

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bei der Indikation Asthma bronchiale

Auszug aus:

Rahmenkonzept und indikationsspezifische Konzepte zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der gesetzlichen Rentenversicherung

Empfehlungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger vom Februar 1998

Gesamtübersicht:

Rahmenkonzept:

Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der gesetzlichen Rentenversicherung

Indikationsspezifische Konzepte:

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bei der Indikation Asthma bronchiale

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bei der Indikation Adipositas mit Folgestörungen

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bei der Indikation Diabetes mellitus Typ I

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bei der Indikation Mukoviszidose

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bei der Indikation Neurodermitis

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bei der Indikation
Asthma bronchiale

Gliederung:

- 1. Einleitung**
- 2. Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit**
 - 2.1 Rehabilitationsbedürftigkeit
 - 2.2 Rehabilitationsfähigkeit
- 3. Ziele**
- 4. Diagnostik**
- 5. Therapie**
 - 5.1 Medikamentöse Therapie
 - 5.2 Physiotherapie
 - 5.3 Sporttherapie
 - 5.4 Klimatherapie
- 6. Krankheitsbewältigung**
 - 6.1 Psychotherapie/Psychologische Betreuung
 - 6.1.1 Psychologische Diagnostik
 - 6.1.2 Psychotherapeutisch orientierte Betreuung in Einzelgespräch und Gruppen
 - 6.2 Pädagogische Betreuung
 - 6.3 Asthmaschulung der Patienten
 - 6.4 Asthmaschulung der Eltern
 - 6.5 Weitere Schulungsmaßnahmen
 - 6.6 Berufsberatung und Berufsfindung
 - 6.7 Sozialberatung der Patienten und ihrer Eltern
- 7. Schule**
- 8. Nachsorge**
- 9. Strukturelle Anforderungen an Reha-Kliniken bei Asthma bronchiale**
 - 9.1 Unterbringung
 - 9.2 Besondere bauliche Voraussetzungen
 - 9.3 Diagnostik
 - 9.3.1 Grundausstattung
 - 9.3.2 Fakultative Zusatzuntersuchungen
 - 9.4 Personal

Anhang: Exemplarischer Wochentherapieplan

1. Einleitung

Das Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter. Es ist heute davon auszugehen, daß bis zu 10 % aller Kinder in Deutschland davon betroffen sind. Die Mehrzahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen behält ihr Asthma auch im Erwachsenenalter und es kommt dadurch zu wesentlichen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit im Berufsleben.

Definiert wird das Asthma bronchiale als entzündliche Erkrankung der Atemwege mit bronchialer Hyperreagibilität und variabler Atemwegsobstruktion. Typische Symptome sind Husten und anfallsartige Atemnot. Die Versorgung der Patienten mit Asthma bronchiale erfolgt primär ambulant durch niedergelassene Ärzte, z.T. in Spezialambulanzen und bei akuter Verschlechterung in der Klinik.

Die Behandlung im niedergelassenen Bereich wird in der Regel entweder durch einen Allgemeinarzt, praktischen Arzt oder einen Kinderarzt durchgeführt. Nur ein kleiner Teil der Patienten wird von Ärzten mit speziellen Erfahrungen im Bereich der Kinderpneumologie betreut. Bei der bisherigen Versorgung dieser Patienten steht die Diagnostik und medikamentöse Einstellung des Asthmapatienten im Vordergrund. Die für die längerfristigen Behandlungserfolge bei dieser chronischen Erkrankung besonders wichtige Aufgabe der Krankheitsbewältigung kann zur Zeit in unserem Gesundheitssystem vorwiegend mit Hilfe der komplexen Therapieprogramme eines stationären Rehabilitationsverfahrens erfüllt werden. Im Rahmen einer solchen stationären Rehabilitation werden die Patienten nicht selten auch erstmals fachspezifisch adäquat diagnostisch und therapeutisch versorgt.

