Tab. 4).

Juckreiz

Während bei den Kindern eine Zunahme der Coping-Fähigkeiten sichtbar wird, auch wenn die Veränderung nicht signifikant ist, ist bei den Jugendlichen kaum eine Veränderung festzustellen (Abb. 2).

Eine andere Fragestellung zum Umgang mit Juckreiz thematisiert die Katastrophisierung, also die Selbsteinschätzung hinsichtlich der Beherrschbarkeit des Juckreizes und der Möglichkeiten, mit diesem anders als mit Kratzen umzugehen.

Die Veränderungen vom ersten zum letzten Messzeitpunkt bei den Kindern und den Jugendlichen der Schulungsgruppen sind signifikant. Das Ausmaß der wahrgenommenen Hilflosigkeit nimmt deutlich ab.

Zusammenfassung

Patientenschulung für an Neurodermitis erkrankte Kinder und Jugendlichen und deren Eltern hat einen langfristigen positiven Effekt. Der Hautzustand verbessert sich und bleibt in den meisten Fällen auch langfristig auf einem besseren Niveau. Die Vermittlung der sinnvollen und notwendigen (selbstständig durchführbaren) Therapie und die „Ermutigung“, diese durchzuführen, sowie das Erlernen von neuen Verhaltens-Techniken machen den Schulungserfolg aus.

Der Unterschied besteht darin, dass neue und bereits bekannte Copingstrategien nicht nur theoretisch besprochen, sondern in den Zeiten zwischen den Sitzungen auch wirklich angewendet wurden, im Sinne einer „Hausaufgabe“, die bei der nächsten Stunde reflektiert wurde.

Je früher geschult wird, umso besser werden die Ergebnisse. Aus dem Vergleich der unterschiedlichen Altersgruppen ist zu erkennen, dass die Schulungsergebnisse umso besser sind, je früher geschult wird. Bei Jugendlichen ist das seit Jahren angewöhnte Verhalten, insbesondere das Kratzen als Antwort auf den Juckreiz, sicher nicht in kurzer Zeit grundlegend veränderbar. Die guten Ergebnisse der geschulten Eltern von Kindern zwischen 3 Monaten und 12 Jahren zeigen, wie sinnvoll eine frühe Gruppenschulung ist.

Die Zusammenarbeit von Ärzten (Dermatologen und Kinderärzten), Pädagogen, Psychologen, Pflegekräften und

Ernährungsfachkräften in einem Schulungsteam ist für einen Schulungserfolg unabdingbar. So werden die verschiedenen Therapieansätze schon während der Schulung deutlich vermittelt und ein eindimensionaler Zugang mit den ihm innewohnenden Gefahren verhindert. Die Stärkung der eigenen Fähigkeiten bei Patienten und Eltern fördert die Findung des individuell richtigen Therapieweges.

Dass dies durch individuelle Einzelberatung auch gelingen könnte [1], ist nicht ausgeschlossen, bedeutet jedoch einen erhöhten Personalaufwand der professionellen Helfer und erhöhten Zeitaufwand für alle Betroffenen. Das wichtige Lernen voneinander in der Gruppe würde fehlen.

Kritiker von außen und aus den eigenen Reihen hatten uns zu bedenken gegeben, dass Patienten- und Elternschulung mit sechs mal zwei Blockstunden im Wochenabstand wohl kaum zu einer verbesserten Lebensqualität und zu einer Hautverbesserung führen könnten. Niedergelassene Kollegen, die schon immer mit knappen Zeitressourcen zu recht kommen mussten, machten der Gruppe Mut, das Experiment dennoch zu wagen. Die Studienergebnisse geben den Mutigen Recht.

Ausblick

Gruppenschulungen werden in der präventiven Rehabilitation in Zukunft noch ein größeres Gewicht bekommen, da die Ressourcen für nachhaltig wirkende Einzelberatungen für besonders schwerwiegende und chronische Krankheitsverläufe aufgespart werden müssen. Unsere Studie zeigte, wie wichtig die frühe Schulung bei mittelschweren und schweren Verläufen der Neurodermitis ist, um eben diese schwerwiegenden Krankheitsverläufe zu verhindern und die Hilflosigkeit und depressiven Stimmungslagen zu minimieren. Die als große Einschränkung der Lebensqualität empfundene Situation wird zunehmend zur sozioökonomischen Last einer Gesellschaft, die zukünftig noch mehr Aufmerksamkeit auf individualisierte

Behandlungssettings bei chronischen Erkrankungen lenken muss.

Die nach der Studie überarbeiteten Trainermanuale können so genutzt werden, dass Schulungsteams bundesweit – ihrer Situation angemessen – ein Schulungsprogramm nach AGNES durchführen können.

Die Bildung von Schulungsteams in ganz Deutschland ist nun die nächste wichtige Aufgabe, um die Versorgung von Familien, deren Kinder an Neurodermitis erkrankt sind, zu verbessern.

Nachdem für die Diagnosen Diabetes, Asthma und ND sowie Psoriasis Schulungsprogramme entwickelt und evaluiert worden sind, gilt es außerdem, zu überprüfen, bei welchen anderen Diagnosen, zum Beispiel rheumatoide Arthritis [10], an den bestehenden angelehnte Programme entwickelt werden sollen. Die Krankenkassen und Vertreter der sozialen Sicherungssysteme werden dann erneut Evaluationsstudien mit kontrolliertem Design wie die hier vorgestellte fordern.

Korrespondenz:

Dr. med. Sibylle Scheewe

Steinmannstr. 52–54

25980 Westerland

E-Mail: sibylle-sylt@gmx.de

Literatur

- [1] Chinn DJ, Poyner T, Sibley G: Randomized controlled trial of a single dermatology nurse consultation in primary care on the quality of life of children with atopic eczema. *Br J Dermatol* 2002; 146: 432–9
- [2] Clausen K, Ciesla R, Köhnlein B, Schon M, Wenninger K, Werfel T: Methods and didactic of atopic dermatitis school. *Prävention und Rehabilitation* 1998; 4: 198–202
- [3] Diepgen TL: Is the prevalence of atopic dermatitis increasing? In: Williams HC, ed. *Epidemiology of atopic eczema*. Cambridge. Cambridge University Press, 2000: 96–109
- [4] Ehlers A, Stangier U, Gieler U: Treatment of atopic dermatitis: a comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 624–35
- [5] Fox C, Kilvert A: Intensive education for lifestyle change in diabetes. *BMJ* 2003; 327: 1120–1
- [6] Gebert N, Hümmelink R, Könnig J, Staab D, Schmidt S, Szczepanski R et al.: Efficacy of a self-management program for childhood asthma – a prospective controlled study. *Patient Educ Couns* 1998; 35: 213–20

[7] Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM: Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systemic review and meta-analysis BMJ 2003; 326: 1308–9

[8] Hürter P, Lange K: Kinder und Jugendliche mit Diabetes. Ein medizinischer und psychologischer Ratgeber für Eltern. Heidelberg: Springer 2001

[9] Kupfer J, Keins P, Brosig B, Diepgen TL, Fartasch M, Korsch E et al.: Development of questionnaires of coping with disease and itching cognitions for children with atopic eczema. Dermatol Psychosom 2003; 4: 79–85

[10] Riemsma, RP, Taal E, Kirwan JW, Rasker JJ: Patient education programmes for adults with rheumatoid arthritis. BMJ 2002; 325: 558–9

[11] Scheewe S, Warschburger P, Clausen K, Skusa-Freeman B, Petermann F: Neurodermitis-Verhaltenstraining für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern. MMV Medizin-Verlag, München 1997

[12] Scheewe S, Gieler U, Fartasch M, Ring J, Staab D, Szczepanski R, Wahn U, Warschburger P, Werfel T, Wilke K, Wolf P: Standards der Neurodermitisschulung im Kindes- und Jugendalter-Beschreibung eines Modellvorhabens des Bundesministeriums für Gesundheit. Kinder- und Jugendarzt 2000; 31 (3): 223–8

[13] Staab D, von Rügen U, Kehrt R, Erhart M, Wenninger K, Kamtsiuris P et al.: Evaluation of a parental training program for the management of childhood atopic dermatitis. Pediatr Allergy Immunol 2002; 13: 84–90

[14] Staab D, Diepgen TL, Fartasch M, Kupfer J, Lob Corzilius T, Ring J, Scheewe S, Scheidt R, Schmid-Ott G, Schnopp C, Szczepanski R, Werfel T, Wittenmeier M, Wahn U, Gieler U: Age related structural educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. BMJ 2006; 332: 933–8

[15] Szczepanski R, Schon M, Lob-Corzilius T. „Das juckt uns nicht!“ Ein Lern- und Lesebuch für Kinder mit Neuro-

dermitis und ihre Eltern. 2. Aufl., Stuttgart: Thieme 2001

[16] Warschburger P: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter. Quintessenz MMV Medizin Verlag GmbH München 1996

[17] Wenninger K, Kehrt R, von Rügen U, Lehmann C, Binder C, Wahn U, Staab D: Structured parent education in the management of childhood atopic dermatitis: The Berlin model. Patient Education and Counseling 40 (2000): 253–261

[18] Werfel T (Hrsg): Trainer-Manual der AGNES 2. Aufl. (im Druck)

[19] Williams HC, Robertson CF, Stewart AW on behalf of the Steering Committee. Worldwide variations in the prevalence of atopic eczema symptoms. J Allergy Clin Immunol 1999; 103: 125–38

[20] Williams RB, Schneideman N: Psychosocial Interventions can improve clinical outcomes in organic disease. Psychosomatic Medicine 64 (2002): 552–557

Der Pädiatrische Pneumologe

Eine neue Zusatzqualifikation muss sich behaupten

Christoph Runge, CF-Zentrum Altona, Hamburg

Zur Historie der Pädiatrischen Pneumologie

Im internationalen Rahmen ist die „Geburt“ der Pädiatrischen Pneumologie im Anfang der Lungenfunktionsmessung bei Säuglingen und Kindern in den fünfziger Jahren zu suchen. Mit der Etablierung von Messmethoden und der Entwicklung der Intensivmedizin mitsamt Beatmung und der intensiven Forschung nach typischen pädiatrisch-pneumologischen Erkrankungen kam es zu einer „Politisierung“ [1] in den 70er Jahren. Es bildeten sich die pädiatrischen Subdisziplin-Fachgesellschaften (u. a. 1978 die deutschsprachige Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, GPP), und somit trennten sich die Pädiatrischen Pneumologen

von anderen Disziplinen wie der Pädiatrischen Immunologie und Pädiatrischen Allergologie. Sicherlich haben auch die ureigenen pneumologischen invasiven Untersuchungsmethoden wie vor allem die Bronchoskopie zur Entwicklung des pädiatrisch-pneumologischen Selbstverständnisses beigetragen.

Mit der Gründung der European Respiratory Society (ERS) 1990 kam es dann zur Definition europaweiter Standards für die Ausbildung und für Ausbildungszentren [2]. Vor allem durch Betreiben des damaligen Vorstandes der GPP um den Vorsitzenden Prof. Dr. Dietrich Reinhardt wurde die Pädiatrische Pneumologie beim 101. Deutschen Ärztetag 2004 als Zusatzweiterbildung verabschiedet. Durch die Definition von Übergangsre-

gelungen, die Nennung von Vorschlägen für die „Urpneumologen“ und die Beschreibung eines Kataloges zur Zertifizierung von Ausbildungszentren konnte die GPP daraufhin wesentlich zur Umsetzung dieses Beschlusses beitragen [3]. Mittlerweile ist die Zusatzbezeichnung bzw. Schwerpunktsanerkennung in vielen Bundesländern verabschiedet worden, Prüfungsgremien haben sich etabliert und die Anerkennung von „Kinder-Lungenärzten“ hat einen guten Start genommen.

Die Pädiatrische Pneumologie im politischen Spannungsfeld

Bei den Pädiatrischen Pneumologen handelt es sich nun um spezialisiert-

te Kolleginnen und Kollegen, die sich ausschließlich oder zumindest schwerpunktmäßig mit den besonderen Problemen der Lungenheilkunde bei Kindern beschäftigen.

Sie sind die Spezialisten für die im Kindes- und Jugendalter durch Wachstum und Reifung dynamisch different verlaufenden Erkrankungen. Schwerpunkte der Arbeit umfassen unter anderem die neonatalen Erkrankungen, Fehlbildungen des Respirationstraktes, das kindliche und jugendliche Asthma bronchiale, alterstypische bakterielle und virale Affektionen, die Mukoviszidose sowie weitere immunologisch, degenerativ oder genetisch bedingte Störungen des Atmungsorgans.

Ein wesentliches Element zum Erreichen der flächendeckenden pädiatrischen Versorgung in Deutschland liegt in einem wohnortnahen und niederschweligen fachärztlichen Betreuungsangebot. Um hier ausreichende pädiatrisch-pneumologische Kompetenz bereitzustellen, hat sich die GPP um sinnvolle Übergangsbestimmungen bemüht [4]. Nur durch ein enges Zusammenwirken von klinisch und ambulant tätigen Pädiatrischen Pneumologen wird eine breite Versorgung zu gewährleisten sein.

Die Pädiatrische Pneumologie muss sich jetzt im Spannungsfeld des medizinischen Alltages behaupten. Pädiatrische Pneumologen werden in den Kliniken versuchen müssen, trotz der überwiegend nicht ausgesprochenen Schwerpunktsanerkennung (äquivalent zum Schwerpunkt „Kinderkardiologie“) eigene klinikinterne pneumologische Arbeitsstrukturen aufzubauen. In der ambulanten Versorgung wird es wie in der gesamten Pädiatrie darum gehen, sich gegen den unverändert großen Appetit der Erwachsenen-Fächer in Tätigkeitsbereichen der Allgemeinen Pädiatrie und der neuen pädiatrischen Subspezialisierungen zu behaupten.

Der weitere Abbau der stationären pädiatrischen Versorgung führt in absehbarer Zeit zu einer Gefährdung der pädiatrischen Ausbildung im Allgemeinen und zu einer Bedrohung der Ausbil-

dung in der Pädiatrischen Pneumologie im Besonderen [5].

In der Niederlassung hat zusätzlich die Verschiebung der Pädiatrie in das Hausarztlager zu einer für Außenstehende wesentlichen Entwertung der Facharztkompetenzen der Pädiater geführt. Dies schlägt sich derzeit auch in der völlig unzureichenden Honorierung kompetenter pädiatrisch-fachärztlicher Arbeit nieder: Diese Tätigkeit wird fast ausschließlich im Rahmen fester Praxis-Budgets erfüllt, unabhängig vom Aufwand an Zeit, Personal und Material.



Abb.: Eine flächendeckende lungenheilkundliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen bedingt Pädiatrische Pneumologen in Praxis und Klinik.

Obendrein verwehren einige Kasernenärztliche Vereinigungen (KV) unter Anwendung z.T. fadenscheiniger Argumente selbst geprüften und anerkannten Pädiatrischen Pneumologen die Abrechnung pneumologischer Leistungspositionen. Hierdurch wird die sich etablierende Fach-kundige Behandlung von Kindern und Jugendlichen schon im Ansatz offensichtlich absichtlich gefährdet [6]. Von Seiten der Politik ist ebenfalls keine Hilfe zu erwarten: Weder wird die mittlerweile als kritisch einzustufende pädiatrische Ausbildung in der Klinik gefördert, noch wird die Ausbildung

von Pädiatern in der Niederlassung in irgendeiner Form unterstützt.

Die Arbeit von Pädiatrischen Pneumologen ist im Allgemeinen zeitaufwändig, sowohl in der Anamnese-Erhebung als auch in der Durchführung von (Spezial-) Untersuchungen. Hierdurch sind erheblich höhere Betreuungskosten zu erwarten. Diese spezialisierte fachärztliche Arbeit muss kostendeckend gestaltet werden können. In Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands wird deshalb versucht werden müssen, für eine

zumindest kostendeckende Vergütung eigene pädiatrisch-pneumologische Leistungskapitel zu definieren, diese dann in der Bundes-KV durchzusetzen und dann auch zu erhalten. Das im September 2006 bekannt gewordene, durch die Bundes-KV handstreichartig erfolgte Kippen der Resistance-Abrechnung in der Lungenfunktionsuntersuchung im pädiatrischen Kapitel sollte als warnender Präzedenzfall gelten.

Die Entlohnung spezialisierter pädiatrischer Arbeit muss sich immer mit in der Allgemeinpädiatrie zu erwirtschaftenden Einkommen aus außerbudget-

tären Leistungen vergleichen lassen können (z. B. zeitäquivalente Entlohnung im Vergleich zu Vorsorge- oder Impfleistungen). Fordert man weiterhin pädiatrisch-pneumologische Expertise in der ambulanten Versorgung zum derzeit üblichen Nulltarif, so wird diese Form der Versorgung schon kurzfristig nicht mehr angeboten werden können. Kritisch ist in diesem Zusammenhang die bislang völlig ungelöste Finanzierung der Stufe II im DMP zu erwähnen (siehe unten). Leistung muss sich lohnen!

Arbeitsfelder der Pädiatrischen Pneumologie

Primäres Arbeitsgebiet der Pädiatrischen Pneumologie soll die Gewährleistung einer flächendeckenden kinderlunghenheilkundlichen medizinischen Versorgung durch ausgewiesene pädiatrische Spezialisten in Praxis und Klinik sein. Pädiatrische Pneumologen werden darüber hinaus in den höheren Versorgungsebenen Integrierter Versorgungsmodelle (IV) aktiv sein müssen. Sie müssen dann in den Ebenen II (fachärztliche Versorgungsebene) und III (klinisch-stationäre Versorgungsebene in Akut- und Rehabilitationskliniken) angesiedelt sein.

Ein äquivalentes Arbeitsfeld wird sich zunehmend im Bereich der Disease Management Programme (DMP) finden. Während die IV-Verträge mit dem Ziel einer möglichst ausschließlichen pädiatrisch-zentrierten Versorgung zur Verbesserung der tatsächlichen Spezialbehandlung von Kindern und Jugendlichen mit definierten Krankheitsbildern (z. B. Asthma bronchiale) geschlossen werden, handelt es sich bei den DMP-Verträgen primär um die Rekrutierung definierter Patientengruppen, mit den Zielen einer für den Patienten vorteilhaft durchzuführenden leitliniengerechten Therapie sowie einer für die Krankenkasse vorteilhaften Definition von „chronisch Kranken“, die zu Mittelzuflüssen über den großen „Geldtopf“ des Risiko-Strukturausgleiches (RSA) führen sollen. Da DMPs für die Krankenkassen vor allem Gelder einspielen

sollen, sind in den bisherigen Verträgen die bereitgestellten Mittel für die die Patienten rekrutierende Versorgungsebene I (hausärztliche Versorgung: Pädiater und Allgemeinärzte) mäßig, für die die Patienten dann tatsächlich fachärztlich behandelnde Ebene II (fachärztliche Versorgung: Pädiatrische Pneumologen und Pneumologen) völlig unbefriedigend. In den DMP-Asthma-Verträgen ist in diesem Zuge auch die Vergütung der im DMP geforderten Schulung je nach Vertragsgebiet ausreichend bis eher unzureichend.

Interessant sind neue Versorgungsformen, die durch die Gesundheitsreform 2004 auch im Westen Deutschlands eingeführt wurden: Analog zu den in der ehemaligen DDR vorgehaltenen Polikliniken sind nun in ganz Deutschland Medizinische Versorgungszentren (MVZ) politisch gewünscht. Die entsprechende Gesetzesänderung des § 95 SGB V sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte in einem MVZ als Angestellte oder Vertragsärzte an der ambulanten Versorgung teilnehmen können und sich nicht – wie bislang vorgeschrieben – ausschließlich als Praxisbetreiber niederlassen dürfen. Damit wurde der Weg frei gemacht, die „ökonomischen und qualitativen Vorteile der Medizinischen Versorgungszentren auch in den alten Bundesländern zu etablieren“ [7]. Schon jetzt haben zahlreiche Kliniken Praxisitze erworben, die sie mit pädiatrischen Fachdisziplinen besetzen. Diese werden zunehmend im Bereich der ambulanten Versorgung mitmischen. Denkbar sind darüber hinaus MVZ-Modelle, in denen z. B. Pädiatrische Pneumologen mit Internisten-Pneumologen unter einem Dach in einem ambulanten Setting arbeiten und Synergien nutzen können. Die im Prinzip positiven Aspekte einer solchen Zusammenarbeit sind unter dem Aspekt der pädiatrischen Selbstbehauptung aber auch kritisch zu sehen: Die Trennung der pädiatrisch-fachärztlichen von der allgemein-pädiatrischen Versorgung in reine „Organ-Facharztzentren“ wird in der Bevölkerung das Bild des allgemeinen „Facharztes für Kinder und Jugendliche“ weiter unterminieren und die Abgren-

zung der Pädiatrie als eigenständige – und zu bewahrende – Spezialisierung wird weiter leiden. In dem Zuge wird es sicherlich noch schwieriger werden, die derzeit desolante Finanzierungssituation der kinderärztlichen Ausbildung in Klinik und Praxis zu verbessern.

Gefordert und gefördert werden muss daher:

1. Finanzielle Absicherung pädiatrischer Ausbildung (Allgemeine und Facharztpädiatrie) als öffentliches Anliegen durch Krankenkassen oder die öffentliche Hand analog zur Finanzierung der hausärztlichen Medizin.
2. Absicherung der pädiatrischen stationären Versorgung; auch hier sind primär die Krankenkassenverbände und die öffentliche Hand gefordert.
3. Gewährleistung eigener pädiatrischer Abrechnungskapitel in der ambulanten Versorgung.
4. Etablierung einer Pädiatrie-zentrierten Versorgung unter Einbindung aller ambulanten und stationären pädiatrischen Versorgungsstrukturen mit entsprechenden Finanztransfers zugunsten der Kindermedizin insgesamt.

Dr. med. Christoph Runge
CF-Zentrum Altona
Friesenweg 2, 22763 Hamburg
E-Mail: Christoph.Runge@googlemail.com

Literatur

- [1] Godfrey S et al., *Pediatric Research* 2004; 55: 521–527
- [2] Zach et al: *Eur Respir J.* 2002; 20: 1587–1593
- [3] http://gpp.web.med.uni-muenchen.de/dt_gpp.htm
- [4] http://gpp.web.med.uni-muenchen.de/dt_down.htm
- [5] Runge C, *Zeitschrift der GPP* zur 28. Jahrestagung 2006, 10–12
- [6] Runge C, *Fachärztliche Pädiatrie im (berufspolitischen) Spannungsfeld der Niederlassung – Vortrag anl. NAPP-Tagung Halle, 2005*
- [7] www.die-gesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/medizinische_versorgungszentren/grundlagen/index.html

Disease Management Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen

Otto Laub, Kinder- und Jugendarzt, Rosenheim

Disease Management Programme wurden 2001 vom Gesetzgeber beschlossen und sollen nun in den einzelnen Bundesländern umgesetzt werden. Ein entsprechender Rahmen wurde von allen Versorgern gemeinsam auf Bundesebene erarbeitet.

Im Disease Management Programm (DMP) sollen

- der Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patienten kontinuierlich verbessert werden,
- die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf national und international anerkannten evidenzbasierten Leitlinien beruhen und
- mit geeigneten qualitätssichernden Maßnahmen verbunden sein.

Auf den ersten Blick erscheint dies alles

nicht neu; Asthma wurde auch bisher schon von Kinder- und Jugendärzten auf hohem Niveau therapiert. Allerdings gab es doch immer wieder Probleme, z.B. bei der Verordnung von Asthmaschulungen für Patienten und deren Familien oder bei der Erstattungsfähigkeit von dringend benötigten Hilfsmitteln. Zudem waren in Deutschland verschiedene Leitlinien der diversen Fachgesellschaften entstanden.

Verpflichtung zu Qualitätssicherung

Genau in diesen Bereichen schafft das DMP Asthma bronchiale nun klare Strukturen: So gewährleisten jetzt die Kassen, dass grundsätzlich jedes Kind und jeder Jugendliche im DMP ein Anrecht auf Schulung hat, sofern diese benötigt

wird. Notwendige Hilfsmittel werden für teilnehmende Patienten in der Regel problemlos erstattet. Zudem wurde eine gemeinsame Nationale Versorgungsleitlinie entwickelt. Neu ist außerdem die gemeinsame Verpflichtung zu Qualitätssicherung.

Die Behandlung der Patienten soll im DMP grundsätzlich durch den hausärztlich tätigen Kinder- und Jugendarzt erfolgen. Erst wenn Probleme auftreten, kann und soll der Hausarzt den Patienten an die nächst höhere Versorgungsstufe, den schwerpunktmäßig kinderpneumologisch oder -allergologisch tätigen Kollegen weiter verweisen. Diese Struktur hilft, Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Sicher ist, dass durch die vom DMP geforderte stärkere Dokumentation mehr

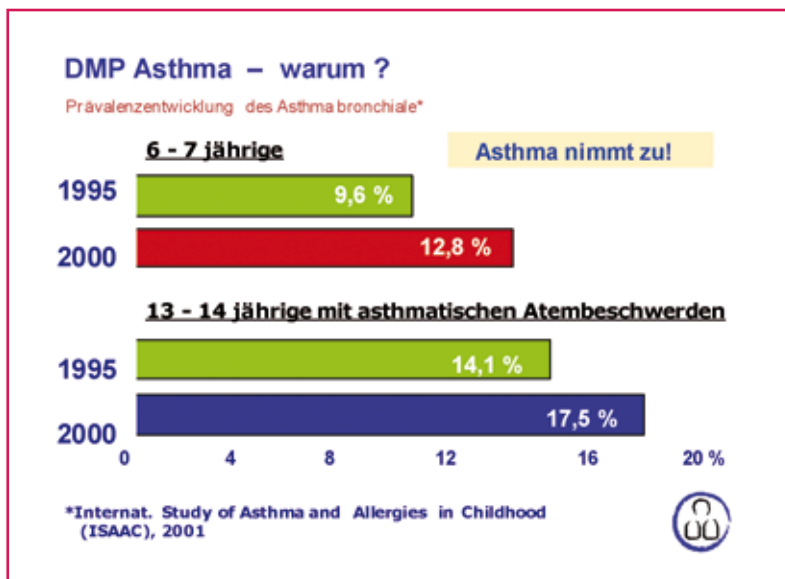


Abb. 1

Das DMP Asthma bronchiale in Bayern

Seit April 2006 ist der zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen (außer der LKK) in Bayern geschlossene Disease-Management-Vertrag für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale in Kraft. Mittlerweile nehmen weit über 400 Kinder- und Jugendarzt-Praxen an diesem Programm teil; bis Ende 2006 waren an die 10.000 Patienten eingeschrieben.

Bisher wurden mehr als 450 Kinder- und Jugendarzt-Praxen im Rahmen von Praxisseminaren „Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma“ zusätzlich geschult. Und noch immer wird Interesse an diesen Seminaren bekundet. Während des Jahres 2007 sollen nach Bedarf weitere Seminar-Angebote erfolgen.

Bemerkenswert ist das Interesse der Kollegen, sich weiter fortzubilden, um die im DMP geforderte leitlinienorientierte und moderne Asthmatherapie zu gewährleisten.

Arbeit zu leisten ist. Andererseits wird der Patient, der ja an einer ernst zu nehmenden chronischen Erkrankung leidet, enger als bisher an seinen betreuenden Arzt gebunden; dies wird die Versorgungssituation bei Asthma mittelfristig noch verbessern.

Auch die Krankenkassen haben ein erhebliches Interesse an diesem DMP-Vertrag, für sie sind es vor allem die wirtschaftliche Vorteile, die zählen: Für jeden eingeschriebenen Patienten erhält die betreffende Kasse eine Ausgleichszahlung, wodurch die Mehrkosten, die durch die langfristige Behandlung eines Asthmapatienten entstehen, zumindest teilweise aufgefangen werden.

Fazit

Zusammenfassend bringt das DMP Asthma bronchiale durchaus Vorteile für teilnehmende Patienten und deren Familien:

- eine Versorgung des Asthmas auf der Grundlage der jeweiligen aktuellen nationalen Versorgungsleitlinien;
- ein hohes Qualitätsniveau der Versorgung;
- eine standardisierte Instruktion hinsichtlich Inhalationstechniken, Notfallplan usw.;
- einen rascheren Zugang zu notwendigen Schulungsmaßnahmen für Patienten und Familien;

- die problemlose Erstattung von notwendigen Hilfsmitteln (z. B. Inhalierhilfen, Peak-Flow-Messgeräten).

Sicher wird es in der Organisation eines solchen Programms noch Anfangsprobleme geben, die erst bewältigt werden müssen. Grundsätzlich ist das DMP Asthma bei Kindern und Jugendlichen jedoch ein Schritt in die richtige Richtung.

Otto Laub

*Kinder- und Jugendarzt, Allergologie
Landessprecher Bayern der AG Asthma-
schulung im Kindes- und Jugendalter e. V.
Vorstandsmitglied PädNetz Bayern
Happinger Str. 98, 83026 Rosenheim
E-Mail: Praxis@kinderarztlaub.com*

Zehn Gründe für eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale

Frank Friedrichs, kinderarztpraxis laurenberg, Aachen

1. Privilegierte Patienten

Durch das DMP Asthma ist vielen Krankenkassenmitarbeitern erstmals bewusst geworden, dass es sich bei der Erkrankung Asthma bronchiale um eine der häufigsten chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter handelt. Die von uns betreuten Asthmapatienten erfahren ein ungewohntes Interesse seitens der Kassen, das natürlich in den erheblichen finanziellen Vorteilen, die eine Kasse mit möglichst vielen DMP-Patienten hat, begründet ist. Richtig ist, dass dies zu einer Diskriminierung anderer Patientengruppen führen kann. Es bleibt aber dennoch festzuhalten, dass die Position der DMP-Asthma-Patien-

ten im Gesundheitswesen verbessert wurde.

2. Schulung und Instruktion

Durch die Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale erhalten die Patienten und deren Eltern einen unkomplizierten Zugang zur strukturierten Asthmaschulung nach den Standards der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (AGAS). Anders als in der Vergangenheit können nun diagnosesnah und unabhängig von der Durchsetzungsfähigkeit der Eltern gegenüber der Krankenkasse Schulungsplätze angeboten werden. Die Zahl der angebotenen Schulungskurse ist in

vielen Regionen, in denen es bereits DMP-Verträge gibt, deutlich gestiegen. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. In der Regel beträgt die Vergütung für die 30-stündige Schulung einschließlich vierstündiger Nachschulung ca. 800 Euro.

Vor einigen Jahren wurde in einer DAK-Umfrage nachgewiesen, dass ca. die Hälfte der behandelten Asthmapatienten keine ausreichende Unterweisung („Instruktion“) im Umgang mit dem Inhalationsgerät (Spray, Pulverinhalator, Kompressionsvernebler usw.) erhalten hatte. Im DMP-Vertrag Nordrhein wurde diese delegierbare Leistung als extrabudgetäre Leistung aufgenommen.

Ausgebildete Arzthelferinnen sollten die Instruktion durchführen.

3. Finanzielle Anreize

7,9 Milliarden Euro betrug die Summe, die die Krankenkassen im Jahr 2005 für die Patienten ausgaben, die in eines der vier DMPs eingeschrieben waren. Auf ca. 160 Euro pro Kopf und Jahr werden die Kosten für die Verwaltung und Dokumentation eines DMP-Patienten geschätzt. Die Hälfte dieses Betrages erhalten die beteiligten Ärzte, die die Dokumentationsbögen viermal jährlich ausfüllen. In Nordrhein erhält ein teilnehmender Arzt der Stufe 1 („koordinierender Arzt“) im ersten Jahr 70,00 Euro pro Patient.

4. Bürokratie

Aus den Fehlern der Vergangenheit scheint man gelernt zu haben. Es gibt nur einen Erstdokumentationsbogen für Kinder und Erwachsene und einen Folgedokumentationsbogen. Das Ausfüllen der Bögen geschieht am Praxis-PC. Da Kinder- und Jugendärzte häufig durch das DMP Asthma erstmals mit der Datenverarbeitung im Rahmen eines DMP in Berührung kommen, ist mit einigen Stunden Einarbeitungszeit für den koordinierenden Arzt und sein Team zu rechnen. Das Ausfüllen des einseitigen Bogens mit weniger als 20 Fragen geschieht danach in wenigen Minuten.

5. Position der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder-Pneumologie

Auch wenn bisher an vielen Orten niedergelassene Kinder-Pneumologen fehlen, hat das DMP ihre Rolle akzeptiert. Akzeptiert und besonders betont wurde auch, dass in der Regel der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt und nicht der Hausarzt der Spezialist für die Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher im Rahmen des DMP ist. Gleiches gilt für den internistischen Pneumologen, der nur in Ausnahmefällen für die fachärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen zuständig sein kann. Besonders wichtig ist hierbei, dass für Patienten bis zum 18. Geburtstag ausschließlich die Schulungen nach den Standards der AGAS durchgeführt

werden können. Insgesamt wurde die Kompetenz der Kinder- und Jugendärzte anerkannt und in vielen Veröffentlichungen betont.

6. Förderung der leitliniengerechten Therapie

Durch das DMP wird die leitliniengerechte Therapie gefördert. Dies mag einem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt, der seine Patienten seit vielen Jahren nach seinem eigenen Stufenplan behandelt, zunächst als Bedrohung seiner individuellen Therapiefreiheit erscheinen. Die Therapien chronischer Krankheiten können aber nicht weiterhin auf individuellen, nicht evidenzbasierten Überzeugen beruhen. Hustensäfte, Homöopathika oder Akupunktur sind keine anerkannten und belegten Therapieformen des Asthma bronchiale.

7. Arzneimittelregresse für Antiasthmatica

Ziel des Chronikerprogramms DMP Asthma bronchiale ist die Verbesserung der Therapie asthmakrankter Patienten. Die soll sich zeigen in einer Zunahme der Verordnung inhalativer Steroide und in einer Abnahme erforderlicher Notfallbehandlungen. Allen Patienten soll eine Schulung angeboten werden, durch die u.a. die Therapiecompliance gesteigert wird. Kinder- und Jugendärzte der Versorgungsstufen 1 und 2 erwarten zurecht, dass die Zunahme der Verordnung inhalativer und eher hochpreisiger Arzneimittel für Asthmapatienten nicht eine Zunahme von Regressverfahren nach sich ziehen wird. DMP-Patienten sind eine Praxisbesonderheit! In einigen KV-Bereichen wurden bereits entsprechende Vorstöße seitens der Ärzteschaft unternommen.

8. Kooperationen werden gefördert

Tatsächlich fördert ein DMP die notwendige innerärztliche Kooperation. Koordinierende Ärzte der Stufe 1 benötigen die Unterstützung der Kinder-Pneumologen, die in Schwerpunkten tätig sind. Die Einschreibung in das DMP soll auf der hausärztlich-kinderärztlichen Ebene

erfolgen. Die so genannte Facharzteebene (Stufe 2) ist hier gefordert, zeitnah die entsprechenden Daten über die Patientenuntersuchung (Lungenfunktion, Therapieumstellung) zu liefern, damit der koordinierende Arzt quartalsweise (in Ausnahmen halbjährlich) dokumentieren kann.

9. Druckmittel DMP?

Da die Krankenkassen aus wirtschaftlichen Gründen ein besonderes Interesse an jedem einzelnen DMP-Patienten haben, halten sowohl Patienten(eltern) als auch betreuende Ärzte einen Trumpf in der Hand, der nicht unterschätzt werden darf. Ist man sich in einer Region („Netzwerk“) einig, so kann die Verweigerung der Teilnahme am DMP auch zu einem politischen Druckmittel in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung werden.

10. Ausblick in die Zukunft

„Die reinste Form des Wahnsinns ist es, alles beim Alten zu lassen und gleichzeitig zu hoffen, dass sich etwas ändert“, sagte Albert Einstein. Medizinische Versorgungszentren, Integrierte Versorgungs-Verträge, IGEL-Leistungen, DMP-Teilnahme und viele andere Neuerungen verändern rasant die gesundheitspolitische Landschaft. Während noch vor wenigen Jahren das Einkommen einer Praxis aus KV- und Privatpatienteneinnahmen bestand, muss man sich jetzt mit verschiedensten Modellen und Vereinbarungen auseinandersetzen, die teilweise ohne Beteiligung der KVen verhandelt werden. Klar ist, dass der Arzt in seiner Einzelpraxis hierbei ungleich größerem Druck ausgesetzt wird. Das DMP will die Kooperation ärztlicher Versorgungsebenen. Die zukünftige Entwicklung wird dies ohnehin unumgänglich machen.

*Dr. med. Frank Friedrichs
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Allergologie, Umweltmedizin und Kinder-Pneumologie
kinderarztpraxis laurensberg
Rathausstr. 10, 52072 Aachen
E-Mail: Frank.Friedrichs@t-online.de*

Die „Dritte Ebene“

Stationäre Versorgung im DMP – eine Standortbestimmung

Thomas Spindler, Fachkliniken Wangen

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Pädiatrische Abteilungen und Kinderkliniken

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

- Verdacht auf lebensbedrohlichen Anfall
- Schwerer, trotz initialer Behandlung persistierender Anfall
- Schwere pulmonale Infektion
- PF < 50% persönl. Bestwert und/oder fehlendes Ansprechen kurz wirksamer Beta-2-Mimetika
- SO₂ < 90%, Sprechdyspnoe, Stummes Expirium usw.

Diese Versorgung im akuten Anfall kann und muss jede pädiatrische Abteilung

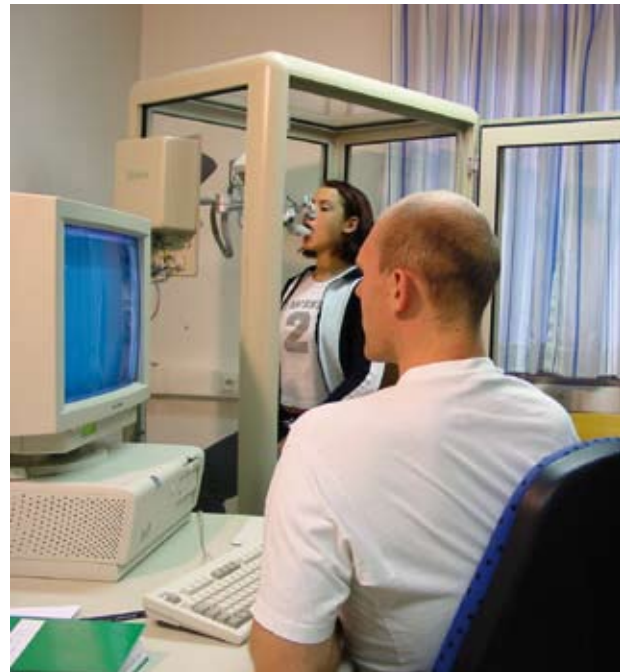


Abb. 1: Pädiatrisch-pneumologische Abteilungen an Akutkliniken sollten u.a. über die Möglichkeit der Bodyplethysmographie verfügen.

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

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

2. Pädiatrisch-pneumologische Abteilungen an Akutkliniken

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



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

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

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

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

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

3. Rehabilitationskliniken mit pneumologischem Indikationsschwerpunkt

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

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

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

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

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

Schulungsaktivitäten für Schulungsvereine und nichtärztliche Asthmatrainer im Rahmen der DMP-Verträge

Rüdiger Szczepanski, Kinderhospital Osnabrück

Die DMP-Rechtsverordnung stammt vom Dezember 2004. Im September 2005 wurde das Schulungsprogramm der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (AGAS) vom Bundesversicherungsamt akkreditiert. Es ist das einzige für die Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre im Rahmen des DMP zugelassene Schulungsprogramm.

Als Folge der Rechtsverordnung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben werden jetzt in vielen Bundesländern (bisher immer unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen, KV) DMP-Verträge abgeschlossen, die die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern regeln. Ein besonderer Schwerpunkt ist dabei natürlich die Asthmaschulung gemäß Qualitätskriterien der AGAS.

Nach den bisherigen Abschlüssen dürfen Schulungen im Rahmen des DMP nur von Vertragsärzten abgerechnet werden, die

1. an der Versorgungsebene 1 (hausärztlich koordinierender Arzt) und/oder Ebene 2 (fachärztliche Ebene) teilnehmen und
2. ihre Berechtigung (Trainerzertifikat der AG Asthmaschulung) gegenüber der KV nachgewiesen haben.

In einigen Verträgen gilt auch die Regelung, dass das Trainerzertifikat der AGAS den jewei-

ligen Arzt für die Stufe-2-Versorgung im Rahmen des DMP berechtigt (natürlich neben anderen strukturellen Vorgaben, die erfüllt sein müssen). Persönlich entsprechend ermächtigte Krankenhausärzte können die Teilnahme an der Ebene 2 im DMP beantragen. Für Institute und Polikliniken ist das nicht vorgesehen. Kliniken nehmen an der Versorgungsebene 3 teil. Für diese Ebene (stationär, Reha) werden gesonderte Verträge abgeschlossen.

Schulungsgemeinschaften

Die Verträge sehen ausdrücklich auch vor, dass Schulungen in Schulungsgemeinschaften erbracht werden. Diese sind definiert als Gemeinschaftseinrich-



Abb.: Asthmaschulungen – hier im CJD Asthmazentrum Berchtesgaden – können laut DMP-Verträgen auch in Schulungsgemeinschaften erbracht werden.

tungen von am DMP teilnehmenden Ärzten. Der abrechnende Vertragsarzt muss immer Mitglied der Schulungsgemeinschaft sein und selber die Schulungsqualifikation besitzen.

Was bedeutet diese Regelung für bestehende Schulungsstrukturen?

- Alle Schulungsteams können prinzipiell weiter arbeiten wie bisher. Erforderlich ist aber, dass ein Vertragsarzt im Team ist, der die DMP-Schulungsberechtigung der KV hat.
 - Für Niedergelassene (sog. Vertragsärzte) stellt das kein Problem dar.
 - Für Ärzte, die an Krankenhäusern oder Hochschulen arbeiten, bedeutet dies, dass sie eine Ermächtigung bei der zuständigen KV für die Leistung „Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche“ beantragen müssen. Dies setzt voraus, dass sie bei ihrem jeweiligen Arbeitsgeber eine Genehmigung zur Erbringung der Nebentätigkeit einholen, denn nur dann kann eine Ermächtigung beantragt werden.
- Für die Erteilung der Genehmigung ist die jeweils zuständige KV-Bezirksstelle verantwortlich.
- Bei manchen Schulungsvereinen muss eventuell eine entsprechende Umstrukturierung erfolgen. Darüber hinaus muss der Verein organisatorisch mit den Ärzten, die

für eine Abrechnung in Frage kommen (Vertragsärzte oder ermächtigte Ärzte, die am DMP teilnehmen), klare Absprachen hinsichtlich der Abrechnung treffen. Diese Absprachen umfassen die Abrechnung gegenüber der KV, aber natürlich auch die Abrechnung innerhalb des Teams bzw. der jeweiligen Sach- und anderen Folgekosten. Dafür ist es unumgänglich, sich den für den KV-Bereich geltenden Vertragsabschluss genau anzusehen, da es unterschiedliche Regelungen gibt.

- Die bestehenden Schulungsvereine werden dringend benötigt: Der hohe organisatorische Aufwand für die Durchführung der Schulungen wird vielerorts nur durch Schulungsverbände oder -vereine zu leisten sein. Organisation und Planung der Schulungen bringen viel Arbeit mit sich. Dieser Aufwand sollte nicht unterschätzt werden und ist ja auch in der Vergütung der Schulung im Rahmen des DMP enthalten.
- Ein weiterer wichtiger Bereich für Schulungsvereine und -verbände besteht darin, die Teams organisatorisch zusammenzustellen, d.h. dafür zu sorgen, dass die nichtärztlichen Berufsgruppen in den Schulungsteams nachweislich mitschulen, ihre Leistung erbringen, ihr Honorar beziehen, ihre Qualifikation erwerben und beibehalten. Schulungsvereine, nichtärztliche Asthmatrainer sowie Mitarbeiter bei Organisation und Durchführung sind weiterhin wichtig, um die Ziele des DMP zu erreichen.
- Durch das DMP Asthma wird kurzfristig ein zunehmender Bedarf an Schulungskapazitäten entstehen. Schätzungsweise müssen dreimal mehr Schulungen als bisher durchgeführt werden.

Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherungsziele, die die Schulung betreffen, machen folgende Vorgaben: Schon im ersten Jahr soll die Schulung bei ≥ 40 Prozent der Patienten, bei denen eine Schulung empfohlen wird, bis zur nächsten Dokumentation

(also innerhalb von drei, manchmal sechs Monaten) durchgeführt werden – und bei ≥ 60 Prozent innerhalb eines Jahres. Diese Zielmarken steigen im zweiten und dritten Jahr um jeweils zehn Prozentpunkte auf dann ≥ 60 bzw. ≥ 80 Prozent!

Solche Vorgaben sollen (auch?) dazu dienen, die aktive Mitarbeit der Patienten zu beurteilen. Im Feld „Schulung aktuell empfohlen“ darf daher nur dann „ja“ angekreuzt werden, wenn auch die Möglichkeit besteht, diese Schulung durchzuführen! Sonst muss „nein“ angekreuzt werden.

Um diese Zahlen erreichen zu können, benötigen wir aber auch eine gut funktionierende Infrastruktur für die Schulung. Vor allen Dingen ist die Kooperation der bestehenden Schulungsteams erforderlich, um freie Plätze sofort besetzen, nichtärztliche Berufsgruppen schnell an Teams vermitteln und teilnehmenden Patienten zügig einen Schulungsplatz anbieten zu können.

Schulung außerhalb des DMP

Nach wie vor wird es Kinder, Jugendliche und Familien geben, die sich – aus welchen Gründen auch immer – nicht in ein DMP einschreiben lassen wollen. Für diese Familien besteht weiterhin ein Schulungsanspruch gemäß § 43 SGB V als Kann-Leistung der Kassen. Dieser Paragraph gilt zurzeit auch für alle Kinder, die noch nicht fünf Jahre alt sind und damit nicht in das DMP eingeschrieben werden können.

- Familien, die nicht im DMP eingeschrieben sind, haben weiterhin einen Anspruch über § 43 SGB V, der nicht außer Kraft getreten ist, aber eine Kann-Leistung für eine wohnortnahe Rehabilitation darstellt. Es wird Aufgabe der Schulungsteams, der verordnenden Ärzte und der AGAS sein, bei den gesetzlichen Krankenversicherungen nachdrücklich dafür zu werben, dass allen Familien (und nicht nur den im DMP eingeschriebenen) zu gleichen Konditionen eine Schulung angeboten werden kann.
- Zurzeit führt die AGAS eine prospektive kontrollierte Studie zur Wirksamkeit

der Schulung bei Zwei- bis Fünfjährigen durch, die 2007 abgeschlossen sein wird.