Das Reha-Verfahren selbst hat dabei zum Ziel, neben der Verbesserung der pulmonalen Situation und der damit verbundenen Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit eine langfristige Verbesserung der individuellen Lebensqualität, sozialen Integration und späteren beruflichen Leistungsfähigkeit zu erreichen, indem die asthmatischen Beschwerden gemindert und das Asthmanagement durch den Patienten (und seine Eltern) optimiert wird. Dabei soll das vorliegende indikationsspezifische Konzept in Verbindung mit dem Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der gesetzlichen Rentenversicherung Anwendung finden.

2. Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit

Im Rahmen einer stationären Rehabilitation sollen Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale behandelt werden, bei denen Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Lebensqualität und der sozialen Integration eingetreten sind oder bei denen dies zu befürchten ist.

2.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

Die Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit erfolgt aus der zusammenfassenden Bewertung aller sozialmedizinisch relevanten Kriterien. Rehabilitationsbedürftigkeit ist z.B. anzunehmen bei:

- gesichertem Asthma bronchiale mit
 - vorhandener oder absehbarer Einschränkung der körperlichen Belastbarkeitoder
 - nachhaltiger Einschränkung der Lebensqualitätoder
 - Kombination mit anderen chronischen Erkrankungen
- unzureichender Wirksamkeit der bisherigen ambulanten Therapie
- zu erwartender günstiger Beeinflussbarkeit des Krankheitsbildes durch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme.

Keine Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor bei akutmedizinischem Handlungsbedarf.

2.2 Rehabilitationsfähigkeit

Für eine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit müssen die allgemeinen indikationsübergreifenden Kriterien erfüllt sein.

Von unzureichender Rehabilitationsfähigkeit kann ausgegangen werden, wenn Begleitumstände einer erfolgreichen Rehabilitation entgegenstehen, wie z.B.:

- Fehlen von Gruppenfähigkeit
- schwere geistige Behinderung

3. Ziele

Für die Rehabilitation bei Asthma bronchiale ergeben sich folgende Ziele:

1. maximale Besserung der Atemfunktion sowie der physischen und psychischen Gesamtsituation
2. Erlangung maximaler Selbständigkeit im Krankheitsmanagement (in Abhängigkeit vom Alter, ggf. mit Unterstützung der Eltern)
3. Beratung für eine spätere berufliche Tätigkeit bei der entsprechenden Altersgruppe
4. Steigerung der Lebensqualität durch Ermöglichung größerer Freiräume (Freizeitverhalten, insbesondere Sport)
5. Minimierung der Folgen der Krankheit für den Patienten, seine Familie und die Gesellschaft

Um diese Ziele zu erreichen, hat die Kinder-Rehabilitation bei Asthma bronchiale folgende Struktur:

- Diagnostik
- Therapie
- Anleitung zur Krankheitsbewältigung

4. Diagnostik

In der Rehabilitation soll die Diagnose unter Einbeziehung der Vorbefunde aktualisiert werden. Hierbei ergibt sich folgende Vorgehensweise:

- Erhebung der Anamnese unter Berücksichtigung möglicher psychosozialer Aspekte der Erkrankung und ihrer Folgen mit Erstellung eines individuellen Diagnostikplanes incl. Differentialdiagnose
- Körperliche Untersuchung
- Erfassung des Schweregrades der Erkrankung mit Funktionsdiagnostik und Labormethoden (Grad der Obstruktion und Überblähung, Reversibilität, Grad der bronchialen Überempfindlichkeit, körperliche Belastbarkeit etc.)
- Weitere Abklärung, z. B. Allergene als Auslöser (z.B. Gesamt-IgE, Prick-Test, spezifisches IgE).

Bei nicht gesicherter Diagnose ist diese differentialdiagnostisch neu zu diskutieren und ggf. auch neu zu stellen. Hierzu wird ein neuer individueller Diagnostikplan erstellt (z.B. Schweißtest, immunologische Diagnostik, Röntgenthorax, Röntgen-Nasennebenhöhlen bzw. Sonographie der Nasennebenhöhlen, Cilienfunktion, psychosozialer Status des Patienten etc.).