Fazit

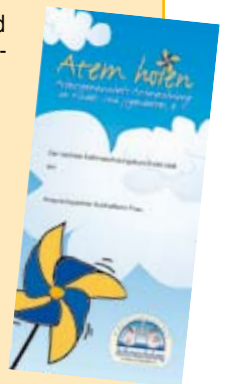
Eine Umstrukturierung bestehender Schulungsverbände mag mancherorts notwendig sein. Es gibt aber keinen Grund, bestehende Vereine, die sich der Schulungsaufgabe gewidmet haben, aufzulösen. Da die Nachfrage nach Schulungen in Kooperation noch wachsen wird, dürften vielerorts sogar eher Neugründungen notwendig sein.

Weitere Informationen sind über die Internetseiten www.dmp-asthma.de und www.asthmaschulung.de zu erhalten.

*Dr. med. Rüdiger Szczepanski
Kinderhospital Osnabrück
Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück
E-Mail: Szczepanski@kinderhospital.de*

Flugblätter und Plakate werben für Asthmaschulungen

Die Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter hat gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und mit Unterstützung von Glaxo-SmithKline eine Initiative gestartet, mit Plakaten und Flugblättern für die Asthmaschulungen zu werben. Da die ärztliche Empfehlung die wichtigste Information für Familien zur Teilnahme an einer Patientenschulung darstellt, werden die Plakate und Flugblätter vor allem Kliniken und Arztpraxen zur Verfügung gestellt. Dort machen die Flugblätter dann entweder auf ein eigenes Schulungsteam oder auf Asthmaschulungen in der Region aufmerksam. Die Plakate können bei der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter, Frau B. Heße, Kinderhospital Osnabrück, Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück, angefordert werden. Die Flyer stehen auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft, www.asthmaschulung.de, zum Download bereit.



Evaluation der Wirkung von strukturierten Asthmaschulungen (ASEV-Studie)

Robert Jaeschke¹, Rüdiger Szczepanski², Thomas Spindler¹, Johannes Forster³

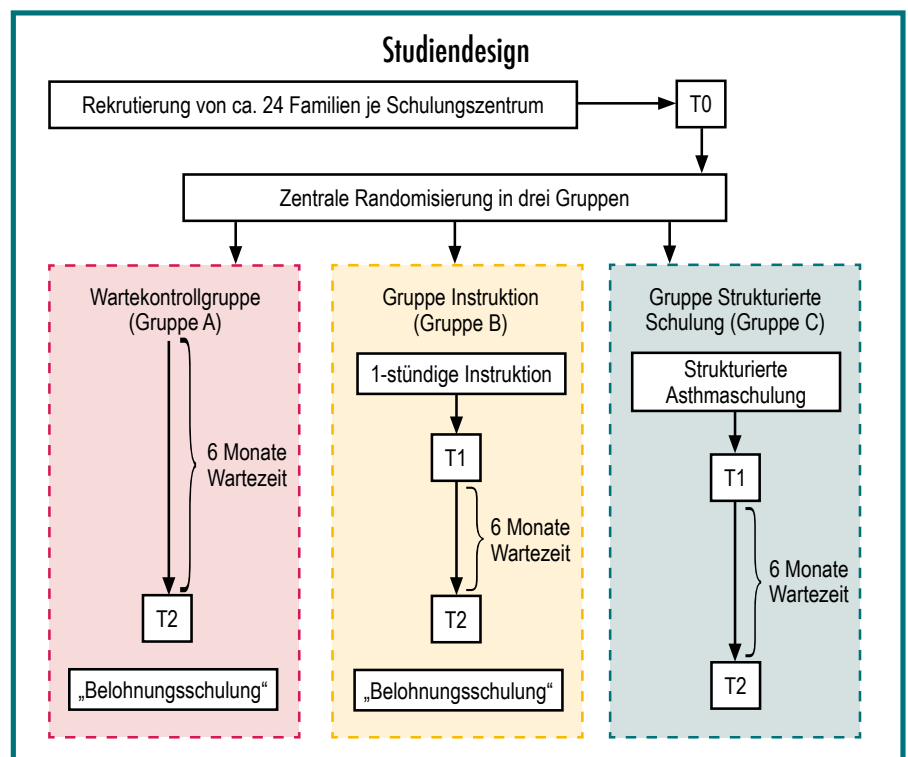
¹ Fachkliniken Wangen, ² Kinderhospital Osnabrück, ³ St. Josefs Krankenhaus Freiburg, Kinderkrankenhaus

Etwa zehn Prozent aller Kinder im Alter unter sechs Jahren in Deutschland leiden an diagnostiziertem Asthma bronchiale. Die Effizienz von interdisziplinären Patientenschulungen von Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale im Schulkind- und Jugendalter gilt als erwiesen. Die besten Ergebnisse werden durch hoch elaborierte Schulungskonzepte wie das der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. erzielt. Für die Schulung von Familien mit Kindern im Vorschulalter existieren verschiedene Konzepte, wobei eine strukturierte Evaluation dieser Programme im deutschsprachigen Raum bisher nicht realisiert wurde. Auch international liegen für diese Altersgruppe nur wenige, jedoch meist positive Ergebnisse vor.

Zielsetzungen der ASEV-Studie („AsthmaSchulung für Eltern von Kindern im Vorschulalter“) sind die Evaluation und Etablierung von strukturierten Asthmaschulungen für Eltern von Kindern vom dritten bis zum abgeschlossenen sechsten Lebensjahr mit diagnostiziertem Asthma bronchiale. Untersucht wird die Wirkung dieser Schulung hinsichtlich der Symptomatik, der funktionellen Einschränkungen und des Schweregrades der Erkrankung des Kindes.

Methodik

Die untersuchte Population umfasst Eltern von Kindern im dritten bis sechsten Lebensjahr mit gesicherter Diagnose Asthma bronchiale (Schweregrade und Diagnosesicherung gemäß Leitlinie der



GPP, NVL und Rechtsverordnung DMP). Die Untersuchung beinhaltet ein multizentrisches randomisiertes Design mit drei Untersuchungsgruppen in verschiedenen Schulungszentren und drei Untersuchungszeitpunkten.

Gruppe A ist eine Wartekontrollgruppe, die neben der Regelversorgung keinerlei strukturierte Intervention erhält. Gruppe B (Instruktionsgruppe) erhält eine 60-minütige Instruktion zu den verordneten Medikamenten und Inhalierhilfen, zum Notfallplan und zu allgemeinen Aspekten der Dauertherapie mit antientzündlichen Dauermedikamenten gemäß

der nationalen Versorgungsleitlinie Asthma bronchiale (NVL) und der Leitlinie N13 der GPP. Gruppe C (Schulungsgruppe) erhält eine strukturierte Asthmaschulung von acht Zeitstunden an drei Elternabenden und einem Einzeltermin der Familie mit dem Kind. Die Gruppen A und B erhalten nach der Follow-up-Erhebung ebenfalls eine strukturierte Asthmaschulung („Belohnungsschulung“).

Alle rekrutierten Familien füllen vor der Randomisierung zu T0 einen Fragebogen aus. Die Familien der Gruppe B und C füllen eine Woche nach der erfolgten Instruktion bzw. Schulung zu T1 einen

Fragebogen aus. Sechs Monate nach T1 nehmen alle drei Untersuchungsgruppen am Untersuchungszeitpunkt T2 teil.

Die Fragestellung wurde in Form eines Fragebogens operationalisiert, der von den Eltern ausgefüllt wird. Auf der Basis bereits erprobter Erhebungsinstrumentarien wurden entsprechend dem Studienprotokoll die Fragebögen T0, T1 und T2 entwickelt und im Frühjahr 2006 mit einer kleinen Stichprobe an Eltern in der Rehabilitationskinderklinik der Fachkliniken Wangen erprobt. Zentrale Zielparameter sind dabei die Anzahl an Patienten mit schriftlichem Therapieplan (Dauertherapie/Notfall), die Anzahl von Akutinterventionen (ambulant/stationär) und die Anzahl an Patienten mit antientzündlicher Dauertherapie gemäß NVL. Darüber hinaus wurden der funktionelle Schweregrad, das Inhalationsverhalten, das Notfallverhalten sowie Elternfehltag und Kindergartenfehltag erhoben. Eine Power-Berechnung (G. Ihorst, J. Forster, Freiburg) ergab die Notwendigkeit einer Stichprobe von 70 Familien mit vollständigen Datensätzen je Untersuchungsgruppe, um bei den Zielgrößen klinisch relevante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen finden zu können.

Der Schulungsplan umfasst die Themen Medizinische Information, Auslöser, Auslöser- und Anfallsvermeidungsverhalten, Therapie, Inhalationsformen und -techniken, Atemtherapie, Sport und Bewegung, Alltagsbewältigung und Psycho-soziale Aspekte. Zusätzlich erhält jede Familie einen Einzeltermin zur individuellen praktischen Inhalationsschulung.

Erste Ergebnisse

Von Februar 2005 bis Oktober 2006 konnten 17 etablierte Schulungszentren in Deutschland für eine Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Zwischen Juni 2005 und Januar 2007 wurden in den 17 Schulungszentren in insgesamt 19 Schulungsgruppen ca. 330 Familien der Studie zugeführt, so dass die geforderte Stichprobengröße von 70 Familien je Untersuchungsgruppe sicher erreicht wurde und auch bei einem Drop-Out von bis zu 30 Prozent gesichert blieb.

Bis Januar 2007 wurden alle Schulungen der Untersuchungsgruppe C und alle Instruktionen der Untersuchungsgruppe B durchgeführt. Dabei hat sich der Stundenplan der strukturierten Elternschulungen in allen Zentren als sehr gut geeignet und praktikabel erwiesen.

Die Übernahme der Kosten durch die Kostenträger erwies sich als äußerst schwierig. Zum einen verweigerten eine Reihe an Kostenträgern die Kostenübernahme mit der Begründung, dass die Familien mit einer Asthmaschulung warten sollten, bis das Kind sechs Jahre alt sei, da es dann ja im Rahmen des DMP eine Asthmaschulung erhalten würde. Eine weitere Argumentation war, dass es Kostenträgern grundsätzlich gesetzlich untersagt sei, Kosten von wissenschaftlichen Studien zu übernehmen. Diese Linie wurde von einigen Kostenträgern beibehalten, obwohl diese ja nicht die Studie bzw. die Evaluation, sondern nur die direkten Kosten der Schulung übernehmen sollten – Kosten also, die bisher bereits von den Kassen getragen wurden. Letztendlich mussten einige Schulungszentren ihre Teilnahme an der ASEV-Studie aufgrund mangelnder Kostenübernahmen ganz absagen.

Mit ersten Ergebnissen ist Mitte 2007 zu rechnen.

Zusammenfassend kann ein sehr positives Zwischenresümee der ASEV-Studie gezogen werden. Die geforderten Stichprobengrößen werden voraussichtlich durch das hohe Engagement der beteiligten Schulungszentren nicht nur erreicht, sondern sogar überschritten, die Schulungsinhalte und der Schulungsstundenplan erwiesen sich als geeignet. Somit kann mit validen und aussagekräftigen Daten gerechnet werden. Dies ist insbesondere dem großen Engagement der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der einzelnen an der ASEV-Studie beteiligten Schulungsteams zu verdanken.

Korrespondenz:

*Robert Jaeschke, Dipl.-Sportlehrer
Fachkliniken Wangen
Waldburg-Zeil-Kliniken
Am Vogelherd 14, 88239 Wangen
E-Mail: RJaeschke@wz-kliniken.de*

Netzwerkbildung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis am Beispiel des Saarlandes

Wolfgang Wahlen, Homburg/Saar

Asthmaschulungen werden im Saarland unter dem Dach des 1997 gegründeten Vereins „Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter Saarland e.V.“ organisiert (www.asthmaschulung-saarland.de). Inhaltliche Grundlage ist die Richtlinie der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (AGAS). Neben bestehenden Konzepten wie Luftiku(r)s Osnabrück können auch eigene Konzepte zur Anwendung kommen, wenn die Struktur- und Prozessqualität den Anforderungen der AG Asthmaschulung entspricht.

Der Verein garantiert den Krankenkassen als Vertragspartner, dass die Vorgaben der AGAS eingehalten werden, und kümmert sich auch um die Evaluation gemäß dem QM-Handbuch der AGAS. Der Koordinator oder das Asthmateam legen dem Vorstand des Vereins die notwendigen Qualifikationen und das Schulungsprogramm vor und weisen die geforderten personellen Voraussetzungen nach.

Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, wird das Team vom Vorstand an die Kassen gemeldet. Das Team bzw. der Koordinator können dann direkt mit den Kassen abrechnen. Grundlage für die Abrechnung ist eine einfache Antragstellung auf der Basis eines ärztlichen Attestes, das die Notwendigkeit der Schulung bescheinigt. Die Zahlungssätze differieren

von Kasse zu Kasse, sind aber jeweils ausgehandelt.

Einfach gestaltet sich die Organisation der Abrechnung überall dort, wo Krankenhäuser als Träger und Finanzverwalter der Teams fungieren. Für Praxen müssen dagegen Wege gesucht werden, die die Auslösung der Umsatzsteuerpflicht der Praxis verhindern.

Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis

Die vorgenannte Dachstruktur ließ im kleinen Flächenstaat Saarland unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis entstehen. Drei Praxen bieten Asthmaschulung ohne Klinikanbindung an. Vier Kliniken sind in ambulante Asthmaschulungen involviert. Entweder bietet die Klinik Schulungen ausschließlich mit ihrem Team, oder niedergelassene Kinder und Jugendärzte schulen ihre Patienten in Zusammenarbeit mit dem Klinikteam. In einer Klinik sind die niedergelassenen Kollegen ausschließlich als Referenten tätig und schulen so auch Patienten und Eltern der Klinik und ihrer Kollegen. Wenn Klinik und niedergelassene Kollegen zusammenarbeiten, liegt die Organisation meist in den Händen des Klinikteams.



Abb.: Asthmaschulung mit Bronchusringen.

Die regionalen Teams kooperieren eng. Regelmäßige Treffen, die zweimal jährlich stattfinden, speisen einen regen Erfahrungsaustausch. So wurden eine gemeinsame Info-Broschüre entwickelt, eine Website eingerichtet und eine Schulungsmappe als Vorschlag aufgelegt. Gegenseitige Zuweisungen von Patienten zur Schulung sind nicht selten, vor allem wenn gerade keine eigene Schulung für die entsprechende Altersgruppe angeboten wird oder die Organisation den Plänen der Familie zuwider läuft.

Für die fachliche Weiterbildung in Sachen Asthma steht der Qualitätszirkel Allergologie, Pulmologie und Asthmaschulung im Kindesalter zur Verfügung, der vier- bis fünfmal im Jahr angeboten wird und 2005 ob seiner sehr guten Leistungen und der hervorragenden Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis unter Einbindung der Asthmaschulung den „Förderpreis Pädiatrische Allergologie“ der GPA erhalten hat.

Dr. med. Wolfgang Wahlen
In der Dell 33, 66424 Homburg/Saar
E-Mail: Wahlen-privat@telemed.de

„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, Fachkliniken Wangen

Die Bezeichnung „Interreg III“ steht für eine Gemeinschaftsinitiative des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) für die Zusammenarbeit von Regionen der Europäischen Union im Zeitraum von 2000 bis 2006. Ziel von Interreg III ist es, den wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalt in der Europäischen Union durch die Förderung der grenzübergreifenden Zusammenarbeit und einer ausgewogenen räumlichen Entwicklung zu stärken.

Im Rahmen des Interreg-III-A-Programms „Alpenrhein-Bodensee-Hochrhein“ läuft seit 2004 das Projekt „Grenzenlose Hilfe zur Selbsthilfe bei Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter“ unter der Fördermaßnahme Gesundheit und Soziales aus dem Schwerpunkt Soziokulturelle Entwicklung. Mittels dieses Projekts wird die in Deutschland bereits qualitätsgesichert durchgeführte strukturierte Asthmaschulung nach Vorarlberg transferiert, wo dann ein flächendeckendes System an ambulanten Schulungsangeboten implementiert werden soll.

Die Projektkoordination liegt bei der Rehabilitationskinderklinik der Fachkliniken Wangen, Waldburg-Zeil-Kliniken. Weitere Projektpartner sind die Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des Landeskrankenhauses Bregenz, die Landesgruppe Baden-Württemberg der

Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter, die Asthmaakademie Baden-Württemberg, die Gesundheitsämter der Landkreise Ravensburg und Bodenseekreis sowie die AOK, die die Schulungen auf deutscher Seite finanziert.

Erneute Evaluation

Ein weiteres wichtiges Ziel des Projekts ist die erneute Evaluation der Wirksamkeit der strukturierten Asthmaschulung nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. mit Hilfe einer randomisierten, altersdifferenzierten Kontrollgruppenstudie. Dazu werden zu je drei Messzeitpunkten Parameter aus verschiedenen medizinischen und psychosozialen Bereich erhoben:

- Anthropometrische Daten:
 - Alter, Geschlecht, Land, Schulbildung der Eltern
 - Schulungseinrichtung
 - Sensibilisierungen, Dauertherapie, Notfallmedikation
- Funktioneller Schweregrad:
 - Rosier-Score
- Selbstmanagement:
 - Schöttke-Score
- Medizinische Messparameter:
 - FEV₁ (Ruhe und ggf. Lyse)
 - PEF (Ruhe und ggf. Lyse)



- MEF_{25/50/75} (Ruhe und ggf. Lyse)
- Zentr. Atemwegwiderstand (Ruhe und ggf. Lyse)

■ Lebensqualität:

- KINDL-Score 4–16 Jahre

Der Verlauf zeigte allerdings, dass das ursprünglich geplante hohe Evaluationslevel nicht gehalten werden konnte, da insbesondere die Gruppe der Jugendlichen nicht bereit war, in die Wartekontrollgruppe aufgenommen zu werden. Nach ausführlicher Diskussion musste das Evaluationsdesign auf das „Machbare“ reduziert werden. So wurde das Prinzip der Randomisierung aufgegeben und das Studiendesign in eine Kohortenstudie umgewandelt. Verglichen werden nun geschulte und nicht geschulte Kohorten. Die Outcome-Parameter betreffen eine Wartezeit von drei Monaten und müssen sowohl in diesem Abstand nach der Schulung als auch bei der Kontrollgruppe vor Beginn der Schu-

lungsmaßnahme in gleicher Form erhoben werden.

Mit dem „erleichterten Design“ konnten grenzüberschreitend bisher ca. 140 Kinder und Jugendliche geschult werden, davon etwa 30 in Vorarlberg. Ein „Vorarlberger Schulungsteam“, das am LKH Bregenz gebildet wurde, schult inzwischen mit viel Engagement und Begeisterung. Auf deutscher Seite ist es

gelingen, neue Trainer über das Projekt auszubilden, Schulungsteams neu zu integrieren und zu vernetzen.

Derzeit wird mit der Auswertung der bisher erhobenen Daten begonnen, so dass bis Mitte des Jahres erste Zwischenergebnisse zur Verfügung stehen müssten. Ebenfalls bis Mitte 2007 sind weitere Schulungen vorgesehen, so dass die geplante Anzahl an geschulten und

in die Studie aufgenommenen Patienten von $N = 216$ wohl erreicht wird. Die endgültigen Ergebnisse liegen dann bis zum Ende der Projektzeit im April 2008 vor.

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

Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen in Bayern

Gerd Schauerte, CJD Asthmazentrum Berchtesgaden

Exemplarisch an der Schulungslandschaft in Bayern möchte ich in diesem kurzen Artikel die Möglichkeiten zur regionalen Entwicklung der AG Asthmaschulung darstellen.

Noch vor Veröffentlichung des ersten Qualitätshandbuchs mit der Anregung, Landesqualitätsbeauftragte zu berufen, fand am 5. Juli 2000 das erste Treffen der uns damals bekannten Asthmaschüler in Bayern statt. Am 27. September 2000 wurde ein Sprecherrat gegründet, dessen Mitglieder Ansprechpartner für bestimmte Regionen oder bestimmte Berufsgruppen sind. Unter dem Vorsitz von Otto Laub, niedergelassener Kinderarzt in Rosenheim, starteten verschiedene Aktivitäten, um eine bayernweite Verbindlichkeit in der Asthmaschulung herzustellen.

Süddeutsche Jahrestagungen

Es folgten zweimal jährlich Sitzungen des Sprecherrates. Hier wurde auch die

Idee der süddeutschen Jahrestagung geboren, um die von einigen vermisste Familiarität der bundesweiten Jahrestagung wieder aufleben zu lassen. Die erste süddeutsche Tagung der AG Asthmaschulung fand daraufhin am 12. Oktober 2002 in Würzburg statt. Schon früh war eine enge Kooperation mit der Landesgruppe Baden-Württemberg entstanden, nicht zuletzt weil ein Mitglied des Sprecherrates zwar in Bayern wohnt, aber in Baden-Württemberg arbeitet. Im Rahmen dieser Kooperation erfolgten dann jährlich Jahrestagungen in Süddeutschland, abwechselnd in Bayern und Baden-Württemberg.

Ab dem Jahr 2005 konnte die süddeutsche Jahrestagung dann auch auf den Bereich der Neurodermitisschulung

ausgeweitet werden. Die jüngste süddeutsche Jahrestagung fand vom 17. bis 19. November 2006 in Kooperation mit der AG Neurodermitisschulung sowie der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie Süd in Karlsruhe statt. Bei diesem dreitägigen Kongress standen die Schulungsthemen am Samstag im Mittelpunkt.



Abb. 1: www.asthmaschulung-bayern.de

Gazette und Internet

Parallel zur Entwicklung der gemeinsamen Jahrestagung erscheint seit Mai 2003 ein- bis zweimal pro Jahr die „Praxis Asthmaschulung – Süd“, die Gazette für Asthmatrainer; seit Dezember 2005 wendet sich das Heft auch an Neurodermitstrainer. Die veröffentlichten Artikel stammen aus allen Bereichen der Asthma- und Neurodermitisschulung und sind nicht medizinlastig, sondern auf die Bedürfnisse der Trainer zugeschnitten.

Seit Ende 2005 gibt es auch eine eigene Internetpräsentation der AG Asthmaschulung in Bayern (www.asthmaschulung-bayern.de). Auf dieser Seite sind Kurzinformationen zur Asthmaschulung hinterlegt. Außerdem kann dort auf die verschiedenen Ausgaben der Gazette im PDF-Format zurückgegriffen werden. Zentraler Bestandteil dieser Seite ist eine interaktive Bayernkarte (s. Abb. 1). Mittels Klick auf die jeweiligen Punkte können die Schulungsteams einer Region mit ihren kompletten Kontaktdaten abgefragt werden. Durch diese Website sind alle aktiven Asthmaschulungsteams in Bayern erfasst und bei einer Abfrage der Schulungsaktivitäten der letzten Jahre antworteten 90 Prozent der Teams. Von diesen 45 Schulungsteams wurden im Jahr 2005 1.036 Kinder, Ju-

gendliche und deren Eltern ambulant geschult.

Zusammenarbeit

Nachdem auf der bundesweiten Jahrestagung der AG Neurodermitisschulung im Frühjahr 2005 das QM-Handbuch zur Neurodermitisschulung verabschiedet wurde, erfolgte in Bayern und Baden-Württemberg eine Umfrage bei allen Neurodermitistrainern, ob eine gemeinsame Arbeit von Asthma- und Neurodermitistrainern in den jeweiligen Qualitätszirkeln erfolgen sollte. In beiden Bundesländern konnte eine klare Mehrheit für eine gemeinsame Arbeit gefunden werden, so dass zwar die Landessprecher nicht personalidentisch sind, jedoch die Arbeit gemeinsam in den Qualitätszirkeln stattfinden kann.

Zusammengefasst hat sich in Bayern in den vergangenen Jahren eine aktive Schulungslandschaft entwickelt. Trotz der relativ großen räumlichen Distanzen innerhalb Bayerns bestehen eine enge Kooperation zwischen den verschiedenen Teams regional, landesweit und indikationsübergreifend sowie eine gute Zusammenarbeit mit

dem westlichen Nachbarn Baden-Württemberg.

Dr. med. Gerd Schauerte
CJD Asthmazentrum Berchtesgaden
Buchenhöhe 46, 83471 Berchtesgaden
E-Mail: Gerd.Schauerte@cjd.de

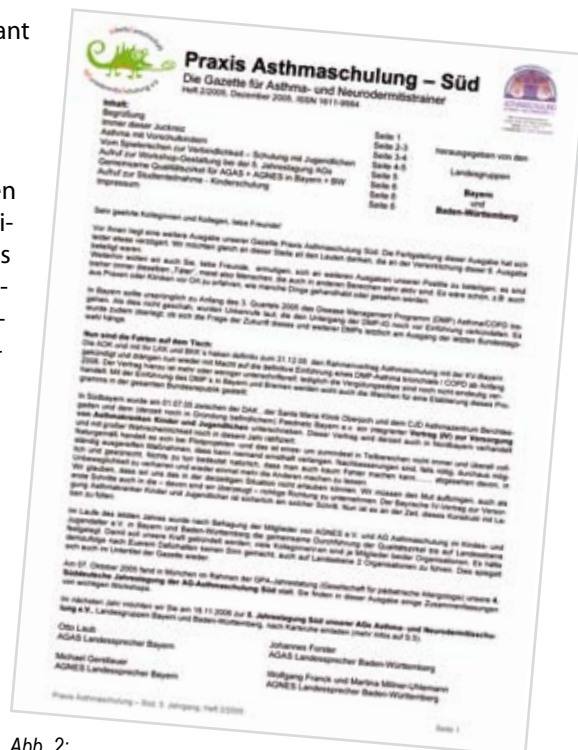


Abb. 2: „Praxis Asthmaschulung – Süd“, die Gazette für Asthma- und Neurodermitistrainer

Asthmainstruktion in der kinder- und jugendärztlichen Praxis

Otto Laub, Kinder- und Jugendarzt, Rosenheim

Im Disease Management Programm Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen wird eine leitliniengerechte Versorgung von Kindern, Jugendlichen sowie deren Familien nach Diagnosestellung des Asthmas verlangt. Es mutet eigenartig an, dass etwas scheinbar so Selbstverständliches per gesetzlicher Verordnung festgelegt werden soll. In der Tat konnte jedoch in mehreren Studien nachgewiesen werden, dass es um die Versorgung der Asthmapatienten, und hier auch um die Erstinstruktion, also die Vermittlung grundlegenden Wissens und primärer Fertigkeiten wie des Inhalierens eines Dosieraerosol, nach wie vor schlecht bestellt ist.

Instruktion bedeutet nicht Schulung

Instruktion bedeutet, zeitnah und in einem vertretbaren zeitlichen Rahmen (ca. 60 Minuten) wesentliche Inhalte von asthmarelevantem Verhalten an unsere



Abb. 1: Peak-Flow-Messung

Patienten und deren Familien zu vermitteln:

- Inhalationstechnik und Inhalierhilfen
- Unterschied zwischen Dauer- und Akutmedikation
- Peak-Flow-Technik
- Notfallplan
- Lippenbremse
- Sanierungsmaßnahmen

[DMP-Stellungnahme der pädiatrischen Fachgesellschaften 2002]

Mehr verlangt Instruktion definitiv nicht. Diese Inhalte können im Prinzip innerhalb eines oder maximal zweier Praxistermine vermittelt und erlernt werden. Instruktion ersetzt nicht das Erstellen eines medikamentösen Therapieplanes bzw. das ärztliche Gespräch. Instruktion vermittelt die Fähigkeiten, die Patienten und Eltern brauchen, um zunächst einmal adäquat auf Asthmaexazerbationen reagieren zu können.

Von den Hilfsmitteln, die geeignet sind, Asthmainstruktionen standardisiert ablaufen zu lassen, wird in diesem Heft das Asthmaquartett des Lufti-Teams Rosenheim näher vorgestellt (siehe S. 39–41).

Auf welche Weise Asthmainstruktion den Familien aber auch vermittelt wird, sind doch zwei Dinge klar:

- Asthmainstruktion ist eine delegierbare Leistung, d. h. eine Leistung, die durch die qualifizierte kinderärztliche Fachhelferin erbracht werden kann. Für uns Kinder- und Jugendärzte bedeutet dies, dass wir vermehrt den Mut aufbringen sollten, diese Leistung auch tatsächlich zu delegieren und



Abb. 2: Lippenbremse

damit nicht zuletzt auch unserem Personal die entsprechende Qualifikation zuzubilligen.

- Instruktion ist keine Leistung, die einmalig erbracht wird. Die wesentlichen Inhalte dieses Instruments müssen sicherlich beständig wiederholt werden, um einen maximalen Effekt zu gewährleisten.

Wir werden allerdings in Zukunft Sorge tragen müssen, dass diese „selbstverständliche“ Leistung auch vernünftig vergütet wird.

Otto Laub
Kinder- und Jugendarzt, Allergologie
Landessprecher Bayern der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.
Vorstandsmitglied PädNetz Bayern
Happinger Str. 98, 83026 Rosenheim
E-Mail: Praxis@kinderarztlaub.com

Erstinstruktion mit dem Asthmaquartett: „Small is beautiful“

Thomas Nowotny, „Lufti-Team“ Rosenheim

Das Asthmaquartett

Das „Asthmaquartett“ zum Notfallmanagement wurde unter Mitarbeit zahlreicher Betroffener und Asthmatrainer in Südbayern von mir entwickelt und kürzlich ausführlich dargestellt [1]. Auf vier handlichen bunten Pappkärtchen erklärt es

- ① die Anzeichen eines Asthmaanfalls inkl. einer Zusammenfassung des Notfallplans,
- ② die Peak-Flow-Messung,
- ③ die Inhalation des Notfallmedikaments,
- ④ atemerleichternde Stellungen unter dem Stichwort „Ruhe“.

Jede Karte gibt auf der Vorderseite das praktische Vorgehen Schritt für Schritt vor, während auf der Rückseite die zugehörige Handlungsstrategie skizziert wird.

Inhalation: Vier Karten

Bei der Akuttherapie der ersten Asthma-Exazerbationen lernt das Kind bereits eine Inhalationstechnik kennen. Wird initial die Feuchtinhalation eingesetzt, sollte das Kind zusätzlich eine „mobile“ Inhalationstechnik erlernen. Nach Demonstration durch Arzt, Ärztin oder Helferin inhaliert das Kind, danach wird die Technik nochmals mit Hilfe der Inhalationskarte ③ durchgesprochen.

Eingängige Merksprüche beschreiben die vier gängigen Inhalationstechniken im Notfall (Dosieraerosol mit und ohne Spacer, Autohaler, Düseninhalationsgerät). Jedes Kind erhält nur die Karte für die benutzte Technik, die anderen Kar-

ten bekommen die Eltern zur Verwahrung, falls das Kind später eine andere Technik erlernt.

Je mehr Inhalationsarten einem Kind gleichzeitig vermittelt werden, desto weniger beherrscht es die einzelnen Techniken [2]. Ideal wäre es also, Dauer- und Akuttherapie mit ein und derselben Technik zu verordnen. Dies ist möglich, wenn ein Dosieraerosol mit Spacer oder ein Autohaler verwendet wird. Oft aber werden bei älteren Kindern aus Kosten- und Praktikabilitätsgründen ein Dosieraerosol ohne Spacer für die Akuttherapie und ein Pulver für die Dauerbehandlung eingesetzt.

Pulver: Ein eigenes Thema

Die Pulverinhalation ist als Akuttherapie bei schwerer Obstruktion ungeeignet [3] und wird daher nicht im Asthmaquartett dargestellt. Wird diese Technik für die Dauertherapie eingesetzt, muss sie natürlich auch in der Erstinstruktion vermittelt werden. Jeder der zahlreichen Pulverinhalatoren wird ein wenig unterschiedlich gehandhabt, zwei wichtige Aspekte der Inhalationstechnik gelten jedoch für alle:



Abb.: Das Asthmaquartett. Vier Karten mit Handlungsanweisungen zum Notfallmanagement: Plan „PIR-PIR-PITT“, Peak Flow, Inhalieren (hier Dosieraerosol ohne Spacer), Ruhe (Atemerleichternde Stellungen).

- Erst maximal ausatmen, dann erst Mundstück ansetzen
- Möglichst rasch und tief einatmen. Soweit vorhanden (meines Wissens für Turbohaler und Easyhaler), sollten Testgeräte zur Messung des erforderlichen Inspirationsflusses bei der Instruktion benutzt werden.

Für die Pulverinhalation sind separate Instruktionkarten in Vorbereitung.

Peak-Flow-Karte

Bei ausreichender Zeit und Aufnahmefähigkeit von Patient und Eltern kann nach der Inhalation auch der Peak Flow besprochen werden; sonst empfiehlt sich eine kurzfristige Wiedervorstellung mit dem frisch verordneten Peak-Flow-Meter. Nach der Demonstration des Geräts wird das Peak-Flow-Kärtchen ② überreicht, auf dessen Vorderseite der Ablauf der Messung dargestellt ist.

Nach drei Wochen bringt der Patient Peak-Flow-Protokoll und Kärtchen wieder mit, die Technik wird nochmals überprüft. Nun kann auf der Rückseite der Interventionswert eingetragen werden (70–80% vom Bestwert, „Ausreißer“ ausgenommen). Liegt der aktuelle Peak Flow über diesem Wert, sind wir im durch ein grünes Quadrat markierten Bereich: „Alles in Ordnung! Nimm deine Dauertherapie weiter wie bisher“. Bei Peak-Flow-Abfall in den „roten Bereich“ (roter Kreis) wird dagegen der Notfallplan wie unten beschrieben durchgeführt.

Bestellungen

Das Asthmaquartett ist über die unten genannte Adresse oder die Fax-Nr. 08031/780433 zu beziehen. Ein Satz enthält sieben Instruktionkarten (Größe 10,5 x 7 cm) zum Mitgeben. Schutzgebühr inkl. Versand:

Einzelbestellung (1–9 Stück) € 3,00/Satz
Ab 10 Stück € 2,50/Satz
Ab 50 Stück € 1,50/Satz

Der Beobachtungsbogen kann als Word-Datei per E-Mail angefordert oder bei paedinform im Ordner „AG Asthmaschulung“ heruntergeladen werden. Auf Wunsch lege ich auch eine Druckvorlage in Papierform beim Versand von Instruktionkarten bei.

„PIR-PIR-PITT“: Der Notfallplan

Der Plan zur Notfallvermeidung oder -behandlung setzt ein bei Asthmasymptomen (Dyspnoe, Engegefühl, Pfeifen, hartnäckigem trockenem Husten) oder beim Abfallen des Peak Flow in den „roten Bereich“. Dann soll das Kind

- Peak Flow messen, wenn möglich bzw. noch nicht geschehen; andernfalls gleich
- Inhalieren (das mit einem roten Punkt gekennzeichnete schnell wirkende Beta-Sympathomimetikum)
- Ruhe bewahren, Lippenbremse und atemerleichternde Stellungen ausführen.

Tritt nach fünf Minuten keine Besserung ein oder ist der Peak Flow weiter zu niedrig, wird dieses Vorgehen wiederholt. Nach weiteren fünf Minuten wird erneut der Peak Flow gemessen und bei weiter ausbleibender Besserung inhaliert, zusätzlich zu **T**ablette bzw. **T**ropfen (Kortison) und **T**elefon (Notarzt) gegriffen.

Atemerleichternde Stellungen

Die vierte und letzte Karte trägt den Titel „Ruhe“ und erklärt Lippenbremse, Torwartstellung und Kutschersitz. Das praktische Einüben erfolgt idealerweise (mit der Kontrolle der Inhalationstechnik) im Rahmen einer Lungenfunktion mit Bronchospasmyolyse.

Die Rückseite des Kärtchens zeigt, „was noch hilft“, insbesondere die Anpassung der Dauertherapie durch den behandelnden Arzt und – last but not least – die Asthmaschulung.

Diskussion

In der Geschichte der Asthmaschulung sind zahlreiche Varianten des „Notfallvermeidungsplans“ entstanden; die hier vorgestellte Strategie bildet einen Kompromiss. Damit sind Asthma-Exazerbationen in aller Regel sicher beherrschbar, gleichzeitig werden unnötige systemische Kortikoidgaben vermieden. Selbstverständlich kann in speziellen Fällen, etwa bei sehr raschen Infekt-Exazerbationen und schlechter

Selbstwahrnehmung, ein abweichendes Vorgehen vereinbart werden.

Auch das Management beim Peak Flow weicht von der bekannten „Peak-Flow-Ampel“ der deutschen Atemwegliga ab. Langjährige Erfahrungen des Lufti-Teams zeigen, dass vor allem Vorschul- und Grundschulkindern mit diesem Schema überfordert sind, und dass die von uns geschulte simple Version ausreicht. Was für die Schulung gilt, gilt umso mehr für die Erstinstruktion: „Small is beautiful“ – je weniger Informationen Eltern und Kinder verdauen müssen, umso größer die Chance, dass etwas hängen bleibt und im Alltag umgesetzt werden kann.

Die Inhalationskarte stellt das Herzstück des Asthmaquartetts dar und enthält auf der Rückseite nochmals eine Kurzfassung des gesamten Notfallplans. Sie kann und soll vom Kind zusammen mit dem Notfallspray überall hin mitgenommen werden.

Die wichtigsten atemerleichternden Maßnahmen kennen nur ein Viertel der Kinder, die zur Asthmaschulung kommen [2]. Ihre Einübung stellt eine einfache und effektive Hilfe zur Selbsthilfe dar.

Eine noch so gute Erstinstruktion kann kein Ersatz für eine Asthmaschulung sein. Diese sollte zeitnah zur Diagnosestellung angeboten werden; bis zur Umsetzung vergeht erfahrungsgemäß jedoch viel Zeit, und einige Familien lassen sich überhaupt nicht zur Schulung motivieren.

Die Erstinstruktion kann den Erfolg einer Asthmaschulung verbessern. Gerade für das Notfallmanagement brauchen Kinder nach unserer Erfahrung häufige Wiederholungen, bis sie es ausreichend beherrschen. Der Einsatz des Asthmaquartetts überall dort, wo das Asthma unserer Patienten behandelt wird (Klinik, Praxis, Lungenfunktionslabor, Asthmaschulung), unterstützt diesen Wiederholungseffekt und bewirkt, dass alle Beteiligten (mehr oder weniger) dieselbe Sprache sprechen.

Die Airlife-Studie [4] zeigte – was nur 33 Prozent der behandelnden Ärzte erwarteten – ein großes Interesse der be-

fragten Kinder und Jugendlichen an mehr Informationen über Asthma (71%), vorzugsweise „durch Kurse/Selbsthilfegruppen“ (53%). Dieses Interesse gilt es zu nutzen.

Allerdings: Die vorgestellte Form der Erstinstruktion in den normalen Sprechstundenalltag einer allgemeinpädiatrischen Praxis integrieren zu wollen, ist ehrenhaft, aber illusorisch. Arbeitsteilung mit qualifizierten Helferinnen und Instruktionstermine für Kleingruppen außerhalb der regulären Sprechzeit bieten sich an. Regionale Asthmaschulungsteams können helfen, Praxismitarbeiter für die Erstinstruktion zu qualifizieren, wie es bereits in regionalen DMP-Fortbildungen geschieht.

Mehr noch als für die Asthmaschulung, wo es seit Jahren praktiziert wird,

erscheint auch für die Instruktion ein Qualitätsmanagement erforderlich. Dafür – und zur Verlaufskontrolle – steht ein kurzer Beobachtungsbogen zur Verfügung [5], der die im Asthmaquartett dargestellten praktischen Fertigkeiten abfragt. Es wäre wünschenswert, bei der geplanten Neuauflage des Qualitätshandbuchs der AG Asthmaschulung auch Mindeststandards für die Instruk-

tion festzulegen und bei DMP-Verhandlungen eine angemessene Vergütung dieser Leistung zu vereinbaren.

*Dr. Thomas Nowotny
„Lufti-Team“ Rosenheim
Kinderstation Agatharied
St.-Agatha-Str. 1, 83734 Hausham
E-Mail: t.nowotny@onlinehome.de
Web: www.kinderarzt-nowotny.de*

Literatur

- [1] Nowotny T: Das Asthmaquartett: Hilfe zur Erstinstruktion asthmakrankter Kinder und Jugendlicher. *Kinder- und Jugendarzt* 2006; 37 (8):461–465
- [2] Nowotny T: Erstinstruktion: Vorgehen in Klinik und Praxis. *Praxis Asthmaschulung – Süd* 2005; 3: 3
- [3] Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma, Version 1.3, Februar 2006, S. 23; <http://www.asthma.versorgungsleitlinien.de>

- [4] Lecheler J, Gillissen A: Asthmanagement im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschr Kinderheilk* 2006; 154: 340–346
- [5] Modifiziert nach: Beobachtungsbogen zur Beurteilung von Verhaltensfertigkeiten, Asthmazentrum Buchenhöhe, nach: Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.: Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen, 2. Aufl., München 2004, S. 46–47

Vorgefertigte Materialien als Bestandteil von Instruktion und Asthmaschulung

Die Instruktions- und Schulungskiste

Thomas Spindler, Fachkliniken Wangen

Zentrale Bestandteile einer umfassenden Betreuung unserer Asthmapatienten sind eine zeitnah zur Diagnosestellung durchgeführte Instruktion sowie das Angebot einer strukturierten Asthmaschulung für die Patienten und ihre Familien.

Oft haben insbesondere niedergelassene Kolleginnen und Kollegen nach erfolgreich absolvierter Trainerausbildung erhebliche Probleme, die zur Instruktion oder Schulung benötigten Materialien

zu besorgen. Häufig müssen diese aufwändig und teuer in Einzelanfertigung produziert werden. Andere Materialien (z. B. Kriechtunnel) sind zwar käuflich zu erwerben, letztendlich fällt aber bis zum Beginn einer qualifizierten Schulung ein erheblicher organisatorischer Aufwand an, der eine ganze Reihe „schulungswilliger“ kompetenter Kollegen abhält, eine Asthmaschulung durchzuführen.

Zumindest im Bereich der im QM-Handbuch der Arbeitsgemeinschaft

Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. empfohlenen obligaten Schulungsmaterialien kann eine definierte Zusammenstellung Abhilfe schaffen. Hieraus entstand das Projekt, in Zusammenarbeit mit der Firma Astellas sowohl eine fertig zusammengestellte „Instruktionskiste“ als auch eine „Schulungskiste“ mit allen zu einem erfolgreichen Start notwendigen Hilfsmitteln zu produzieren und anzubieten. Die Instruktionskiste ist demnächst über



Abb. 1: Diese Bronchienmodelle sind wie die Gegenstände auf den anderen Abbildungen als Inhalt der Schulkiste vorgesehen.

die Firma Astellas verfügbar, die Schulkiste befindet sich in der letzten Entwicklungsphase.

Instruktionskiste

Instruktion in diesem Sinne heißt zeitnahe individuelle Anleitung des Patienten und seiner Eltern in basalen Fähigkeiten im Umgang mit Inhalationstechniken, Peak Flow sowie Notfallmanagement. Es handelt sich dabei um eine Einzel- oder Gruppenmaßnahme von etwa 60 Minuten, die vom Arzt, aber auch von einer anderen qualifizierten Fachkraft (z. B. Helferin) durchgeführt werden kann.

Die Instruktionkiste enthält alle hierfür notwendigen Materialien wie Peak-Flow-Meter, PEF-Protokolle, Inhalationsdevices (Placebos), Inhalationshilfen, Mini-Matratzenüberzug, Notfallplan sowie eine Instruktionanleitung und Merkblätter für die Patienten, Aufklärungsbögen zur Allergenvermeidung und Verordnungsbögen zum Encasing.

Schulkiste

Schulung in diesem Sinne heißt qualitätsgesicherte, evaluierte, zielgruppenspezifische Gruppenschulung gemäß QM-Handbuch der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter. Es handelt sich um eine interdisziplinäre, altersspezifische Schulung mit einem Umfang von 30 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten. Mindestens 12 davon richten sich an die

Eltern der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Mit Hilfe der Schulkiste wird die Durchführung einer qualifizierten Asthmaschulung in der Praxis so leicht wie möglich gemacht. Enthalten sind im Alltag erprobte, altersgerechte didaktische Materialien sowie ein dazugehöriges Manual. Der Einstieg in eine strukturierte Schulung in der eigenen Praxis wird so mit guten Startvoraussetzungen ermöglicht.

Die Materialien sind hochwertig und zielgruppen- bzw. altersspezifisch. Dementsprechend differenzierter sind diese Materialien im Vergleich zur Instruktion. Während bei der Instruktion lediglich das basale Management vermittelt wird, sind hier Materialien vorhanden, die die gesamten komplexen Schulungsinhalte zum Thema Asthma bronchiale verdeutlichen. Vermittelt werden müssen u. a. folgende Themen:

- Anatomie
- Physiologie
- Medikamente/Stufenplan
- Inhalationsformen/Devices
- Sport bei Asthma
- Auslöser/Auslöservermeidung
- Psychosoziale Probleme/Hilfen ...

Die Schulkiste enthält die dafür notwendigen Materialien in einer Basisausstattung, die es dem Arzt und seinem Team ermöglicht, ohne viel Vorarbeit in eine qualifizierte Schulung einzusteigen.

Aufgrund des hohen Aufwandes kann diese Kiste nicht einfach als Service der

Firma Astellas abgegeben werden. Eine Kostenbeteiligung des Arztes ist also notwendig und sicherlich auch akzeptabel, da der Arzt im Rahmen des Disease Management Programms eine extrabudgetäre Vergütung für seine Schulungsleitung erhält.

Insgesamt wird dieses Paket aus unserer Sicht dazu beitragen, Asthmaschulung nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. qualitätsgesichert und flächendeckend in Deutschland anbieten zu können.



Abb. 3: T-Shirt mit aufgedruckter Lunge.

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



Abb. 2: Bronchusringe

www.my-air.tv – Asthmanachschtung für Kinder und Jugendliche im Internet

Gerd Schauerte, CJD Asthmazentrum Berchtesgaden

Erstmals bietet eine internetbasierte Schulungsplattform eine echte Chance, unzureichende Quoten bei der Nachschulung von Asthmapatienten zu verbessern. Um den langfristigen Erfolg einer ambulanten Asthmaschulung zu sichern, ist nach sechs bis zwölf Monaten eine Nachschulung notwendig [1]. Nach Schätzungen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. beträgt die Nachschulungsrate aber nur etwa 30 Prozent. Das liegt oft am Fehlen ambulanter Schulungsmöglichkeiten im direkten Umfeld, aber auch an mangelnder Motivation. Genau hier setzt die Online-Nachschulung www.my-air.tv an. Das zukunftsweisende Angebot nutzt die ausgeprägte Affinität der Heranwachsenden zum Internet und zu Spiele-Konsolen. Es bewirkt eine nachhaltige Akzeptanz für ein immer noch stigmatisiertes und eher „uncooles“ Thema (gerade in der Pubertät). Ziele sind, die Selbstwahrnehmung, Therapietreue und soziale Kompetenz der jungen Asthmapatienten zu erhöhen und das Wissen über die eigene Erkrankung auf spannende und jugendgerechte Weise zu vertiefen.