5. Therapie

Mit der Aktualisierung der Diagnose wird ein individueller Therapieplan erstellt. Ziel dieses The-

rapieplanes sollte es sein, neben der Behandlung in der Reha-Klinik ein Langzeittherapiekonzept für die Zeiten nach der Reha-Maßnahme vorzubereiten und zu ermöglichen.

Das Therapiekonzept umfaßt dabei folgende Punkte:

1. medikamentöse Therapie
2. Physiotherapie
3. Sporttherapie
4. Klimatherapie

5.1 Medikamentöse Therapie

In Abhängigkeit von der Intensität und der Häufigkeit der Asthmabeschwerden können beim Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter 3 Schweregrade unterschieden werden: das sog. leichte Asthma - Stufe 1, das mittelschwere Asthma - Stufe 2 und das schwere Asthma - Stufe 3 (internationaler Consensus 1993 und Empfehlung der Deutschen Atemwegsliga zum Asthma-Management bei Erwachsenen und bei Kindern).

Entsprechend dem Schweregrad, der Häufigkeit der Symptomatik muß entschieden werden, ob eine Therapie ausreicht, die nur bei akuten Beschwerden des Patienten eingesetzt wird, oder ob eine Dauertherapie erforderlich ist.

Kinder, die täglich von akuten Asthmabeschwerden bedroht sind oder deren Lungenfunktion pathologische Werte bei einer subklinischen Symptomatik zeigt, benötigen in der Regel eine Dauertherapie des Asthma bronchiale. Ziel der Dauertherapie ist es, den Patienten anfalls- bzw. symptomfrei zu bekommen, um neuen Beschwerden möglichst vorzubeugen. Zusätzlich zu dieser Langzeittherapie muß beim allergengetriggerten Asthma bronchiale in erster Linie der Versuch einer Allergenkarrenz unternommen werden (z.B. Hausstaubmilbensanierung, Vermeidung von Tierhaltung). Handelt es sich um ein nicht vermeidbares Allergen, kann neben der medikamentösen Asthmabehandlung eine spezifische Allergiebehandlung in die Therapieempfehlungen mit einbezogen werden. Die medikamentöse Therapie sollte, soweit erforderlich, auf der Basis der aktuellen Therapieempfehlungen ärztlicher Fachgesellschaften durchgeführt werden.

Neben der richtigen medikamentösen Einstellung des Patienten sind die Therapiekontrolle und die daraus resultierende Anpassung der Behandlung an eine evtl. Änderung der Asthma-Situation ganz entscheidend. Voraussetzung hierfür ist das Vermögen der Selbsteinschätzung der Asthma-Situation durch den Patienten (Peakflow-Messung, körperliche Selbstwahrnehmung etc.). Dies ist eine wesentliche Aufgabe der Physiotherapie und Sporttherapie.

5.2 Physiotherapie

Bei der Physiotherapie stehen folgende Gesichtspunkte während des stationären Heilverfahrens im Vordergrund:

- Regulation der Ruheatmung
- Anpassung der Atmung an Belastung und Krisensituation
- Behandlung von evtl. bereits bestehenden Sekundärschäden an den Stütz- und Bewegungsorganen

Dafür werden bei der Atemtherapie im engeren Sinne zunächst Atemwahrnehmung und Atemvertiefung mit Regulation der Strömungsgeschwindigkeit zur Vermeidung eines Atemwegskollapses und die Vermeidung von Preßatmung und airtrapping vermittelt. Hierzu gehört auch das Einüben von Dehnlagen (z. B. „Mond“, „Schraube“, „Rutsche“) zur Erhaltung und Förderung der Brustkorbbeweglichkeit. Im Rahmen der Atemwahrnehmung sind die Vermittlung der Körperwahrnehmung und die Einschätzung der persönlichen Asthmasituation eine wichtige Aufgabe. Dazu gehört auch die Benutzung eines Peakflow-Meters.

Ein weiterer entscheidender Teil ist das Einüben des Atemverhaltens bei Auftreten von Asthmbeschwerden (z.B. Lippenbremse, Förderung der Bronchialdrainage und der Expektion, in Einzelfällen autogene Drainage). Weitere Punkte der Physiotherapie sind dann das Vermitteln von atemerleichternden Stellungen wie Torwartstellung, Kutschersitz etc.).