Signifikante Effekte

Bereits im Jahr 2000 ging die erste Version der internetbasierten Asthmanachschtung ans Netz. Diese Nachschulung zeigte signifikante Effekte mit einer Reduktion der Notfälle, der Arztkonsultationen sowie der Arzneimittelkosten [2].

Das Programm my-Air.TV wurde vom CJD Asthmazentrum Berchtesgaden

gemeinsam mit dem forschenden Arzneimittelunternehmen GlaxoSmithKline, der AG Asthmaschulung und der Agentur Antwerpes & Partner entwickelt. Betreiber dieser innovativen Schulungsform ist das CJD Asthmazentrum Berchtesgaden unter der ärztlichen Leitung von Dr. Josef Lecheler. Die Inhalte, nach denen geschult wird, sind gemäß den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulungen im Kindes- und Jugendalter e.V. unter der qualitätssichernden Führung von Dr. Rüdiger Szczepanski erstellt worden.

Die DAK ist die erste deutsche Krankenkasse, die die Kosten für die Online-Nachschulung für ihre Versicherten übernimmt. Geplant ist, die internetbasierte Nachschulung auch anderen Krankenkassen zur Nutzung anzubieten.

Wissensvermittlung in spielerischer Form

Die Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche, die bereits eine Basis-Asthmaschulung durchlaufen haben. Ein wichtiger Kernbereich ist die Peak-Flow-Messung. Bei jedem Login auf www.my-air.tv erhält der Patient die Aufforderung zur Peak-Flow-Messung und zur Überprüfung der Selbstwahrnehmung. Im Bereich Wissen können die Inhalte



Abb. 1

der Asthmaschulung nachgelesen und visuell erfahren werden. Im Bereich Quiz werden das Wissen, aber auch Verhaltenskompetenzen abgefragt und wiederholt. Verschiedene Online-Spiele werden jeweils nach Bestehen eines Quiz-Levels freigeschaltet. Sie stellen eine Belohnung dar und fördern die Auseinandersetzung mit dem Thema Asthma in spielerischer Form. Die erfolgreiche Teilnahme wird durch ein Zertifikat belegt, der behandelnde Arzt erhält eine entsprechende Information.

Die Teilnahme eines Patienten an my-Air.TV ist eine verschreibungsfähige Leistung. Die Anmeldung erfolgt durch den behandelnden Arzt, der dazu einfach eine Überweisung an das CJD Asthmazentrum faxt (08652/6000-274). Innerhalb weniger Tage werden dem Patienten die Zugangsdaten für sein persönliches Login zugeschickt und die Nachschulung kann beginnen. Die Eltern von DAK-Versicherten zahlen zur Freischaltung 25 Euro. Nach erfolg-

reicher Teilnahme ihrer angemeldeten Kinder erfolgt die Rückerstattung in gleicher Höhe. Für die Einschreibung erhält der Arzt eine Aufwandspauschale in Höhe von 15 Euro vom CJD Asthmazentrum Berchtesgaden.

Beim 14. Comprix 2006 wurde www.my-air.tv mit dem GOLD AWARD für in-

novative Healthcare Communication in der Kategorie „Online-Medien“ ausgezeichnet.

*Dr. med. Gerd Schauerte
CJD Asthmazentrum Berchtesgaden
Buchenhöhe 46, 83471 Berchtesgaden
E-Mail: Gerd.Schauerte@cjd.de*

Literatur

[1] Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.: Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen, Zuckschwerdt Verlag New York 2004

[2] Runge C et al.: Outcomes of a Web-based patient education program for asthmatic children and adolescents. Chest 2006 Mar; 129 (3): 581–93

Neurodermitisschulung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis

Stephan Böse-O'Reilly¹, Caren Glück-Kretschmer¹, Imke Reese², Oliver Gießler-Fichtner³

¹Kinder- und Jugendarztpraxis, München, ²Ernährungsberatung und -therapie, München, ³Rehabilitationszentrum Gaißach

Seit einigen Jahren bieten wir in einer größeren Kinder- und Jugendarztpraxis in München mit gutem Erfolg ambulante Neurodermitisschulungen nach dem Konzept der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e.V. (AGNES) an. Im folgenden Beitrag sollen die vielen Möglichkeiten und die wenigen Grenzen von ambulanten Schulungen näher aufgezeigt werden.

Ausgangspunkt für die Durchführung einer Neurodermitisschulung in unserer Praxis war der Wunsch, in Anlehnung an die bereits bestehende Asthmaschulung auch ein Schulungsangebot für Neurodermitispatienten zu entwickeln und zu etablieren.

Die kompetente Ausbildung zum Neurodermitistrainer an der Neurodermitisakademie Osnabrück war dazu ein gelungener Auftakt. Kurzweilig und gleichzeitig sehr informativ wurde das gesamte Spektrum der Neurodermitisbehandlung dargestellt. Neu war für mich als Arzt vor allem die ganzheitliche und interdisziplinäre

Sichtweise des Krankheitsbildes. So fühlte ich mich früher bei schweren Neurodermitisfällen häufig hilflos, ob ich wieder einmal die Salbe wechseln oder doch zum Dermatologen überweisen sollte. Mehr fiel mir damals oft nicht ein.

Sechs Unterrichtseinheiten

Die Patientenschulung über 12 x 60 Minuten bietet die Möglichkeit, sich viel intensiver mit dem Krankheitsbild der Patienten zu beschäftigen und es damit zu verstehen. Kleine Gruppen von vier bis acht Familien – meist ein Elternteil, manchmal beide – kommen freitags abends nach der Sprechstunde für sechs Doppelstunden in die Praxis. Wie von der Altersverteilung der Neurodermitis zu erwarten, sind es meistens Familien mit Kindern bis zum Vorschulalter, so dass wir bislang, von wenigen Ausnahmen abgesehen, vor allem die Eltern von Patienten bis sieben Jahre geschult haben. Zwei Unterrichtseinheiten wer-

den vom Psychologen und Arzt gemeinsam durchgeführt. Themen sind „Was ist Neurodermitis?“, „Juckreiz-Kratz-Zirkel“ und vor allem die „Krankheitsbedeutung für das ganze System Familie“. Je eine Einheit schulen der Psychologe und der Arzt alleine (Wissensvermittlung und Krankheitsmanagement).

In der Unterrichtseinheit zur Pflege bei Neurodermitis bekommen die Eltern einen Überblick über die Wirkungsweise der verschiedenen Pflegemittelgruppen. Sie testen verschiedene Pflegemittel und bekommen so Entscheidungshilfen, um im entsprechenden Stadium der Erkrankung selbst eine individuelle Pflege anzuwenden. Diese Einheit lebt sehr vom Erfahrungsaustausch unter den Eltern und von praktischen Tipps und Übungen.

Viele Fragen haben die Eltern auch an unsere Öcotrophologin, die den Eltern Mut macht, auf übertriebene Diäten zu verzichten, und bei tatsächlich vorliegenden Allergien praktische Hinweise für den Alltag bietet.

Ängste abbauen

Interessant ist der Wochenbogen, den die Familien zwischen den Terminen ausfüllen. In diesem Bogen wird neben Fragen zur Hautpflege und zum Auftreten von Juckreiz auch nach dem Umgang mit sich selbst (z. B. „Was haben sie sich Gutes getan?“) gefragt.

Die dazu stattfindenden Elternrunden haben uns erst das ganze Ausmaß der Krankheit gezeigt. Manche Ehepaare waren seit Jahren nicht mehr gemeinsam im Kino, weil sie z. B. Angst hatten, dass selbst der beste Babysitter dem Kind

mitbringen. Durch die Erfahrungsberichte von anderen Familien, gerade auch zu alternativen Therapieverfahren, verlieren die Eltern oft die Sorge, sie hätten nicht alles Erdenkliche für ihr erkranktes Kind getan. Auch nach wie vor bestehende Cortisonängste können hier besprochen, kommentiert und schließlich relativiert werden. So ist es nicht selten, dass sich Eltern von anderen Eltern überzeugen lassen, dass ein cortisonhaltiges Präparat zur rechten Zeit sehr hilfreich sein kann. Aus dem Kurs heraus haben sich auch einzelne Gruppen von Eltern entwickelt, die sich weiterhin abends in der Praxis treffen und das Thema im Sinne einer Selbsthilfegruppe weiter verfolgen.

Grenzen der Schulung

Manchmal sind Eltern ein wenig enttäuscht, dass wir ihnen auch in dieser Schulung kein „Wundermittel“ nennen können, nicht einmal konkret das eine richtige Medikament, das richtige Pflegemittel oder die endlich alles bessernde Diät. Grenzen erfährt die Schulung bei Familien, deren Kinder eine sehr starke Neurodermitis haben oder in denen es Probleme im Miteinander gibt, die

nicht ohne therapeutische Hilfe zu lösen sind. Wir können diese Familien im Rahmen der Schulung allerdings ermutigen, Gespräche über Hilfsangebote in unserer Praxis oder bei anderen Fachpersonen in Anspruch zu nehmen.

In der Regel werden die Kosten für eine Neurodermitisschulung von den Krankenkassen übernommen. Kostenersatzanträge stellen wir analog zur Asthmaschulung, was zu einer relativ umständlichen und verwaltungssintensiven Abrechnung führt.

Begrenzend ist die oft schwierige „Anwerbung der Eltern“: Von 20 in Frage kommenden Familien ist nur jede vierte zu einer Teilnahme zu motivieren. Aus anderen Praxen verirrt sich nur selten ein Patient in die Schulung. Mittlerweile haben wir ein Poster in der Praxis ausge-

hängt und verteilen einen Flyer als Werbemaßnahme.

Darüber hinaus bieten wir in der Praxis auch „Einzelbehandlungen“ an, nicht nur in der ärztlichen Sprechstunde, sondern auch als pflegerische, psychologische oder ernährungstherapeutische Beratung. Diese Koppelung von Schulung und Instruktion hilft den schwer betroffenen Familien sehr, die meist extrem belastende Erkrankung besser zu bewältigen. Schön wäre es, wenn diese Instruktion wie die Schulung Eingang in die Regelversorgung finden würde.

Fazit

Zusammenfassend ist die ambulante Neurodermitisschulung in der Praxis ein gutes Instrument zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Kinder. Die Konzepte und Materialien von AGNES sind in der Praxis gut anzuwenden.

Das Schulungsteam:

*Dr. med. Stephan Böse-O'Reilly
Kinder- und Jugendarzt, Umweltmedizin
Master of Public Health post.grad.
Implerstr. 23, 81371 München
E-Mail: sb@die-kinderaerzte.com
Web: www.die-kinderaerzte.com*

*Caren Glück-Kretschmer
Kinderkrankenschwester, Lehrkrankenschwester, Asthmatrainerin
Implerstr. 23, 81371 München
E-Mail: Glueck-Kretschmer@die-kinderaerzte.com
Web: www.die-kinderaerzte.com*

*Dr. Imke Reese, Diplom-Oecotrophologin
Ernährungsberatung und -therapie
Schwerpunkt Allergologie
Bismarckstr. 24, 80803 München
E-Mail: info@ernaehrung-allergologie.de
Web: www.ernaehrung-allergologie.de*

*Dipl.-Psych. Oliver Gießler-Fichtner
Klinischer Psychologe
Rehabilitationszentrum Gaißach
83674 Gaißach
E-Mail: oliver-arnold.giessler-fichtner@drv-oberbayern.de
Web: www.rehazentrum-gaissach.de*



Neurodermitisschulung: Was selbst erarbeitet wird, kann danach besser umgesetzt werden.

etwas Falsches zu essen geben könnte. Durch den Erfahrungsaustausch mit anderen Familien können den betroffenen Eltern solche Ängste oftmals genommen werden. Schließlich bestimmt vor allem die Alltagsbewältigung darüber, wie hoch die Lebensqualität des Patienten und seines ganzen Umfeldes eingeschätzt wird.

Erfahrungen austauschen

Die Familien kommen gerne zu den Schulungsterminen, sind meist bereits sehr gut vorinformiert und hochmotiviert. In der Schulungsgruppe gibt es einen sehr regen Austausch zwischen Eltern, deren Kinder erst seit kurzem an Neurodermitis leiden, und Eltern, die bereits eine längere Krankheitserfahrung

Kratzalternativen

Christine Mell, Fachkliniken Wangen

Juckreiz und Kratzen

Im Alltag eines jeden an Neurodermitis erkrankten Kindes ist der Juckreiz das meist quälendste und belastendste Symptom. Der Juckreiz kann durch ganz individuelle Auslöser wie Nahrungsmittelallergene, Gräser, Pollen, Hausstaubmilben, Tierhaare, chemische oder mechanische Reize, Klima, psychische Stresssituationen o.a. hervorgerufen werden. Es kommt immer wieder zu anhaltenden Juckreizattacken, aus denen das betroffene Kind teilweise kaum noch einen Ausweg findet. Die natürlichste menschliche Reaktion, auf eine Juckreizempfindung zu reagieren, ist das Kratzen. Das Kratzverhalten soll das Juckreizempfinden reduzieren, kann die Haut jedoch gleichzeitig sensibilisieren, reizen oder sogar verletzen und schädigen. Es besteht eine enge Kopplung zwischen Juckreiz, Kratzen und Schädigung der Haut, denn die aufgekratzte, empfindliche Haut nimmt Juckreiz schneller und intensiver wahr und verstärkt dadurch den Kratzimpuls. Das Kratzverhalten selbst kann Juckreiz auslösende Histamine in der Haut freisetzen und auch die geschädigte Haut löst erneut Juckreiz aus, wenn der Abheilungsprozess einsetzt.

Das Kratzverhalten, das eigentlich eine Symptomerleichterung bewirken soll, trägt also vielmehr zur Verschlechterung des Hautbildes und zur Verstärkung des Juckreizes bei. Um die Krankheitssymptome durch eigenes Verhalten nicht noch auszuweiten und zu verstärken, sollten die Neurodermitispatienten alternative Verhaltensmöglichkeiten zum Kratzen anwenden. Dies verlangt jedoch, dass die automatische Körperreaktion – auf ein Juckreizempfinden hin zu kratzen

– zunächst bewusst wahrgenommen werden muss, um kontrolliert und dann durch weniger schädigende Kratzalternativen ersetzt werden zu können.

Je nach Intensität des Juckreizes unterscheidet man verschiedene Kratzarten, die

- o unbewusst ablaufen wie das Gewohnheitskratzen,
- o halbbewusst ablaufen wie beim leichten Kratzen,
- o bewusst ablaufen wie beim Wahlkratzen, wo der Juckreiz mittelschwer wahrgenommen und das Kratzen durch bewusste Kontrolle eingesetzt wird oder aber durch andere Umgangsmöglichkeiten ersetzt werden kann,
- o sehr bewusst ablaufen wie beim Musskratzen, wo der Juckreiz so quälend und unerträglich ist und so intensiv wahrgenommen wird, dass dem Betroffenen keine Wahl bleibt, als sich so stark zu kratzen, dass es zur ekstatischen Spannungsentladung kommt, bei der die Haut häufig extrem verletzt wird und das Schmerzempfinden und das Bluten der Haut leichter zu ertragen sind als ein Andauern dieses intensiven Juckreizes.

Je nach Intensität des Juckreizes und den verschiedenen daraus resultierenden Kratzarten mit ihren unterschiedlichen Möglichkeiten der bewussten Kontrolle können die im Folgenden beschriebenen Kratzalternativen teils häufiger, teils weniger häufig zum Einsatz kommen. Grundvoraussetzung ist jedoch, alle Möglichkeiten, die dazu beitragen, die juckende Haut weniger zu schädigen, erst einmal zu kennen, um sie ausprobieren, üben und, wenn es die Juckreiz-

stärke zulässt, dann auch anwenden zu können.

Kratzalternativen

Um die empfindliche und häufig juckende neurodermitiserkrankte Haut weniger zu verletzen, sollte grundsätzlich darauf geachtet werden, dass die Fingernägel kurz geschnitten und gefeilt sind, so dass die Haut beim Kratzen nicht durch scharfkantige Fingernägel übermäßig geschädigt wird.

Statt mit den Fingernägeln zu kratzen, können verschiedene Handbewegungen eingesetzt werden, die der juckenden Haut einen Reiz bieten, sie aber weniger verletzen:

- **Klopfen, Reiben, Drücken:** Klopfen, Reiben und Drücken kann man die betreffende Hautstelle mit der flachen Hand oder der Faust, mit zwei Fingern oder auch mit Hilfe eines Gegenstandes (Heft, Lineal, Löffel, Tuch o.ä.).
- **Streicheln:** Streicheln kann man die juckende Hautstelle mit den Fingerspitzen, mit einer Feder oder einem weichen Tuch.
- **Kneifen, Ziepen:** Der juckenden Hautstelle wird ein Reiz geboten, in-



Abb. 1: Klopfen, Reiben, Drücken



Abb. 2: Kneifen, Ziepen

dem mit den weichen Fingerkuppen eine Hautfalte geformt und leicht gezogen wird.

- **Massieren, Kneten:** Die betroffene Hautstelle wird mit den Fingern, den Handflächen oder den Fäusten bearbeitet. Es können auch Hilfsmittel wie Igelbälle benutzt werden.
- Zur Reduzierung eines Juckreizempfindens kann auch ein **Temperaturreiz** an der betreffenden Hautstelle gesetzt werden:
 - **Kühlen:** Zum Kühlen der juckenden Haut verwendet man Cool-Packs (kühlende Gelkissen), Kühlakkus, ein weiches Tuch oder einen Waschlappen, der zuvor mit kaltem Wasser getränkt. Aber auch kühlende Metallgegenstände wie Esslöffel oder Becher können auf die juckende Hautstelle gelegt werden. Durch Pusten oder den Einsatz eines Ventilators kann kühle Luft den Juckreiz reduzieren. Ebenso können natürlich kühlende Gels oder Cremes zur Juckreizlinderung eingesetzt werden.
 - Warme oder gar heiße Temperaturreize, z. B. heißes fließendes Wasser oder Bäder, wie sie teilweise von erwachsenen Neurodermitispatienten angewendet werden, sind bei Kindern nicht zu empfehlen, da die Unfallgefahr durch eine Fehleinschätzung der Temperatur zu groß ist.

Kinder können auch angeleitet werden, den Kratzimpuls, der durch den Juckreiz ausgelöst wird, auf andere Hautstellen oder Gegenstände **umzulenken**, so dass

die juckende und meist schon empfindliche oder verletzte Hautstelle nicht noch weiter geschädigt wird. Das Kind kann lernen, die gesunde Haut neben der juckenden Hautstelle zu kratzen, oder es kratzt andere Objekte wie ein extra hierfür bestimmtes Kuscheltier oder Gegenstände in der direkten Umgebung wie Tisch, Stuhl oder Sofa. Der Kratzimpuls kann auch durch Kratzen auf Kleidungsstücken wie Jeans und Pulli umgelenkt und reduziert werden.

Zur Umlenkung eines Kratzverhaltens kann auch ein Kratzklötzchen eingesetzt werden. Dies ist ein Stück Holz, das man in einer Größe wählen sollte, dass es gut von der Kinderhand umschlossen werden kann. Das Holz wird mit einem weichen Leder überzogen oder beklebt, da sich Leder ähnlich wie die menschliche Haut anfühlt. Das Kind sollte das Kratzklötzchen am besten in der Hosentasche mit sich tragen, um bei einer Juckreizattacke das Kratzen auf das Klötzchen umlenken zu können.

Wenn der Juckreiz nicht zu stark und eine bewusste Kontrolle möglich ist, kann sich das Kind auch **ablenken**. Es kann lernen, sich selbst vom Kratzen abzuhalten, indem es sich auf Beschäftigungen konzentriert, die am besten mit Handbewegungen verknüpft sind, z. B. Kneten der Hände, Rollen von Igelbällen in den Händen, Basteln, Malen, Karten- oder Klavierspielen.

Es kann auch hilfreich sein, sich durch aktive, sportliche Bewegungen vom Kratzen abzuhalten. Kinder haben oft phantasievolle Ideen, was sie tun könnten, um sich vom Juckreiz abzulenken und das Kratzen zu vermeiden. Sie machen Purzelbäume, toben im Kissenberg, spielen Ball, reduzieren ihre Anspannung am Boxsack oder gehen zum Rollerbladen. Manchmal brauchen sie aber auch Anregungen von Eltern, anderen Betroffenen oder vom Arzt, was sie an ablenkenden Bewegungsspielen ausprobieren könnten.

Wichtig ist, dass Eltern, Geschwister oder andere enge Bezugspersonen nicht

aktiv Ablenkungsmanöver gestalten, da die Kinder sonst lernen: „Immer wenn ich mich kratze, lassen Mama oder Papa alles stehen und liegen, wenden sich mir zu und unternehmen etwas Schönes mit mir.“ Enge Bezugspersonen sollten Anregungen zum Ablenken geben, den Kratzattacken des Kindes aber nicht wiederholt ihre volle Aufmerksamkeit widmen, da die Kinder sonst versucht sind, das Kratzen bewusst einzusetzen, wenn ihnen langweilig ist und sie die anderen durch das Kratzen zu einer gemeinsamen Spielaktion bewegen wollen. Auf diese Weise würde sich das Kratzverhalten eher verstärken.

Um das Juckreizempfinden zu reduzieren und das Kratzverhalten zu vermindern, können auch **autosuggestive Verfahren** eingesetzt werden. Den Kindern kann mit Hilfe von Phantasiereisen oder in Kombination mit Übungen des Autogenen Trainings ein inneres Bild aufgezeigt werden, das Kühle vermittelt (kühler Bergbach, Wasserfall, Schnee- oder Eislandschaft, kalte Dusche etc.). Ebenso kann ein innerer Satz wie „Die Haut ist angenehm kühl“ eingeübt und



Abb. 3: Massieren, Kneten

als Möglichkeit zur Juckreizlinderung eingesetzt werden.

Entspannungstechniken in allen Varianten, angelehnt an das Autogene Training oder die Progressive Muskelrelaxation, Phantasie- und Märchenreisen, Bewegungsspiele zum Spannungsabbau, Yoga für Kinder, Mandalas ausmalen und viele andere Beschäftigungen unterstützen die Kinder nicht nur durch ein reduziertes Kratzverhalten, sondern

insgesamt in ihrer Lebenssituation. Das regelmäßige Einsetzen von Entspannungsverfahren im Familienalltag des neurodermitiskranken Kindes kann Stressauslöser reduzieren und sich auch entspannend auf den alltäglichen Umgang mit der Krankheit, z.B. in den Eincrem-Situationen, auswirken. Die gesamte Familienatmosphäre kann von gezielt gestalteten Entspannungsphasen mit dem Kind profitieren, wodurch auch das Kind in seinem Alltag wiederum gestärkt wird.

Die Spannung im Kind, die durch heftigen Juckreiz gesteigert wird, kann auch durch gefühlsmäßiges oder körperliches **Abreagieren** reduziert werden. Dienlich sind hierzu Rollenspiele zum Gefühls-

ausdruck, eine Kissenschlacht oder ein Boxsack, an dem sich das Kind richtig abreagieren und auspowern darf.

Eine hilfreiche Schutzmaßnahme für die Haut kann auch das Tragen von Baumwollhandschuhen, Neurodermitischlafanzügen und Langarm-T-Shirts sein, um beim Kratzen den direkten Kontakt der scharfkantigen Fingernägel mit der empfindlichen Haut zu vermeiden.

Bei der Vielzahl an Kratzalternativen sollte jedoch nicht vergessen werden, dass der Juckreiz in manchen Situationen so stark ist, dass das neurodermitiskranke Kind keine dieser Alternativen als hilfreich empfindet und auch leichtes Kratzen nicht mehr erleichternd wirkt. In solchen extremen Situationen sollte dem

Kind erlaubt werden, sich auch einmal aggressiv kratzen zu dürfen, auch wenn die Haut verletzt werden und sogar bluten könnte und nach der Kratzattacke wieder vermehrter Pflege bedarf.

*Dipl.-Psych. Christine Mell
Fachkliniken Wangen
Waldburg-Zeil-Kliniken
Am Vogelherd 14, 88239 Wangen
E-Mail: cmell@wz-kliniken.de*

Literatur

- [1] Borelli S, Rakoski J: Neurodermitis; Falken, 1996.
- [2] Pliske A, Riemann-Lorenz K, Simeit R: Neurodermitis bei Kindern. Spektrum, Akadem. Verlag, 1994.

Therapie des Atopischen Ekzems mit Basisexterna – ein kurzer Leitfaden

Susanne Niemann, Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift Hamburg

Das Atopische Ekzem (AE) ist pathogenetisch durch eine Störung der epidermalen Lipidbarriere und eine chronische Stimulation der kutanen Entzündungsreaktion gekennzeichnet. Aus diesen beiden Faktoren resultieren die klinischen Symptome von Trockenheit, Rötung und Juckreiz der Haut sowie die Neigung zu bakteriellen und viralen Superinfektionen. Eine gute Hautpflege – besser: Basistherapie – kann alle genannten Symptome positiv beeinflussen. In der Tat konnte gezeigt werden, dass

bei regelmäßiger Hautpflege der Bedarf an topischen Steroiden sinkt [1]. Die Basistherapie stellt daher neben der anti-entzündlichen Therapie die wichtigste Säule der Behandlung des Atopischen Ekzems dar.

Basistherapie des Atopischen Ekzems

Die an Krankheitsstadium, Lokalisation, Alter und Jahreszeit adaptierte Hautpflege stellt einen obligaten Bestandteil der Therapie des AE dar [2].

Durch die topische Applikation geeigneter Grundlagen können Struktur und Funktion der Epidermis beeinflusst werden. Die Basistherapie ist sowohl im symptomfreien Intervall als auch beim Auftreten von Hauterscheinungen notwendig und sollte alle Faktoren beeinflussen, die die Entzündungsreaktion des AE unterhalten. Dies betrifft die Störung des epidermalen Lipidstoffwechsels, die gestörte Permeabilitätsbarriere und die Verminderung natürlicher Feuchthaltefaktoren („moisturizer“). Durch die

Addition von Zusätzen kann zudem eine antiseptische, antiinflammatorische und/oder antipruritische Wirkung erzielt werden. Schwerpunkte der Basistherapie sind die Vermeidung weiterer Dehydrierung und eine ständige Rückfettung. Diese führt zur Wiederherstellung einer epidermalen Differenzierung, erzielt eine „Beruhigung“ der affektierten Haut und kann somit den Juckreiz-Kratz-Zirkel unterbrechen und weiteren Sekundärschäden (Narben, bakterielle Superinfektionen, Schlafentzug) vorbeugen. Neben den Faktoren Stadium, Lokalisation, Alter und Jahreszeit müssen auch die Penetrationseigenschaften von Wirkstoffen am jeweiligen Wirkort berücksichtigt werden, um ein akzeptables Konzentrations-Zeit-Profil zu ermöglichen, das über die lokale Bioverfügbarkeit der Wirksubstanz entscheidet und Voraussetzung für einen therapeutischen Effekt ist.

Grundlagen der äußerlichen Dermatotherapie

Zur Behandlung der verschiedenen Erkrankungsstadien des Atopischen Ekzems reichen wenige Grundlagen aus. Erfahrungen mit fünf bis zehn eingesetzten Grundlagen sind besser als eine unkontrollierte Polypragmasie. Die unterschiedlichen Vehikelsysteme werden vereinfachend entweder der Gruppe der

hydrophoben (lipophilen) Salben vom W/O-Typ oder den hydrophilen Salben vom O/W-Typ zugeordnet, obwohl es viele Übergänge zwischen beiden Typen gibt. Als Grundlage kommen feste Stoffe (Puder, Schüttelmixturen), Flüssigkeiten (Lösungen) und streichfähige Fette oder Öle in Frage. Streichfähige Grundlagen (Salben, Cremes, Gele, Pasten) sind aus zwei Phasen zusammengesetzt und verfügen in der Regel über Hilfsstoffe, die einerseits der Phasenvermittlung (Emulgatoren) und andererseits der Stabilität dienen [3–5]. Mit Hilfe von standardisierten Magistralrezepturen wird der therapeutische Handlungsspielraum des Arztes vergrößert. Diese Magistralrezepturen sind im deutschen Arzneimittelbuch (DAB) unter Einschluss der europäischen Arzneimittelbücher, im deutschen Arzneimittelcodex (DAC) und in den Neuen Rezeptur Formularien (NRF) zusammengefasst [3–5].

1. Hydrophobe Grundlagen

Durch die lipophile Grundlage kommt es zur raschen funktionellen Substitution der Barriere durch Überzug der Haut mit einer lipophilen Schutzschicht, die den transepidermalen Wasserverlust vermindert, die Hautoberfläche glättet und dadurch Spannungsgefühl und Juckreiz mindert. Die Anwendung hydrophober Präparationen ist bei sehr trockener

Haut und chronisch-lichenifizierten Ekzemherden indiziert.

Vaseline album

Als sehr fette Grundlage wirkt Vaseline abdeckend und dadurch penetrationsfördernd. Vaseline ist als Decksalbe sowie als Grundlage für emulgatorhaltige lipophile Cremes geeignet. Beim AE ist sie zur Lippenpflege oder zum Abweichen von Krusten sinnvoll. Nachteilig ist der Okklusionseffekt, durch den Follikulitiden begünstigt und bei noch florider Dermatitis der Juckreiz gefördert werden kann. Durch Zusatz von Salicylsäure (1–5%) oder Harnstoff (5–20%) entsteht ein keratolytischer Effekt. Zur Hautbasispflege ist reine Vaseline nicht geeignet.

Wollwachsalkoholsalbe DAB (Eucerin anhydricum)

Eucerin anhydricum entspricht der Standardsalbe des DAB und ist mit vielen Zusätzen gut mischbar. Wollwachsalkohole unterliegen jedoch leicht der Autooxidation und können als Kontaktallergen wirken. Indikation sind chronisch-lichenifizierte Ekzeme.

Kühlsalbe DAB (Unguentum leniens, Unguentum molle, Lanolin DAB 9)

Kühlsalbe DAB wirkt stauend, d.h. dass die Strömungsrichtung der Haut-

feuchtigkeit nach innen gerichtet ist. Der Okklusionseffekt ist jedoch deutlich geringer als bei Vaseline. Trotzdem ist die Kühlsalbe entgegen ihres (irreführenden) Namens für die Behandlung des akuten oder subakuten Ekzems nicht geeignet.

Hydrophobe Basiscreme DAC (NRF 11.104)

Diese Creme ist weniger okklusiv als die vorgenannten und zudem wollwachsfrei. Sie eignet sich hervorragend zur dauerhaften Basispflege jenseits des akuten Stadiums. Die Beimengung von 10% Glycerin ist in jedem Fall, die Zugabe von 10–15% Öl (z. B. Nachtkerzensamenöl) bei sehr trockener Haut, d. h. im chronischen Ekzemstadium, sinnvoll. Bei Kindern mit rezidivierenden kutanen Infektionen kann vorübergehend 1 (bis max. 2) % Triclosan in die Salbengrundlage gemischt werden.

2. Ambiphile Grundlagen

„Amphiphil“ ist eine Grundlage, die sowohl mit Wasser als auch mit Fett in variabler Konzentration gemischt werden kann.

Basiscreme DAC

Durch Erhöhung des Wasseranteils entstehen hydrophile Zubereitungen, durch Zusatz von mehr Fett lipophile Cremes; Basiscreme DAC steht in der Mitte zwischen W/O- und O/W-Vehikeln. Aufgrund dieser ambiphilen Eigenschaften kann sie in bei verschiedenen Hautzuständen verordnet werden. Sie ist gut verstreichbar, leicht kühlend und haftet gut. Sie ist in der „Pflegetherapie“ des AE sehr gut einzusetzen. Nachteil ist ihr Emulgatorgehalt; ohne weitere Zusätze (10% Glycerin, bei trockener Haut Öle) besteht daher die Gefahr, dass der Haut Fette entzogen (!) werden.

3. Hydrophile Grundlagen

Hydrophile Grundlagen sind bei akuten und subakuten Krankheitszuständen indiziert. Bei ihnen stehen primär Kühlung und dadurch Beruhigung der Haut im Vordergrund; die teils sehr geringen Fettbeimengungen verhindern die Austrocknung, sind aber z. T. in ihrer

Konzentration nicht für eine rückfettende Langzeittherapie geeignet.

Wasserhaltige hydrophile Salbe DAB (Unguentum emulsificans aquosum/UEA)

UEA ist sehr gut verstreichbar, kühlend, wasserlöslich, zieht gut ein und wird von den Patienten im akuten Ekzemstadium meist als „angenehm“, bei trockener Haut aber als austrocknend empfunden. Ihr Wassergehalt liegt bei 70%. Eine kühle Lagerung ist aufgrund des schnellen Verfalls erforderlich. *Cave:* „Hydrophile Salbe DAB“ (ohne den Zusatz „wasserhaltig“) besitzt ähnliche Eigenschaften wie Vaseline. Der Emulgator Cetystearylalkohol erhöht die Hautaffinität und Wirkstoffabgabe.

Lotionen (Emulsionsgrundlage nach NRF 11.47)

Lotionen haben eine hohe Kühleigenschaft; ihre Indikationen gleichen jenen der wasserhaltigen hydrophilen Salbe.

4. Lösungen

Lösungen wirken kühlend, reinigend und austrocknend und sind entsprechend für exsudative Ekzeme ideal. Sinnvoll sind antiseptische Zusätze/Farbstoffe wie Methylrosaniliniumchlorid 0,1% (NRF 11.69), Eosin 0,5% und Adstringentien (Tamole, z. B. Tannolact®) oder Antiseptika (z. B. Chlorhexidin).

5. Schüttelmixturen und Puder

Schüttelmixturen auf wässriger Basis (Lotia alba aquosa) nach NRF 11.22 erzielen durch Verdunstung ihres wässrigen Anteils eine kühlende, Juckreiz lindernde und milde antiinflammatorische Wirkung; zu dickes Auftragen führt zu Wärmestau. *Cave:* Der Begriff „Lotio“ ist in der Dermatotherapie doppelt besetzt (flüssige Öl-in-Wasser-Emulsion und Schüttelmixtur). Puder sollten aufgrund fehlender Wirkpotenz und möglicher Fremdkörperreaktionen nicht mehr angewendet werden.

6. Pasten

Pasten können Flüssigkeit binden und wirken somit austrocknend, aber auch

entzündungshemmend. Je nach Mischverhältnis von fest zu flüssig unterscheidet man harte Pasten (Zinksalbe DAB) und weiche Pasten (pasta zinci mollis). Unerwünschte Nebenwirkung kann ein Okklusionseffekt mit Mazeration sein.

7. Moisturizer

Moisturizer sind in der Basistherapie des AE unverzichtbar. Diese Stoffe, die der Salbengrundlage hinzugefügt werden, binden Wasser im Stratum corneum.

Harnstoff (Urea pura)

Neben dem hydratisierenden Effekt hat Harnstoff konzentrationsabhängig weitere Effekte: Förderung der Penetration von Wirkstoffen in die Haut, Juckreizminderung (ab 5%), Keratolyse (ab 10%).

Harnstoff kann im Vehikel auskristallisieren und wirkt dann irritativ [2, 5]. Im Säuglings- und Kleinkindalter führen Harnstoffzubereitungen häufig zu Brennen und Missempfindungen („stinging effect“). Harnstoff sollte daher frühestens ab dem 3. Lebensjahr (3–4%) eingesetzt werden (ab 4./5. Lebensjahr 5%). Auf gereizter Haut und im akut nässenden Ekzemstadium ist Harnstoff kontraindiziert.

Glyzerin (Glycerol)

Glyzerin ist ohnehin Bestandteil vieler Externa, weil es deren Streichfähigkeit erhöht. In Konzentrationen von 10 (5–15) % wirkt es hydratisierend. Da es im Unterschied zu Urea keinen Irritationseffekt hat, ist Glyzerin als Moisturizer insbesondere im Säuglings- und Kleinkindesalter geeignet. Bei älteren Kindern kann es gut mit Harnstoff kombiniert werden.

Essenzielle Fettsäuren (Nachtkerzensamenöl, Sonnenblumenöl, Borretschöl)

Essenzielle Fettsäuren werden hauptsächlich in den epidermalen Phospholipiden gefunden, v. a. Linolsäure, die in hohen Konzentrationen in den o. g. Ölen enthalten ist [6]. Der zusätzliche hydratisierende Effekt z. B. von Nachtkerzen-

Basistherapie bei Kindern mit AE in Abhängigkeit von Ekzemstadium und Alter

Alter	Akut-exsudatives Stadium	Subakutes Stadium	Chronisches Stadium
Allgemein (alters-unabhängig)	Schwarzteeumschläge für 24-36 Std., anschließend Beginn mit F/F Tägliche Ölbäder	hydrophile Creme/Lipolotio 1-2x/Woche Ölbad	Cremesalbe/Salbe 1-2x/Woche Ölbad
1. und 2. Lebensjahr	ab Tag 3: + Triclosan 1% oder Methylrosanilin 0,1% (NRF 11.69) hydrophile Salbe DAB 4-6x tägl.	Moisturizer: Glycerol 10% (+ Polidocanol 5% (juckreizlindernd)) (+ Zinc. Oxid. 5.0) (+ Dexpanthenol 5%)	Moisturizer: Glycerol 10% (+ NKS-Öl 10%) (+ Dexpanthenol 5%)
Vorschulalter	ab Tag 3: + Triclosan 1-2% oder Methylrosanilin 0,1% (NRF 11.69) hydrophile Salbe DAB 4-6x tägl.	Moisturizer: Glycerol 10% (+ Polidocanol 5% (juckreizlindernd)) (+ Zinc. Oxid. 5.0) (+ Dexpanthenol 5%)	Moisturizer: Harnstoff 3-5%
Ab 6 Jahren	ab Tag 3: + Triclosan 1-2% oder Methylrosanilin 0,1-0,3% hydrophile Salbe DAB 4-6x tägl.	Moisturizer: Glycerol 10% +/- Harnstoff 3-5%	Moisturizer: Glycerol 10% +/- Harnstoff 5-10%

* F/F= fett-feuchte Behandlung mit Trikot Schlauchverbänden

Das fett-feuchte Behandlungskonzept (F/F) hat sich in der Anwendung bei nicht nässendem akut exazerbiertem AE sehr bewährt. Die angepassten Schlauchverbände (z. B. Tubifast® oder Coverflex®) bestehen aus feuchtigkeitsresorbierenden Viskosematerialien. Direkt auf die Haut wird die Basispflege aufgetragen. Anschließend wird der zuvor mit lauwarmen Wasser durchfeuchtete (nicht nasse) Schlauchverband angelegt. Eine zweite Lage des Schlauchverbandes wird trocken darüber gezogen. Dieser F/F-Verband sollte im akuten Stadium rund um die Uhr getragen, die Creme nach 6-8 Stunden Einwirkzeit erneuert werden. Dieses Verfahren ist bei viraler oder bakterieller Superinfektion nicht geeignet. Neben einem „semiokklusiven Effekt“ können schwere Juckreizattacken sehr gut unterbunden werden.

samenöl (10-20%) ist im Vergleich zu Harnstoff und Glycerol allenfalls marginal.

8. Antiseptika

Die Mehrzahl der an einem AE erkrankten Patienten ist mit *S. aureus* kolonisiert. Bakterielle Superinfektionen, deren klinisches Spektrum von umschriebenen, oberflächlichen Infektionen bis zu schweren Septikämien reicht, sind häufig. Bei Kindern mit rezidivierenden kutanen Infektionen ist eine Rezidivprophylaxe mit topischen Antiseptika indiziert.

Triclosan (1-2%)

Triclosan hat als halogeniertes Diphenylalkan ein antimikrobielles Wirkungsspektrum, das insbesondere die in der Dermatologie wichtigen grampositiven Keime und Hefen abdeckt. Als lipophile Verbindung löst sich Triclosan in Wasser praktisch nicht, kann jedoch einer hydrophoben Grundlage (z. B. hydrophobe Basiscreme DAC, NRF 11.104) beigemischt

werden. Triclosan, das auch in vielen kommerziellen Produkten (Cremes, Shampoos, Deostiften, Zahnpasten etc.) enthalten ist, gilt zwar als toxikologisch unbedenklich, kann jedoch zu einem gewissen Grade die Haut penetrieren, so dass bei großflächiger Anwendung eine systemische Resorption nicht völlig auszuschließen ist. Aus diesem Grund und da höhere Konzentrationen häufig irritierend wirken, sollte die Triclosan-Konzentration bei Kleinkindern 1% nicht überschreiten und die Anwendungsdauer auf drei bis sechs Monate reduziert werden.

Methylrosaniliniumchlorid-Lösung 0,1 oder 0,5% (NRF 11.69) und Ethanolhaltige Fuchsin-Lösung 0,5% (NRF 11.26)

Diese Farbstofflösungen stehen in gereinigter und standardisierter Lösung zur Verfügung. Indikation sind superinfizierte nässende Ekzeme. Die Substanzen wirken bakterio- und mykostatatisch. Sie sollten nur kleinflächig

angewendet werden. Bei großflächigen Wunden können Farbstoffe granulationshemmend wirken.

Hydrophile Chlorhexidinguconatcreme 1% (NRF 11.116)

Chlorhexidinguconatcreme kann bei kleinflächigen kutanen Superinfektionen verwendet werden. Es gilt als toxikologisch unbedenklich, wird auch in der Nabelpflege des Neugeborenen verwendet und wirkt nicht granulationshemmend.

Grundsätze der Hautpflege bei Kindern mit AE

Immer noch gilt der alte dermatologische Grundsatz für die Lokalthherapie: „Feucht auf feucht, trocken auf trocken“. Die Wahl der Grundlage richtet sich nach Ekzemstadium, Behandlungsregion, Hauttyp und individueller Verträglichkeit des Patienten, um nicht einen gegenteiligen Effekt bzw. eine Verschlechterung des Hautzustandes zu riskieren. Grundsätzlich muss eine Basispflege mindes-

tens zweimal täglich durchgeführt werden. Insbesondere nach dem Baden oder Duschen ist eine häufigere Anwendung notwendig. Die Menge der benötigten Basispflege wird häufig unterschätzt. In der Berechnung des Salbenbedarfs helfen sogenannte „finger tipp units“. Für das gesamte Integument werden bei einem Kleinkind von fünf Jahren ca. 10 g pro Anwendung benötigt, bei einer zweimal täglichen Basistherapie liegt der Salbenverbrauch bei rund 140 g pro Woche [7].

Zusätze bzw. Wirkstoffe müssen mit der Grundlage kompatibel sein und können die Effektivität der Grundlagen steigern. Ein erfolgreiches Therapieregime sollte beibehalten werden, häufige Wechsel sind zu vermeiden. Neben der stadienabhängigen Basispflege des AE ist eine saisonadaptierte Hautpflege zu berücksichtigen. Bei schwülwarmer Witterung wirken Salben okklusiv. Im Winter führt die feuchte Kälte im Wechsel mit trockener Heizungsluft zu einer vermehrten Austrocknung der Haut, so dass eine fetthaltigere O/W-Grundlage verwendet werden sollte. Natürlich müssen alle Anwendungen für das Kind angenehm sein und in einer entspannten Atmosphäre und mit Zuwendung erfolgen.

Die Behandlung und Begleitung eines an einem AE erkrankten Kindes und der betroffenen Familie erfordert ein regelmäßiges individuelles und interdisziplinäres Therapiemanagement von Dermatologen und Kinderärzten.

Stadienabhängige Hautpflege des AE

Das AE ist durch einen schubweisen Verlauf mit Krankheitsstadien wechselnder Akuität gekennzeichnet. Die Basistherapie des Ekzems muss an das Erkrankungsstadium adaptiert werden.

Die **akute Ekzemphase** ist v.a. bei Säuglingen und Kleinkindern durch ausgedehnte nässende Rötungen gekennzeichnet. Ziel der Behandlung ist in diesem Stadium die Kühlung, bei ausgeprägter Exsudation die Austrocknung der Erosionen. Grundlage der Basispflege sind wasserreiche O/W-Zubereitungen

(Creme oder Lotion). Bei starker Exsudation können vorübergehend (über maximal 24–36 Stunden) feuchte Umschläge oder mehrmals tägliche Ölbäder Linderung bringen. Bei nicht erosiven Veränderungen ist die wasserhaltige hydrophile Salbe (Ungt. emulsificans aquosum) Grundlage der Wahl; aufgrund ihres geringen Fettanteiles muss sie allerdings sechs- bis achtmal täglich appliziert werden.

In der folgenden **subakuten Ekzemphase** mit abklingender Exsudation, noch deutlicher Rötung, Schuppung und Juckreiz erfolgt ein Wechsel von einer überwiegend wässrigen Grundlage auf eine stärker rückfettende Grundlage (hydrophile Creme oder Lipolotion). Das fett-feuchte Behandlungskonzept mit Schlauchverbänden verstärkt die Rehydratation, lindert den Juckreiz und schützt vor Kratzdefekten. Bei Superinfektionen sind Schlauchverbände nicht indiziert.

In der **chronischen Ekzemphase** stehen Lichenifikation und Seborrhoe im Vordergrund, so dass eine intensive Rückfettung erfolgen muss (Cremesalbe, Salbe), bei Kinder ab dem Vorschulalter unbedingt unter Verwendung von Urea.

Hautreinigung

Die Anwendung von Syndets mit dem natürlichen Oberflächen-pH-Wert von 5,5 ist sinnvoll, während alkalische Seifen Austrocknung und Irritation verstärken [8]. Allgemein gilt, dass häufiges, langes und heißes Duschen oder Baden vermieden werden soll. Auf Duftstoffe und Konservierungsstoffe sollte generell verzichtet werden.