Einen großen Bereich nimmt bei der Physiotherapie das Erlernen von richtigen Inhalationstechniken ein, wie z.B. das Inhalieren mit dem Düsenvernebler, die Benutzung eines Dosier-Aerosols bzw. einer Pulver-Inhalation. Neben dem Einüben der Inhalationstechniken muß hier auch die Reinigung und die Wartung der einzelnen Inhalationsgeräte bzw. Inhalationshilfen vermittelt werden.

5.3 Sporttherapie

Ziel des Sports beim Asthmatiker ist es, gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen zu kompensieren, zu regenerieren, Sekundärschäden vorzubeugen und gesundheitlich orientiertes Verhalten zu fördern. Der Sport in der Rehabilitation gliedert sich in 3 Hauptstufen:

- Diagnostik
- Förderstufe
- Selbständigkeitsstufe.

In der Diagnostik werden die verfügbaren koordinativen und konditionellen Leistungen sowie die körperlichen Defizite erfaßt und dienen zur Planung des Reha-Programmes. In der Förderstufe muß der Patient an die sportliche Betätigung unter Aufsicht des Sportlehrers herangeführt werden. Dabei ist die Vermittlung von Körperwahrnehmung und Einschätzen der persönlichen Asthmasituation eine wichtige Aufgabe. Zusätzlich werden psychomotorische und konditionelle Trainingsprogramme begonnen, die oft erst auf der Basis der optimierten Krankheitssituation möglich sind. Hier arbeiten Physiotherapie und Sporttherapie Hand-in-Hand. In der Selbständigkeitsstufe soll das eigenständige Umgehen mit dem Sport ggf. unter Einsatz von Medikamenten erreicht werden. Die in der 2. Phase begonnenen Trainingsvorgänge können erweitert werden. Hier sollen koordinative und psychomotorische Funktionen sowie die konditionellen Leistungen und insbesondere die Atemfunktion verbessert werden.

Hierbei bestehen dann fließende Übergänge zum Bereich der Krankheitsbewältigung. Bei der Auswahl der Sportarten in der Rehabilitation sollte berücksichtigt werden, daß der Sport auch nach der Rehabilitationsmaßnahme zu Hause fortgesetzt werden kann. Die Auswahl der Sportarten sollte sich deshalb neben den örtlichen Gegebenheiten auch nach den Möglichkeiten des Patienten zu Hause richten. Einen unverzichtbaren Schwerpunkt beim Asthasport stellt das Schwimmen dar, das um alle anderen Formen des Sports in der Halle und im Freien ergänzt wird. Deshalb sollte es auch im Reha-Sport ausreichend repräsentiert sein.

5.4 Klimatherapie

Die Klimatherapie mit Allergen- und Schadstoffarmut stellt einen festen Bestandteil der Rehabilitation des Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter dar, die für sich alleine schon eine Verbesserung des Krankheitsbildes zur Folge haben kann.

Ein klimatisches Terraintraining hat sich dabei besonders bewährt, da körperliche Anstrengung die günstigen Einflüsse des jeweiligen Klimas auf den menschlichen Organismus verstärkt.

6. Krankheitsbewältigung

Ein Grundprinzip der Kinder-Rehabilitation ist die interdisziplinäre Betreuung des Patienten durch Ärzte, Krankenschwestern, Psychologen, Pädagogen, Physiotherapeuten und Sporttherapeuten, die besonders bei der Aufgabe der Krankheitsbewältigung zum Tragen kommt. Dabei soll sich die Hilfe zur Krankheitsbewältigung im wesentlichen auf folgende Bereiche beziehen:

- Förderung der Akzeptanz der chronischen Erkrankung
- Förderung der Selbstwirksamkeit und Autonomie beim Krankheitsmanagement
- Verbesserung der krankheitsbezogenen Eltern-Kind-Interaktion
- Bewertung der Krankheit und der durch die Krankheit bedingten Probleme
- Verbessertes Streßmanagement
- Verbesserung der sozialen Interaktionen.

Zu den eingesetzten Techniken zählen:

- Einzelfalldiagnostik
- Kognitive Umstrukturierung
- allg. Verhaltenstraining
- Streßbewältigungstraining
- Entspannungstraining
- Training sozialer Fertigkeiten

6.1 Psychotherapie / Psychologische Betreuung

6.1.1 Psychologische Diagnostik

Bei der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale kann im Einzelfall die Erfassung von psychischen Störungen und seelischen Konflikten eine wichtige Voraussetzung dafür sein, die individuell erforderlichen Hilfen im Rahmen der Krankheitsverarbeitung zu erstellen und zu vermitteln. Neben psychologischer Anamnese (unter Einbeziehung auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen) und Verhaltensbeobachtung können ggf. auch testdiagnostische Verfahren zur Anwendung kommen. Im einzelnen werden die den Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten des Kindes (bzw. Jugendlichen) zugrundeliegenden unterschiedlichen Veränderungen erfaßt, wie z.B.:

- Teilleistungsschwächen
- Emotionale Störungen (Ängste und Depressionen)
- Psychische Befindlichkeiten
- Familiäre und psychosoziale Beeinträchtigungen
- Beeinträchtigung der Motivation
- Psychosomatische Störungen

Durch gründliche psychologische Diagnostik können diese ggf. bereits zuhause beobachteten Störungen während der stationären Heilbehandlung verifiziert und Indikationskriterien für spezifische Schulungsprogramme oder für eine zusätzliche psychologische Intervention (psychotherapeutisch orientierte Betreuung, Krisenintervention oder Beratung der Eltern/Bezugspersonen) ermittelt werden.

6.1.2 Zusätzliche psychotherapeutisch orientierte Betreuung in Einzelgespräch und Gruppen

Für jene Gruppe von Rehabilitanden, die als Sekundärsymptomatik eine psychische Störung nach nosologischen Klassifikationssystemen (z.B. Angst und/oder Depression als Folge des Asthma bronchiale) aufweisen, soll eine auf verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten basierende Intervention erfolgen. Diese symptomspezifische Therapie stellt für jene Subgruppe die zentrale Voraussetzung zur Implementierung weiterer Maßnahmen der Krankheitsbewältigung dar.

6.2 Pädagogische Betreuung

Die pädagogische Betreuung umfaßt die alltäglichen Situationen der Kinder. Hierzu gehören ins-

besondere die tägliche Hygiene, das Achten auf Einhaltung von Regeln, sowie eine interessant und ausgewogen geplante Freizeitgestaltung. Besonderen Stellenwert besitzt hierbei die sportliche Freizeitgestaltung. Im Austausch und in Zusammenarbeit mit den Sporttherapeuten finden entsprechende Sportangebote im Freizeitbereich statt. Hierbei werden die im Asthma-Verhaltenstraining gelernten Verhaltensweisen jeweils in konkrete Alltagssituationen umgesetzt (z. B. Terraintraining, Langlauf etc.).

6.3 Asthaschulung der Patienten

Grundlagen:	Modellkonzeption des Bundesministeriums für Gesundheit (Version Februar 95)
Leitung:	interdisziplinäres Team (Arzt, Psychologe, Schwester, Physiotherapeut)
Inhalte:	Was ist Asthma?, Asthmaauslöser, Medikamente, Anfallsvermeidung, Stufentherapie, Selbsteinschätzung, Notfallmanagement, psychosoziale Aspekte.
Zeitlicher Rahmen:	8 Schulungseinheiten
Gruppengröße:	für Patienten ab 8 Jahren wird die Schulung in altersentsprechenden Gruppen (5-8 Patienten) durchgeführt

6.4 Asthaschulung der Eltern (als Begleitpersonen aufgenommen)

Grundlagen:	Modellkonzept des Bundesministeriums für Gesundheit (s. o.)
Leitung:	interdisziplinäres Team (Arzt, Psychologe, Schwester, Physiotherapeut)
Zeitlicher Rahmen:	4 Doppelstunden unter Einbeziehung möglichst beider Elternteile
Inhalte:	Prinzipiell analog Patientenschulung für Kinder und Jugendliche, nur auf Erwachsene abgestimmt.

6.5 Weitere Schulungsmaßnahmen

Kommt das Kind ohne Begleitperson in die Reha-Maßnahme, sollte versucht werden, die Eltern mit in die Asthaschulung einzubeziehen. Dies kann z.T. schriftlich, z.B. mit Eltern-Begleitbriefen erfolgen. Anzustreben ist evtl. eine zumindest vorübergehende kurzfristige Aufnahme (z.B. 3-5 Tage) eines Elternteils für eine gezielte Schulung. Falls dies auch nicht möglich sein sollte, ist ein Angebot für eine ambulante Schulung (Wochenendbesuch) wünschenswert.

6.6 Berufsberatung und Berufsfindung

Im Rahmen der stationären Rehabilitation sind auch Maßnahmen zu einer geeigneten Berufsfindung angezeigt.

Für Patienten der letzten oder vorletzten Schulklassen ihres Bildungsganges mit einem Schweregrad des Asthas, der ihre Berufswahl potentiell einschränkt, wird in Absprache mit den Lehrerinnen und Lehrern der Klinikschule und dem psychologischen Dienst das Beratungsangebot der Arbeitsverwaltung in Anspruch genommen. Ziel der Berufsberatung in der Rehabilitation ist es, zunächst das Problembewußtsein bezüglich der Berufswahl zu wecken. Im zweiten Schritt sollen die beruflichen Perspektiven nach Neigung des Patienten und medizinischer Eignung aufgezeigt werden. Die eigentliche Berufswahl muß dann am Heimatort mit Kenntnis der regionalen Möglichkeiten erfolgen.

6.7 Sozialberatung der Patienten und ihrer Eltern

Im Rahmen des Heilverfahrens wird auf soziale Hilfestellungen, wie z.B. Möglichkeiten des Schwerbehindertenausweises, hingewiesen.

7. Schule

Die schulische Betreuung von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation gehört zur allgemeinen Grundstruktur einer Kinder-Rehabilitationsklinik. Sie orientiert sich am individuellen Wissens- und Lernstand. Hauptziel ist ein wissenserhaltender Unterricht in den sogenannten Kernfächern. Asthmaspezifische Handicaps der Kinder sollen dabei berücksichtigt und aufgearbeitet werden. Somit gehört das Aufzeigen von Lernstrategien und Lerntechniken zum individuellen Förderplan dieser Schule, der über die eigentliche Wissensvermittlung hinausgeht.

8. Nachsorge

Die Nachsorge nach der Rehabilitation ist Aufgabe des niedergelassenen Arztes möglichst in Zusammenarbeit mit einem kinderpneumologischen Zentrum bzw. einer speziell dafür ausgerichteten Praxis. Für einen Langzeiteffekt der Rehabilitation ist deshalb der Transfer der während der Reha-Maßnahmen gewonnenen Kenntnisse an den Hausarzt bzw. das Zentrum wichtig. Dies erfolgt in Form des Entlassungsberichtes und nach Möglichkeit durch persönlichen Kontakt, bzw. regelmäßige Fortbildungsveranstaltung der Reha-Klinik. Von besonderer Wichtigkeit ist hier die Transparenz des Reha-Konzeptes der Kliniken für den niedergelassenen Bereich, damit in der weiteren Betreuung auf dem Reha-Verfahren aufgebaut werden kann. Neben dem Kontakt zum niedergelassenen Arzt soll von der Reha-Klinik auch ein Kontakt zu den Selbsthilfegruppen gehalten werden, um auch diesen Bereich in die Nachsorge mit einzubeziehen.

9. Strukturelle Anforderungen an Reha-Kliniken bei Asthma bronchiale

Bei der Standortwahl, dem Bau und der Ausstattung von Rehabilitationskliniken für die Indikation Asthma bronchiale muß speziell allergischen und umweltmedizinischen Gesichtspunkten Rechnung getragen werden. Diese Kliniken sollten deshalb bevorzugt in allergen- und schadstoffarmen Regionen betrieben werden.

9.1 Unterbringung

Für die Unterbringung gelten die allgemeinen Standards der Kinder-Rehabilitation nach den VDR- Richtlinien unter Berücksichtigung der heute bestehenden Richtlinien für eine Allergen- und Schadstoffreduzierung (Hausstaubmilben, Schimmelpilze, Tierepithelien, Passivrauchen etc.). In einer Kinder-Rehabilitationsklinik muß deshalb auch prinzipiell ein Rauchverbot bestehen.

9.2 Besondere bauliche Voraussetzungen

Neben den allgemein gültigen räumlichen Erfordernissen für eine Kinder-Rehaklinik (VDR-Richtlinien) werden bei Asthma bronchiale zusätzlich mindestens eine Gymnastik- und Sporthalle, ein Sportplatz, Physiotherapieräume, ein Entspannungsraum und Schulungsräume benötigt. Ein Schwimmbad ist wünschenswert, außerdem ist ein Notfallbehandlungsraum mit Überwachungseinheit erforderlich.

9.3 Diagnostik

9.3.1 Grundausstattung

- Lungenfunktionsdiagnostik mit Spirometrie, Bodyplethysmographie, Blutgasanalyse, unspezifische Provokation (z.B. Histamin)
- Allergiediagnostik: Haut-Prick-Test und weitere Hauttestungen
- Notfall-Labor

9.3.2 Fakultative Zusatzuntersuchungen

- Lungenfunktionsdiagnostik mit CO-Diffusionsmessung, spez. Allergenprovokationen, indikationsbezogene Röntgendiagnostik, Pilocarpin-Jontophorese
- Allergiediagnostik: Gesamt-IgE, spez. IgE
- Labor und Funktionsdiagnostik: allgemein-pädiatisches Routinelabor, kardiologische Diagnostik, Sonographie

9.4 Personal

Für die personelle Struktur einer Kinder-Rehabilitationsklinik können bei Durchführung stationärer Heilbehandlungen von Kindern und Jugendlichen mit der Indikation Asthma bronchiale folgende Anhaltszahlen als Empfehlung dienen:

- **Ärzte:**
Neben der personellen Grundausstattung der Klinik mit Chefarzt und Oberarzt (entsprechend der Größe der Klinik - siehe Anhaltszahlen im Erwachsenenbereich) werden jeweils 25 Patienten von 1 Arzt stationär versorgt. Die leitenden Ärzte sollten Kinderärzte mit mehrjähriger pneumologischer Erfahrung sein und möglichst über die Zusatzbezeichnung Allergologie verfügen.
- **Psychologen:**
1 Psychologe mit speziell vertieften Kenntnissen und einschlägigen Erfahrungen in der Verhaltensmedizin und Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen für 50 Patienten
- **Kinderkrankenschwestern/-pfleger und Erzieher:**
Die Station (ca. 20 Patienten) sollte von mindestens 2 Fachkräften während der regulären Dienstzeit (außerhalb des Nachtdienstes) versorgt sein
- **Krankengymnasten:**
1 Krankengymnast mit speziellen Erfahrungen in der Atemtherapie bei Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter für 30 Patienten
- **Sporttherapeuten:**
1 Sporttherapeut für 40 Patienten
- **weitere personelle Grundausstattung:**
1 Krankenschwester speziell zuständig für Lungenfunktionsdiagnostik, Arzthelferinnen, MTA, Sekretärin etc. entsprechend der Größe der Klinik.

Literaturverzeichnis:

Bauer, C.-P., Perspektiven der medikamentösen Therapie des Asthma bronchiale im Kindesalter (1993) in Asthma bronchiale im Kindesalter, Quintessenz-Verlag München (Hrsg.: Petermann, F., Lecheler, J.) 17-24

Bauer, C.-P., van Egmond-Fröhlich, A., Eckl, F., Fichtner, O., Stein, D. Kinderrehabilitation bei Asthma bronchiale, der Kinderarzt 27.Jg. (1996) Nr.9

Debelic, M., Lecheler, J. (1995) Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Asthma und obstruktiver Bronchitis, der Kinderarzt 26.Jg. 474-481

Internationaler Konsensus-Bericht zur Diagnose und Behandlung des Asthma bronchiale (1993), Pneumologie Sonderheft 2: 245-288

Innenmoser, J., (1992) Die Bedeutung von Bewegung, Spiel, Sport und Sporttherapie für Kinder während stationärer Rehabilitationsmaßnahmen in Fachkliniken, Krankengymnastik 44.Jg., 302-320

Innenmoser, J., Darlath, W. (1990) Rolle und Funktion des Sporttherapeutischen Teams in der Prävention und Rehabilitation von Asthmatikern, Präv.-Rehab. 2: 109-114

Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Methodik und Didaktik (1995) Methodik und Didaktik der Schulung asthmakranker Kinder und Jugendlicher, Präv.-Rehab. 7:11-16

Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Methodik und Didaktik (1995) Methodik und Didaktik der Elternschulung, Präv.-Rehab. 7:17-22

Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Evaluation (1995) Evaluation der Schulung asthmakranker Kinder und Jugendlicher, Präv.-Rehab. 7: 27-30

Lauth, G., W., Schlottke, P., F. (1993) Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern, Psychologie Verlags-Union, Weinheim

Petermann, F., Walter, H.-J., Köhl, C., Biberger, A. (1993) Asthma-Verhaltenstraining mit Kindern und Jugendlichen (AVT), Quintessenz, München 17

Petermann, F., Petermann, U. (1994) Training mit aggressiven Kindern, 7. Auflage, Psychologie Verlagsunion, Weinheim

Petermann F. (1995) Modellkonzeption für das BMG - Projekt „Asthma-Patientenschulung“

Petermann, F., Petermann, U. (1996) Training mit Jugendlichen: Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten, 5. Auflage, Psychologie Verlags Union, Weinheim

Petermann, F., Petermann, U. (1996) Training mit sozial unsicheren Kindern, 6. Auflage, Psychologie Verlags Union, Weinheim

Petro, W. (Hrsg.) Pneumologische Prävention und Rehabilitation, Springer, Berlin 1994

Sczepanski, R., Lecheler, J. (1995) Asthmaschulung im deutschsprachigen Raum, Präv.-Rehab. 7: 1-3

Thomas, L. et al (1988) Living with Asthma, Genesis and Development of a self-Management

Program for Childhood Asthma, Journal of asthma 25(6): 335-362

Wettengel, R., et al. (1994) Empfehlungen der deutschen Atemwegsliga zum Asthmamanagement bei Erwachsenen und bei Kindern, Medizinische Klinik 2: 57-67

**Exemplarischer Wochentherapieplan für die stationäre Rehabilitation
von Kindern und Jugendlichen mit der Indikation Asthma bronchiale**

Tag Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
06.45-07.30	Peakflow-Messungen, Inhalationen, Medikamenteneinnahme				
07.30-08.30	Frühstück				
08.00-09.30	Schule				
09.30-09.45	Kurzvisite für aktuelle Probleme				
09.45-11.00	Krankengymnastische Atemtherapie	Visite	Krankengymnastische Atemtherapie	Asthma- schulung	Visite
11.00-11.30	Mittagessen				
11.30-12.15	Peakflow-Messungen, Inhalationen, Medikamenteneinnahme Peakflow- und Therapiebesprechung				
12.30-13.30	Asthma- sport	Strukturierter Gruppen-	Diagnostik/ evtl. Einzel-KG	Diagnostik/ evtl. psych. Einzelberatung	Gruppenaktivität zum Umsetzen des Gelernten in die Praxis
13.30-14.30	Diagnostik		Asthma- schwimmen	Schwimmen	
14.30-15.30		Sport	Gruppenaktivität	Freizeit	
15.30-16.30	Psychologe	Freizeit	Freizeit	Gruppen- sport	
17.00-17.30	Abendessen				
	Abendsport	Gruppenaktivität	Sauna	Abendsport	Freizeit
19.00-19.30	Peakflow-Messungen, Inhalationen, Medikamenteneinnahme				