Die Badehäufigkeit richtet sich nach dem Ekzemstadium; im akuten Stadium in der Regel ein- bis zweimal täglich, im chronischen Stadium einmal pro Woche. Ölbäder werden häufig als sehr angenehm empfunden, ersetzen aber keinesfalls die Basispflege und können allenfalls ergänzend wirken. Man unterscheidet spreitende Ölbäder, bei denen sich ein Lipidfilm auf der Wasseroberfläche bildet, von Emulsionsbädern, bei denen sich das Lipid tropfenförmig im Wasser verteilt.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Peter Höger
Kath. Kinderkrankehaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg
E-Mail: paediatric@khh-wilhelmstift.de

Literatur

- [1] Cork MJ et al.: Comparison of parent knowledge, therapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of topical therapies by a specialist dermatology nurse. *Brit J Dermatol* 2003, 149: 582–589
- [2] Höger PH: Therapie des Atopischen Ekzems im Kindesalter. *Monatsschr Kinderheilkd* 2001; 149: 542–53
- [3] Gloor M, Thoma K, Fluhr J: *Dermatologische Externtherapie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 2000
- [4] Garbe C, Reimann H: *Dermatologische Rezepturen*. Stuttgart: Thieme 2005
- [5] Wolff G, Süverkrüp R: *Rezepturen 2002*; Dt. Apotheker Verlag, Stuttgart.
- [6] Strid J, Strobel S: Skin barrier dysfunction and systemic sensitization to allergens through the skin. *Current Drug Targets Inflammation Allergy* 2005; 4: 531–541
- [7] Long CC, Mills CM, Finlay AY: A practical guide to topical therapy in children. *Brit J Dermatol* 1998; 138: 293–6
- [8] Subramanyan K: Role of mild cleansing in the management of patient skin. *Dermatol Ther* 2004; 17 (Suppl 1): 26–34

Bewegungstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale – ein Update

Robert Jaeschke, Fachkliniken Wangen

Bewegung, Sport und Training bei Asthma – mühelos realisierbar oder nur eingeschränkte Teilnahme?

Kinder und Jugendliche bewegen sich in der Regel gerne, viel und von sich aus – egal ob in der Freizeit, im organisierten Sport oder im Alltag. Die mit diesen Bewegungen einhergehenden körperlichen Anstrengungen erfordern eine vermehrte Lungenbelüftung mit vermehrter Atemarbeit, die bei bis zu 90 Prozent aller Kinder und Jugendlichen mit Asthma bronchiale mehr oder weniger starke anstrengungsbedingte Atemwegobstruktionen hervorrufen kann [8, 15, 30]. Dies führt häufig zum Abbruch der Bewegung.

Therapeuten, Fachleute und Experten beklagen immer wieder diese Einschränkungen in der Lebensqualität betroffener Kinder und Jugendlicher, die sich infolge ihres Anstrengungsasthmas nicht in dem Maße an körperlichen und sportlichen Aktivitäten beteiligen könnten wie gesunde Gleichaltrige. Die Erfahrung aus der Praxis zeigt jedoch häufig, dass eine Vielzahl der Betroffenen selbst diese Einschränkung nicht außerordentlich beklagt und subjektiv als nicht besonders belastend erlebt. Allerdings ist es traditionell die zentrale Aufgabe der Bewegungstherapie und therapeutisch eingesetzter körperlicher Trainingsprogramme, Einschränkungen bei der Teilnahme an körperlichen Aktivitäten zu minimieren und somit zu

einer erhöhten Lebensqualität beizutragen.

Häufig genannte Ziele der Bewegungstherapie sind dabei u. a.

- eine Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit (und infolge dessen ein Anheben der Auslöseschwelle für anstrengungsbedingte Atemwegobstruktionen),
- eine Verringerung der Symptomatik der anstrengungsbedingten Atemwegobstruktionen,
- eine direkte Verringerung der Symptomatik des Asthma bronchiale,
- das Beherrschen und Anwenden von Atemtechniken, die zur Vermeidung anstrengungsbedingter Atemwegobstruktionen beitragen.

Dabei muss die Bewegungstherapie differenziert werden in den Bereich der atemtherapeutischen Physiotherapie und den Bereich der Sporttherapie bzw. des sportlichen Trainings.

Die klassischen Ziele der atemtherapeutischen Physiotherapie umfassen die Ökonomisierung der Atemarbeit (durch Thoraxmobilisation, gezielten Einsatz der Atemmuskulatur, gezielten Einsatz von Atem- und Atemhilfstechniken) und die Bronchialdrainage. Dies geschieht in der Regel im Rahmen von Einzel- oder Kleingruppensitzungen.

Die Sporttherapie zielt dagegen eher auf das Erlernen und Anwenden von Atemtechniken und Atemhilfstechniken während und durch die praktische Durchführung sportlicher Aktivitäten.

Sie verfolgt somit auch pädagogische Zielsetzungen wie das Erlernen sinnvoller Verhaltensweisen während der sportlichen Aktivitäten oder von Techniken der Atemselbstwahrnehmung. Darüber hinaus zielt sie im Sinne eines Trainings auf eine Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit ab.

Vor dem Hintergrund enormer Fortschritte bei der medikamentösen Therapie des Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen stellt sich allerdings die Frage nach der Aktualität der Ziele bewegungs- und sporttherapeutischer Interventionen bei Kindern mit Asthma bronchiale. Noch dringender muss gefragt werden, inwiefern die vorgehaltenen Maßnahmen tatsächlich das Erreichen der genannten Zielsetzungen ermöglichen.

Zur Beantwortung werden im Folgenden die Ergebnisse publizierter Übersichtsarbeiten sowie ein eigenes systematisches Review herangezogen. Das eigene Review umfasst eine Recherche nach zwischen 1950 und 2002 englisch- und deutschsprachig publizierten Untersuchungen zur Wirkung körperlichen Trainings mit oder ohne ergänzende physiotherapeutische Atemtherapie oder Patientenschulung. Von 67 inhaltlich geeigneten Publikationen konnten letztendlich 45 Untersuchungen meta-analytisch einbezogen werden. Als meta-analytisches Integrationsverfahren wurde das eher in den Sozial- und auch in den Sportwissenschaften häufig ver-

wendete Verfahren der „angenäherten Datenzusammenfassung mit Korrektur des Stichprobenfehlers“ von Hunter et al. [12, 13] verwendet, das auch den Einbezug qualitativ hochwertiger nicht-randomisierter Untersuchungen zulässt.

Was bewirkt die atemtherapeutische Physiotherapie wirklich?

Zunächst muss vorausgenommen werden, dass eine isolierte physiotherapeutische Atemtherapie anscheinend geringere Effekte bei Patienten mit Asthma bronchiale bewirkt als bisher angenommen.

Ein Cochrane-Review von Holloway und Ram [9] aus dem Jahre 2002 mit einem Update von 2004 und weitere systematische Reviews von Ernst (2000) [7] und Hondras et al. (2002, 2005) [10, 11] zeigen nur tendenzielle und keine übergeordneten Effekte von physiotherapeutischen Atemübungen bei Patienten mit Asthma bronchiale. Neben diesen systematischen Reviews, die ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien mit physiotherapeutischen Behandlungsinhalten integrierten, zeigen auch einzelne Untersuchungen bei Kindern keine oder nur geringe Effekte einer isolierten physiotherapeutischen Atemtherapie [z. B. 3]. Auch die eigene Meta-Analyse ergab, dass die Effekte eines therapeutisch ausgerichteten körperlichen Trainings nicht durch eine ergänzende physiotherapeutische Atemtherapie gesteigert werden. Dieses Ergebnis galt für die Zielwertbereiche „Grundlegende Symptomatik des Asthma bronchiale“ und „Symptomatik der anstrengungsbedingten Atemwegsobstruktion“ als auch für den Zielwertbereich „Körperliche Leistungsfähigkeit“.

Wie lässt sich das erklären?

Die bei den klassischen Zielen der physiotherapeutischen Atemtherapie bei Asthma bronchiale aufgeführte Bronchialdrainage ist bei dem derzeitigen Stand der medizinischen

Therapie bei Kindern und Jugendlichen und der daraus resultierenden schwächeren Symptomatik schlichtweg häufig nicht mehr notwendig und würde keine Effekte erzielen. Auch die Mobilisation ist in der Regel nicht notwendig, da häufig bereits eine Teilnahme an sportlichen Aktivitäten gegeben ist und nur in sehr seltenen Fällen eine eingeschränkte Beweglichkeit oder muskuläre Schwächen vorliegen.

Andererseits werden in sporttherapeutischen Trainingsangeboten für Kinder und Jugendliche mit Formen des Asthma bronchiale mittlerweile häufig atemtherapeutische Inhalte – insbesondere sinnvolle Atemtechniken und Atemhilfstechniken – mit einbezogen, ohne dass diese Elemente explizit als gesonderte physiotherapeutische Intervention ausgewiesen werden (Übersichten von Schaar 1996 [26]; Koinzer 1997, 170–176 [16]; Lecheler et al. 1997, 143–147 [17]). Es kann also davon ausgegangen werden, dass auch in Programmen, die keine physiotherapeutische Atemtherapie explizit angeben, dennoch atemtherapeutische Elemente einbezogen werden. Somit wird eine zusätzliche physiotherapeutische Atemtherapie keine wesentlichen Steigerungen der Effekte bewirken. Darüber hinaus sollte grundsätzlich bei der Vermittlung sinnvoller Atem- und Atemhilfstechniken der Schwerpunkt immer möglichst schnell auf die praktische Anwendung erlernter Techniken in alltäglichen körperlichen und sportlichen Belastungssituationen erfolgen.



Abb. 1: Gymnastische Übungen in der Asthmasportstunde.

Was bewirkt therapeutisch ausgerichtetes körperliches Training wirklich?

Ziele eines körperlichen Trainings bei Kindern mit Asthma bronchiale sind in der Regel die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, die Linderung der Symptomatik anstrengungsbedingter Atemwegsobstruktionen, die Linderung der grundlegenden Symptomatik des Asthma bronchiale sowie das Anwenden von sinnvollen Atemtechniken und Verhaltensweisen bei körperlichen Anstrengungen (z. B. Intervallaufwärmen).

Als sicher gilt, dass eine Steigerung der Leistungsfähigkeit im Sinne einer Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit und der koordinativen Fähigkeiten in gleichem Maße möglich ist wie bei nicht erkrankten Gleichaltrigen [4, 5, 6, 19, 20, 23, 24, 28]. Auch das eigene Review zeigte unter Integration der Ergebnisse von 22 Originalarbeiten eine hohe homogene übergeordnete Effektstärke für diesen Zusammenhang von $r_g=0,35$ (Korrelationskoeffizient). Die neun integrierten Studien, in denen eher hohe Trainingsintensitäten verwendet wurden (ca. 70% der VO_{2max}), zeigen sogar eine hohe übergeordnete Effektstärke von $r_g=0,41$ gegenüber der geringeren Effektstärke der sechs Studien mit niedrigen Intensitäten von nur $r_g=0,28$. Dies ist mit Erkenntnissen der allgemeinen Trainingslehre zu begründen. Es ist allgemein anerkannt, dass bis zu einer bestimmten Grenze die Adaption des Organismus mit höheren Trainingsintensitäten ansteigt und zur gesundheitsrelevanten Steigerung der Leistungsfähigkeit eine entsprechend der konkreten Zielsetzung ausreichend hohe Intensität notwendig ist. Zur Entwicklung der Ausdauerleistungsfähigkeit haben niedrigere Intensitäten bei Kindern eher geringere Effekte, weshalb eher höhere Intensitäten empfohlen werden [6, 18, 25]. Dabei muss natürlich bedacht werden, dass die gesteigerte Ventilation bei hohen Intensitäten die Gefahr einer anstrengungsbedingten Atemwegsobstruktion erhöht, so dass entweder unterhalb der ventilatorischen

aerob-anaeroben Schwelle trainiert werden sollte oder durch ein optimal strukturiertes Aufwärmprogramm – und eine daraus resultierende künstlich eingeleitete Refraktärphase – anstrengungsbedingte Atemwegsobstruktionen reduziert werden.

In engem Zusammenhang mit der Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit stehen die Effekte auf die Verringerung anstrengungsbedingter Atemwegsobstruktionen infolge eines körperlichen Trainings [vgl. 5, 24]. Auch die eigene Meta-Analyse zeigte eine übergeordnete homogene Effektstärke mit 16 Originalarbeiten von $r_g=0,25$. So kann als gesichert gelten, dass durch ein therapeutisch angeleitetes körperliches Training die Auslöseschwelle anstrengungsbedingter Atemwegsobstruktionen bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale verringert werden kann. Allerdings beruht dieser Zusammenhang nicht wesentlich auf einer direkten Wirkung des Trainings auf die Atemwegsobstruktionen. Vielmehr entsteht dieser Effekt vermutlich indirekt infolge einer Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit mit gleichzeitiger Ökonomisierung des Herz-Kreislauf-Systems und des Atemsystems infolge einer Trainingsanpassung. Definierte Belastungen werden so mit einer niedrigeren Ventilation bewältigt, was mit einer verringerten Abkühlung und Austrocknung der Atemwege einhergeht und damit zu geringeren Gefäßreaktionen, einer verminderten Hyperosmolarität sowie zu einer geringeren Hyperämie führen kann [1, 2, 27]. Diese Zusammenhänge sind allerdings noch nicht vollständig geklärt, da einige Autoren zeigten, dass es zu keiner Verringerung der Histaminausschüttung bei körperlicher Anstrengung führt [19, 21].

Ein weiteres häufig genanntes Ziel eines therapeutisch angeleiteten körperlichen Trainings ist die Reduktion der Symptomatik des grundlegenden Asthma bronchiale. Verschiedene narrative und auch systematische Übersichtsarbeiten zeigen jedoch, dass isolierte körperliche Trainingsmaßnahmen nahezu keine oder nur geringe direkte



Abb. 1: Atemerleichternde Körperstellungen.

Wirkungen auf die grundlegende Symptomatik und keine Effekte auf die Parameter PEF, FEV₁ und FVC sowie auf die Häufigkeit von Episoden mit Atemgeräuschen haben [5, 22, 23, 24]. Die Ergebnisse von Subgruppenanalysen der eigenen systematischen Übersichtsarbeit zeigen jedoch, dass unter bestimmten Voraussetzungen und Ausprägungen von Trainingsmerkmalen durchaus mittelstarke Effekte auf diesen Zielwertbereich zu erzielen sind: Bei Patienten mit höheren Schweregraden und bei niedrig dosierten Trainingsintensitäten (mit geringerem Risiko anstrengungsbedingter Atemwegsobstruktionen) ergeben sich mit hoher Evidenz homogene mittelstarke Populationseffektstärken zwischen $r_g=0,23$ und $r_g=0,37$, die auf positive Wirkungen deuten. Allerdings sind diese Effekte weniger als direkte physiologische Wirkung des Trainings auf die Symptomatik einzustufen, sondern vielmehr im Sinne einer indirekten Wirkungsweise infolge der intensiven kontinuierlichen Betreuung (einschließlich der o.g. Integration einer Schulung von Atemtechniken) und Beobachtung der Patienten während des Trainings [29].

Als viertes zentrales Ziel therapeutisch angeleiteten körperlichen Trainings wird bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale häufig das Erlernen von Atemtechniken und Atemhilfstechniken angeführt. Aufgrund der Schwierigkeit, die Anwendung von Atem- und Atemhilfstechniken valide zu messen, liegen

hier keine gesicherten Erkenntnisse vor. Allerdings beschreiben einige Autoren ein deutlich verbessertes Selbstmanagement infolge eines körperlichen Trainings, was in der Regel die Anwendung von Atem- und Atemhilfstechniken einschließt [14, 29].

Spektakuläres Fazit oder „alles alte Kamellen“?

Als Fazit können neben den bereits bekannten Erkenntnissen zu körperlichem Training bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale doch einige kleine Überraschungen festgehalten werden. Bei hoher Evidenz kann davon ausgegangen werden, dass ein bewegungstherapeutisch ausgerichtetes körperliches Trainingsprogramm

- die körperliche Leistungsfähigkeit deutlich steigern kann, wobei betont werden muss, dass die größten Effekte durch höhere Trainingsintensitäten vorliegen,
- die Symptomatik der anstrengungsbedingten Atemwegsobstruktion indirekt verringert werden kann.

Mittlere Evidenz liegt für den Sachverhalt vor, dass ein körperliches Training nur geringe direkte Effekte auf die Symptomatik des Asthma bronchiale hat, wobei niedrigere Trainingsintensitäten bis zur ventilatorischen aerob-anaeroben Schwelle am besten toleriert werden. Sowohl für die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit als auch für die Symptomatik des grundlegenden Asthma bronchiale und der anstrengungsbedingten Atemwegsobstruktionen muss bei ebenfalls mittlerer Evidenz bemerkenswerter Weise davon ausgegangen werden, dass eine isolierte physiotherapeutische Atemtherapie nur geringe Wirkungen aufweist.

Insofern muss festgehalten werden, dass die Wirkung der physiotherapeutischen Atemtherapie häufig überschätzt und die der Sporttherapie im Sinne eines sporttherapeutisch angeleiteten körperlichen Trainings unter Einbezug von Atem- und Atemhilfstechniken unterschätzt wird. Um körperliche Belastun-

gen tolerieren zu können und die positiven Effekte eines Trainings zu erzielen, ist es demnach durchaus ausreichend, wenn Atem- und Atemhilfstechniken im Rahmen des Trainings konsequent geschult, angewendet und automatisiert werden.

Für eine Veränderung des Selbstmanagements im Sinne einer Anwendung von Atem- und Atemhilfstechniken liegt aufgrund weniger valider Messungen nur geringe Evidenz vor, wobei genau diese Effekte von vielen Autoren und Praktikern berichtet werden. Allerdings können hier durch eine ergänzende standardisierte Patientenschulung höchste Ergebnisse erzielt werden.

Für die praktische Bewegungstherapie können somit folgende – teilweise bekannte – Empfehlungen festgehalten werden: Ein bewegungstherapeutisch

ausgerichtetes körperliche Training sollte

- in ein multidisziplinäres Programm mit einer Patientenschulung eingebettet werden,
- atemtherapeutische Inhalte wie Atemtechniken, Atemhilfstechniken und atemgymnastische Übungen konsequent einbeziehen,
- unter Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit möglichst hohe Trainingsintensitäten nahe der ventilatorischen aerob-anaeroben Schwelle aufweisen (ca. 70% der VO_{2max} oder Herzfrequenzen zwischen 160 und 170 Schlägen pro Minute unter Berücksichtigung individueller Schwankungen), wobei jederzeit die Entwicklung einer anstrengungsbedingten Atemwegsobstruktion vermieden werden muss und

- zwei bis drei Einheiten pro Woche mit einer Mindestdauer von 30 Minuten umfassen.

Insofern können die mittlerweile etablierten Empfehlungen, Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale zu einem sinnvollen körperlichen Training zu motivieren, absolut bestätigt werden. Allerdings sollten die verantwortlichen Sporttherapeuten das Training gewissenhaft planen und differenzieren, um tatsächlich die angestrebten Effekte zu erzielen und anstrengungsbedingte Atemwegsobstruktionen zu vermeiden.

*Robert Jaeschke, Dipl.-Sportlehrer
Fachkliniken Wangen
Waldburg-Zeil-Kliniken
Am Vogelherd 14, 88239 Wangen
E-Mail: RJaeschke@wz-kliniken.de*

Literatur

- [1] Ahmadi SB, Varray AL, Savy-Pacaux AM, Prefaut CG: Cardiorespiratory fitness evaluation by the shuttle test in asthmatic subjects during aerobic training. *Chest* 1993, 103 (4), 1135–1141.
- [2] Anderson SD, Henriksen JM: Management of exercise-induced asthma. In: Carlsen KH, Ibsen RB (Eds.): *Exercise-induced asthma and sports in asthma* (pp. 99–108). Copenhagen: Munksgaard 1999.
- [3] Asher MI, Douglas C, Airy M, Andrews D, Trenholme A: Effects of chest physical therapy on lung function in children recovering from acute severe asthma. *Pediatric Pulmonology* 1990, 9, 146–151.
- [4] Bşaran S, Guler-Uysal F, Ergen N, Seydaoglu G, Bingol-Darakoc G, Ufuk Altinatas D: Effects of physical exercise on quality of life, exercise capacity and pulmonary function in children with asthma. *J Rehabil Med* 2006, 38 (2), 30–135.
- [5] Clark CJ: The Role of Physical Training in Asthma. In: Casaburi R, Petty TL (Eds.): *Principles and Practice of Pulmonary Rehabilitation Philadelphia* (pp. 424–438). W.B. Saunders 1993.
- [6] Council FP, Varray A, Matecki S, Beurey A, Marchal P, Voisin M, Prefaut C: Training of aerobic and anaerobic fitness in children with asthma. *J Pediatr* 2003, 142 (2), 179–184.
- [7] Ernst E: Breathing techniques – adjunctive treatment modalities for asthma? A systematic review. *European Respiratory Journal* 2000, 15, 969–972.
- [8] Godfrey S: Clinical and Physiological Features. In: McFadden ER Jr (Ed.): *Exercise-Induced Asthma* (pp. 11–45). New York: Marcel Dekker 1999.
- [9] Holloway E, Ram FSF: Breathing Exercises for Asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* (Issue 2). Oxford: Update Software, 2002.
- [10] Hondras MA, Linde K, Jones AP: Manual therapy for Asthma. In *The Cochrane Library* (Issue 2). Oxford: Update Software, 2002.
- [11] Hondras MA, Linde K, Jones AP: Manual therapy for Asthma. In *The Cochrane Library*, 18 (2). Oxford: Update Software, 2005.
- [12] Hunter JE, Schmidt FL, Jackson GB: *Meta-Analysis, Cumulating Research Findings across Studies*. New Dehli, London: Sage Publications 1982.
- [13] Hunter JE, Schmidt FL: *Methods of Meta-Analysis. Correcting Error and Bias in Research Findings*. Newbury Park, London, New Dehli: Sage Publications 1990.
- [14] Jaeschke R: *Evaluation eines Trainingscamps für Kinder und Jugendliche mit Atemwegserkrankungen unter Berücksichtigung des Selbstmanagements (Diplomarbeit)*. Köln: Deutsche Sporthochschule Köln, 1998.
- [15] Kerckmar CM: Asthma. In: Chernick V, Boat TF (Eds.): *Kendig's Disorders of the respiratory tract in children* (6th edition, pp. 688–730). Philadelphia: W.B. Saunders 1998.
- [16] Koinzer K: *Gesundheitssport mit Kindern und Jugendlichen: Prävention – Therapie – Rehabilitation*. Heidelberg, Leipzig: Barth 1997.
- [17] Lecheler J, Biberger A, Pfannenbecker B: *Asthma und Sport. Theoretische Grundlagen und praktische Handlungsanleitungen*. Berchtesgaden: Ina 1997.
- [18] Martin D, Nicolaus J, Ostrowski C, Rost K: *Handbuch Kinder- und Jugendtraining* (pp. 363–366). Schorndorf: Hofmann 1999.
- [19] Matsumoto I, Araki H, Tsuda K, Odajima H, Nishima S, Higaki Y, Tanaka H, Tanaka M, Shindo M: Effects of swimming training on aerobic capacity and exercise induced bronchoconstriction in children with bronchial asthma. *Thorax* 1999, 54 (3), 196–201.
- [20] Nixon PA: Role of exercise in the evaluation and management of pulmonary disease in children and youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1996, 28 (4), 414–412.
- [21] Perry DE, Lemanske RF: Prevention and treatment of exercise-induced asthma. In: McFadden ER Jr (Ed.): *Exercise-Induced Asthma* (pp. 287–317). New York: Marcel Dekker 1999.
- [22] Ram FSF, Robinson SM, Black PN: Effects of physical training in Asthma: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine* 2000, 34, 162–167.
- [23] Ram FSF, Robinson SM, Black PN: Physical training for Asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* (Issue 2). Oxford: Update Software 2002.
- [24] Rowland TW: Asthma. In: Rowland TW (Ed.): *Exercise and children's health* (pp. 192–206). Champaign: Human Kinetics 1990.
- [25] Saltarelli W: Children. In: Ehrman JK, Gordon PM, Visich PS, Keteyian SJ (Eds.): *Clinical Exercise Physiology* (pp. 543–570). Champaign: Human Kinetics 1998.
- [26] Schaar B: *Bewegungs- und Sportangebote für Asthma-erkrankte Kinder*. In: Rieder H, Huber G, Werle J (Hrsg.): *Sport mit Sondergruppen: Ein Handbuch* (pp. 284–298). Schorndorf: Hofmann 1996.
- [27] Varray AL, Mercier JG, Préfaut CG: Individualized training reduces excessive exercise hyperventilation in asthmatics. *International Journal of Rehabilitation Research* 1995, 18 (4), 297–312.
- [28] van Veldhoven NHMJ: Children with asthma and physical exercise. Effects of a physical exercise programme for children with asthma. Bussum: Dick Coutinho 1998.
- [29] Welsh L, Kemp JG, Roberts RG: Effects of physical conditioning on children and adolescents with asthma. *Sports Medicine* 2005, 35 (2), 127–141.
- [30] Wilber RL: Incidence of Asthma and Exercise-Induced Asthma. In: Rundell KW, Wilber RL, Lemanske RF Jr (Eds.): *Exercise-Induced Asthma: Pathophysiology and Treatment* (pp. 39–68). Champaign: Human Kinetics 2002.

Asthmakranke Jugendliche radeln durch die Alpen

Das „asthma alpin team“ als sporttherapeutisches Motivationskonzept

Eduard Goßner, CJD Asthmazentrum Berchtesgaden

Seit mehreren Jahren führt das CJD Asthmazentrum Berchtesgaden spezielle sportlich orientierte Jugendfreizeiten für asthmakranke Kinder und Jugendliche durch. Durch intensives Vorbereitungs- und durch die Freizeiten selbst werden die Patienten darin geschult, optimal mit ihrer Krankheit umzugehen, wenn sie Sport treiben.



Abb. 1: Das „asthma alpin team“ 2005

Als „asthma alpin team“ fuhr 2005 eine Gruppe von 15 Jugendlichen mit dem Mountainbike in sieben Tagen quer über die Alpen von Berchtesgaden nach Venedig. 2006 hatte sich das Team mit der Route Königssee–Bodensee sogar noch mehr vorgenommen. „Beide Touren wurden von den Jugendlichen hervorragend gemeistert“, so asthma-alpin-team-Initiator Christoph Cramme. „Die Leistungen können sich sehen lassen: 400 km und rund 2.000 Höhenmeter im Jahr 2005 und 460 km und 4.130 Höhenmeter 2006“.

Der Sozial-Pädagoge aus dem CJD Asthmazentrum Berchtesgaden wollte ursprünglich eine Jugendfreizeit konzipieren, die für asthmakranke Kinder und Jugendliche einen hohen Freizeitwert haben sollte und zugleich die soziale Kompetenz und das Selbstbewusstsein der Teilnehmer fördert. Mittlerweile ist daraus ein Projekt geworden, das zeigt, wie man die jungen Patienten auch längerfristig zu verstärkter Sportaktivität

motiviert und so ein wichtiges sporttherapeutisches Ziel erreicht.

Intensive Vorbereitung, geschulte Betreuung

„Damit alle diese Touren durchstehen, ist eine gute Vorbereitung unerlässlich“, so Christoph Cramme. Ein mehrmonatiges konditionelles und fahrtechnisches Vorbereitungs- und fahrtechnisches Training diente zur Auswahl der geeigneten Jugendlichen und zur Hinführung auf die Tour. Motivationsfördernd waren dabei der populäre Fun-sportcharakter des Mountainbikens und die Aussicht auf die Teilnahme an einer einzigartigen Tour.

Bei den Touren gewährleisteten die Betreuung durch geschultes Begleit-

personal, konsequentes Aufwärmen und ein kontrolliertes, situationsangepasstes Fahrttempo, dass es asthmabedingt keinen einzigen Ausfall gab. „Die Jugendlichen haben enorm an Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein gewonnen. Am Anfang hatten doch einige Angst, dass etwas schief gehen könnte“, erzählt Christoph Cramme. „Jetzt wissen sie, dass sie trotz Handicaps eine große Leistung bringen können. Das ist das Wichtigste, was die Jugendlichen von der Tour mitnehmen.“

Zehn-Stunden-Skimarathon

Eine weniger intensive Vorbereitung erfordert der Zehn-Stunden-Skimarathon, der alljährlich im Februar/März in Berchtesgaden stattfindet. Dabei fahren



Abb. 2: Start zum großen Abenteuer



Abb. 3: Am Großglockner

die Jugendlichen zehn Stunden lang Ski (oder auch Snowboard) und sammeln gemeinsam Pistenkilometer. Motivationsfördernd sind ein attraktives Rahmenprogramm und das gemeinsame Streben nach einem neuen Rekord. Der liegt aktuell bei 2.448 Pistenkilometern und 391.680 Höhenmetern. Durch ärztliche und sporttherapeutische Betreuung ist auch bei dieser Veranstaltung gesichert, dass sich niemand übernimmt.

2007 wird es wieder spannende Winter- und Sommerevents geben. Asthma-patienten zwischen 12 und 18 Jahren können sich unter www.CJD-asthma.de um die Teilnahme am asthma alpin team bewerben. Ärzte, die ihre Patienten auf das asthma alpin team hinweisen wollen, können im CJD Asthmazentrum kostenlos ein Plakat und Infomaterial anfordern (Tel.: 08652-6000-161).

Eduard Goßner
CJD Asthmazentrum Berchtesgaden
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Buchenhöhe 4, 83471 Berchtesgaden
E-Mail: eduard.gossner@cjd.de
Web: www.cjd-asthmazentrum.de

Literaturliste zur Patientenschulung

Diese kommentierte Liste bezieht sich vor allem auf die Asthmaschulung. Besonderer Dank für die Unterstützung gilt Dr. Rüdiger Szczepanski, Osna-brück.

Nachweis der Wirksamkeit der Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen

[1] Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM: Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003 Jun 14; 326 (7402): 1308–9 (*Die Metaanalyse zur Wirksamkeit von Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen*)

[2] Szczepanski R, Gebert N, Hümmelink R, Köning J, Schmidt S, Runde B, Wahn U: Ergebnis einer strukturierten Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter. In: *Pneumologie* 1996; 50, 544–548 (*Die Ur-Evaluation der Asthmaschulung in Deutschland*)

[3] Lecheler J, Korsch E, Lässig W, Petermann F: Ambulante Schulung zur Sekundärprävention asthmakranker Kinder und Jugendlicher – Ergebnisse einer multizentrischen Modellaktion. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 1999; 147 (*Artikel über die Evaluation der Asthmaschulung, gefördert durch das BMGS, fehlende Kontrollgruppe*)

[4] Petermann F, Keins P, Freidel K: Gesundheitliche Aufklärung und ambulante Schulung zur Sekundärprävention asthmakranker Kinder und Jugendlicher, Band 112, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1999 (*Buchform der „großen“ Evaluation der Asthmaschulung, gefördert durch das BmfG, fehlende Kontrollgruppe*)

[5] Petermann F, Szczepanski R, Becker P, Freidel H, Neumann H, Lob-Corzilius T: Evaluationsergebnisse zur Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter. In: *Präv.-Rehab.* 1997; 9, 93–104 (*Artikel der „großen“ Evaluation der Asthmaschulung AGAS, fehlende Kontrollgruppe*)

[6] Lob-Corzilius T, Petermann F: Asthmaschulung – Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen. Beltz-Verlag, Weinheim 1997.

(*Buchform der „großen“ Evaluation der Asthmaschulung AGAS, fehlende Kontrollgruppe*)

[7] Scholtz W, Haubrock M, Lob-Corzilius T, Gebert N, Wahn U, Szczepanski R: Kostennutzenuntersuchung bei ambulanten Schulungsmaßnahmen für asthmakranke Kinder und ihre Familien. In: *Pneumologie* 1996, 357–543.

Nachweis der Wirksamkeit der Neurodermitischulung

[8] Staab D, Diepgen TL, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, Scheewe S, Scheidt R, Schmid-Ott G, Schnopp C, Szczepanski R, Werfel T, Wittenmeier M, Wahn U, Gielier U: Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multi-centre, randomised controlled trial. *BMJ* 2006, Apr 22; 332 (7547): 933–8 (*Die entscheidende Studie zur Wirksamkeit der Neurodermitischulung*)

Schulungsmanuale und Arbeitshefte, Qualitätssicherung in der Asthmaschulung

[9] Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.: *Handbuch Qualitätssicherung in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen*. Zuckschwerdt, München, 2. Aufl. 2004 (*Überarbeitete Neuauflage 2007 geplant*)

Manual, erstellt vom FAAK Köln

[10] Wittenmeier M, Korsch E, Aichele-Hoff M, Jaeschke R, Noeker M: „Kölner Puste-Pänz“ Praxishandbuch für die Asthmaschulung für Kinder. Eigenverlag 2003

Manuale, erstellt in der Fachklinik Wangen

[11] Spindler T, Nisius B, Linse P: Wolke 7 Mini. Schulungsheft für Kinder von 5–9 Jahren. Careline-Verlag Neuried, 2. Aufl. 2005

[12] Nisius B, Spindler T, Linse P: Wolke 7 Midi. Schulungsheft für Kinder von 9–12 Jahren. Careline-Verlag Neuried, 2. Aufl. 2005

[13] Nisius B, Spindler T, Linse P: Wolke 7 Maxi. Schulungsheft für Kinder von 13–18 Jahren. Careline-Verlag Neuried, 2. Aufl. 2005

[14] Spindler T, Nisius B, Linse P: Wolke 7 XXL. Schulungsheft für Eltern von Kindern mit Asthma. Careline-Verlag Neuried, 2. Aufl. 2005

[15] Spindler T: Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter – eine qualifizierte Fortbildung für Eltern / eine qualifizierte Fortbildung für Lehrer. Careline-Verlag Neuried, 1. Aufl. 2004

Manuale, erstellt im Kinderhospital Osnabrück

[16] Theiling S, Szczepanski R, Lob-Corzilius T: Der Luftkurs für Kinder mit Asthma. Trias-Verlag, Stuttgart, 3. Aufl. 2001

[17] Brockmann G: Asthmatraining für Kinder. Das Arbeitsheft. Trias-Verlag, Stuttgart, 4. Aufl. 2005

Manuale, erstellt im CJD Asthmazentrum Berchtesgaden

[18] Lecheler J, Biberger A, Klocke M, Petermann F, Pfannebecker B: Asthmaverhaltenstraining – Trainingleitfaden. INA-Verlag, Berchtesgaden 1999 (*Überarbeitete Neuauflage 2007 geplant*)

[19] Lecheler J, Biberger A, Klocke M, Petermann F, Pfannebecker B: AVT Asthma-Verhaltens-Training, Arbeitsblätter für 9-16 jährige, INA-Verlag, Berchtesgaden, 3. Aufl. 2006

[20] Lecheler J, Biberger A, Klocke M, Petermann F, Pfannebecker B: AVT Asthma-Verhaltens-Training, Arbeitsblätter für 5-8 jährige, INA-Verlag, Berchtesgaden, 2. Aufl. 2003 (*Überarbeitete Neuauflage 2007 geplant*)

[21] Lecheler J, Biberger A, Klocke M, Petermann F, Pfannebecker B: AVT Asthma-Verhaltens-Training, Arbeitsblätter für Eltern, INA-Verlag, Berchtesgaden 1999 (*Überarbeitete Neuauflage 2007 geplant*)

Manuale, erstellt in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang

[22] Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang: Asthma-Seminar-Mappe für Kinder von 7–9 Jahren. Eigenverlag 1995.

[23] Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang: Asthma u. Allergie. Informationsmappe für Eltern und Pädagogen. Eigenverlag, 2. Aufl. 1996

[24] Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang: Asthma-Seminar-Mappe für Kinder von 10–12 Jahren. Eigenverlag 1996.

[25] Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang: Asthma-Seminar-Mappe für Kinder und Jugendliche von 13–16 Jahren. Eigenverlag 1996.

[26] Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang: Asthma und Allergie. Informationsmappe für Jugendliche. Eigenverlag 1996.

Psycho-Soziale Themen

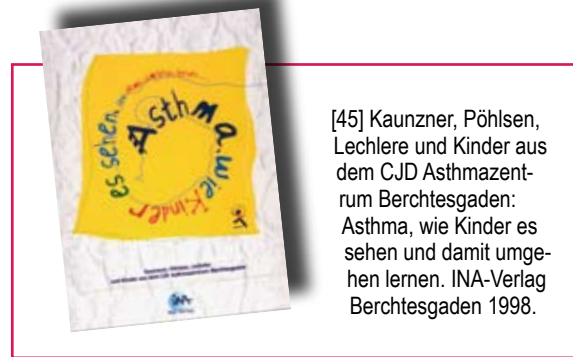
[27] Altmeyer S, Kröger F: Theorie und Praxis der Systemischen Familienmedizin. Vandenhoeck &

Ruprecht, Göttingen 2003 (*Das Buch beeindruckt durch die praxisnahe Beschreibung systemischer Familienmedizin bei chronisch kranken Erwachsenen als auch chronisch kranken Kindern und bietet Möglichkeiten, über unseren eigenen Tellerrand zu schauen*)

[28] Gieler U, Stangier U, Brähler E: Hauterkrankungen in psychologischer Sicht. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen 1993

[29] Broda M, Muthny F: Umgang mit chronisch Kranken, Thieme, Stuttgart 1990

[30] Hurrelman, Klocker, Melzer, Ravens-Sieberer: Gesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der WHO. Juventa, Weinheim–München 2003 (*Ganz wichtige Ziterfundgrube für den Stellenwert der Familie im Umgang mit chronischer Krankheit beim Gesundheitsverhalten u.s.w. Laut Hurrelman ist die Familie nach wie vor wichtigster Spieler im Bereich der Gesundheitserziehung! Wichtiger als Peergroup und Schuler! Schulung von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern nach einem Programm*)



[45] Kaunzner, Pöhlens, Lecheler und Kinder aus dem CJD Asthmazentrum Berchtesgaden: Asthma, wie Kinder es sehen und damit umgehen lernen. INA-Verlag Berchtesgaden 1998.

[31] Petermann: Patientenschulung und Patientenberatung. Hogrefe, Göttingen 1997 (*Standardwerk hinsichtlich Übersicht für Kinder und Jugendliche bei der Schulung*)

[32] Petermann: Complicane und Selbstmanagement. Hogrefe, Göttingen 1998 (*Standardwerk*)

[33] von Schlippe A, Schweitzer J: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2000 (*Standardwerk der systematischen Familientherapie, das einen guten Überblick über verschiedene theoretische Konzepte bietet, gleichwohl praxisbezogen verschiedenste Techniken und Anwendungsmöglichkeiten vorstellt*)

[34] Salewski C: Chronisch kranke Jugendliche: Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen, Ernst Reinhardt Verlag, München–Basel 2004

[35] Steinhausen HC, v. Aster M: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Beltz PVU, Weinheim 2000

[36] Warschburger P: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Hogrefe, Göttingen 2000 (*Sehr*

gute Analyse der Aspekte für Neurodermitis, Adipositas und Asthma bronchiale für Kinder und Jugendliche)

Methodik und Didaktik

[37] Delfos MF: „Sag mir mal...“ Gesprächsführung mit Kindern, Beltz Taschenbuch 2004 (*Behandelt Kommunikationsbedingungen und Gesprächstechniken, speziell mit Kindern. Enthält Anregungen und Leitlinien für drei verschiedene Settings: Spontanes offenes Gespräch, Interview und Fürsorgegespräch. Gut zusammengefasste „Fragetechniken“. Bietet übersichtliche Tabellen für Gesprächsführung nach Alter (4–12 Jahre) nach den Kriterien: Metakommunikation, Form, verbaler/nonverbaler Aspekt, Fragetechniken, Motivation*)

[38] Schaller R: „Das große Rollenspielbuch“ – Grundtechniken, Anwendungsformen, Praxisbeispiele, Beltz Verlag, Weinheim–Basel 2001 (*Schöne Möglichkeit, sich in den Einsatz von Rollenspielen einzuarbeiten*)

[39] Weidemann B: 100 Tipps & Tricks für Pinnwand und Flipchart. Beltz Verlag 2003 (*Sehr anschaulich, mit vielen Zeichnungen versehen. Schöne Anregungen für Themensammlungen und -sortierung, Kartentechnik, Visualisierung wichtiger Themen.*)

Asthma und Sport

[40] Biberger A, Pfannebecker B: Asthma und Sport. Theoretische Grundlagen und praktische Handlungsanleitungen. INA-Verlag Berchtesgaden 2006.

Speziell zur Neurodermitisschulung

[41] Wahn U, Petermann F: Standards und Qualitätssicherung der Neurodermitisschulung. In: Präv.-Rehab. 1998; 10, 57–202.

[42] Warschburger P (Hrsg.): Neurodermitis. Hogrefe, Göttingen 2001, 353–372.

[43] Stangier U, Gieler U, Ehlers A: Neurodermitis bewältigen. Verhaltenstherapie, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 1996 (*Verhaltenstherapie, Gruppenschulungsprogramm mit vielen Kopiervorlagen, Autogenes Training. Einer der Klassiker der Schulungsliteratur, immer noch aktuell*)

[44] Szczepanski R, Schon M, Lob-Corzilius T: Das juckt uns nicht! Ein Lern- und Lesebuch für Kinder mit Neurodermitis und ihre Eltern. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1994 (*Ein wirklich sehr schön gemachtes Buch mit vielen anregenden Illustrationen, nützlichen kind- und elterngerechten Erklärungen und Geschichten.*)

Ein Abschluss oder was noch zu sagen wäre

Es war einmal ...

... kein Märchen, sondern der wahr gewordene Traum einiger weniger, die bereits früh begriffen hatten, dass die Therapie von Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter mehr bedeutet als die Verordnung von Medikamenten. Was vor 15 Jahren gleichsam auf den Hinterhöfen einiger deutscher Kliniken begann, hat sich mittlerweile zu einer bundesweiten Institution gemauert.

Wo man sich vor zehn Jahren noch in mehr oder weniger familiärem Rahmen zu Jahrestagungen getroffen hatte, reichen heutzutage die Kapazitäten an manchen Tagungsorten nicht mehr aus, um all diejenigen aufzunehmen, die an der Fachtagung der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. teilnehmen wollen. So werden schon seit einigen Jahren zusätzlich auch regionale Jahrestagungen abgehalten, um dem wachsenden Bedarf an Weiterbildung und interdisziplinärem Austausch Rechnung zu tragen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ärztlicher und nicht ärztlicher Berufsgruppen, die Sichtweise von Asthma und Neurodermitis als (Familien-)Systemerkrankung, ein bundesweit einheitliches methodisch-didaktisches Vorgehen bis hin zur Schaffung einheitlich nationaler Therapieleitlinien – all dies wäre ohne die Arbeit herausragender Köpfe wie auch eines jeden Einzelnen innerhalb der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen e.V. nicht denkbar.

In vielen Regionen der Bundesrepublik finden wir bereits eine flächendeckende Versorgung mit Asthmaschulungen vor. Nicht nur die Schaffung von Leitlinien, sondern auch die ständige und konsequente Auseinandersetzung und Beschäftigung vieler Personen mit diesem Thema war nötig, um die Asthmaschulung bei Kindern und Jugendlichen zu dem zu machen, was wir jetzt haben: das am besten evaluierte Schulungsmodell mit vernünftiger Evidenz.

Mit dem Disease Management Programm Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen kommt nun eine neue Bewährungsprobe auf uns zu. In den nächsten Jahren werden weitaus mehr Kinder und Jugendliche einer solchen kompetenten Schulung zugeführt werden müssen als bisher. Die Voraussetzungen dafür, dass wir diese Aufgabe auch künftig sachkundig bewältigen, sind angesichts der immensen Vorarbeit, die bereits geleistet wurde, mehr als günstig. Fachkompetente Trainer in allen Berufsgruppen verfügen über eine qualitätsgesicherte Ausbildung, die flächendeckende Versorgung ist weitgehend gewährleistet. Eine vorbildlich funktionierende Qualitätsstruktur wird bundesweit vorgehalten.

Wir werden unser Repertoire aber immer noch erweitern müssen, z. B. durch die Umsetzung einer einheitlichen Instruktion der Patienten in den Kinder- und Jugendarztpraxen oder einer Kurzschulung für solche Familien, die mutmaßlich keine umfangreiche 30-Stunden-Schulung benötigen. Auf regionaler Ebene werden sich vorhandene Netzwerke weiter optimieren müssen, um auch künftig eine flächendeckende Asthmaschulung sicherstellen zu können.

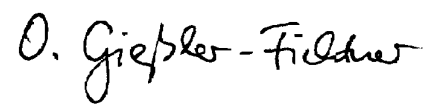
Die Schulung von Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose Atopisches Ekzem etabliert sich in vergleichbar kompetenter Form. Nachdem die große Multicenter-Evaluationsstudie publiziert ist und international viel Beachtung findet, wird die Schulung nach dem Curriculum der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e.V. (AGNES) nahtlos in das Netzwerk interdisziplinärer Schulungsmaßnahmen integrierbar sein. Dies ist insofern logisch, als oft dieselben Personen, Praxen und Schulungsteams, die schon mit viel Engagement Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale geschult haben, in den vergangenen Jahren begonnen haben, das Konzept der Neurodermitisschulung nach AGNES mit gleichem Erfolg in die Praxis umzusetzen.

Bis sich Strukturen, Angebote und Kostenträgerschaften für die Schulung von Kindern und Jugendlichen mit Atopischem Ekzem und ihren Familien vollständig jenen der Asthmaschulung angeglichen haben werden, dürfte noch ein arbeitsreicher Weg zu bewältigen sein. So ist eine einheitliche Vergütung der Neurodermitisschulungen aufgrund von gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Strukturproblemen im Augenblick noch keineswegs gesichert. Es wird wieder auf die Arbeit vieler Hände und Köpfe ankommen, bis dieses Ziel gemeinsam erreicht ist.

Wie die bekannten Diagnosestatistiken zeigen, treten gerade im Jugendalter Verhaltensstörungen bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Probleme zunehmend in den Vordergrund. Wir alle werden uns mehr und mehr mit diesen Themen auseinandersetzen müssen. Dazu wird es hilfreich sein, zu lernen, über den Tellerrand unserer jeweiligen „Fach-Profession“ hinwegzublicken und die Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsgemeinschaften zu suchen. Themen wie Adipositas und ADHS verlangen immer weitgehender unser fachliches und persönliches Engagement. Gute Dienste leisten dabei vernetzte Strukturen. Diese können zum entscheidenden Vorteil werden, weil sie vielfältige medizinische und nichtmedizinische Kompetenz nachhaltig und synergetisch orientiert sicherstellen.

Was also liegt näher, als das, was wir bereits geschaffen haben, zukünftig auch entsprechend zu nutzen und sich derart angemessen auf die neuen Anforderungen einzulassen.


Otto Laub
Projektschriftleiter


Oliver Gießler-Fichtner
Projektschriftleiter

