


1.4 Konzeptionelles	 Alpenklinik Santa Maria <small>Overijoch/Alpbach Tirol</small>
Konzept Asthma bronchiale und allergische Rhinokonjunktivitis	

ICF-Therapiekonzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen der Alpenklinik Santa Maria mit der Indikation Asthma bronchiale und allergische Rhinokonjunktivitis

Gliederung:

1. Allgemeines	1
2. Einleitung	
2.1. Asthma bronchiale	2
2.2. Allergische Rhinokonjunktivitis	5
2.3. Standortvorteil der Alpenklinik Santa Maria	6
3. Rehabilitationsbedürftigkeit und –fähigkeit	
3.1. Rehabilitationsbedürftigkeit	7
3.2. Rehabilitationsfähigkeit	8
4. ICF-Kriterien	
4.1. Allgemeines	8
4.2. Zu den Körperfunktionen	10
4.3. Zu den Körperstrukturen	12
4.4. Zu Aktivitäten und Teilhabe	12
4.5. Zu den umweltbezogenen Kontextfaktoren	14
4.6. Zu den personenbezogenen Kontextfaktoren	16
5. Ziele der Rehabilitation (nicht ICF-codiert)	18
6. Diagnostik	20
7. Therapie und Hilfen zur Bewältigung des Asthma bronchiale, der allergischen Rhinokonjunktivitis und ihrer Folgen	21
7.1. Ärztliche Behandlung	23
7.2. Pflegerische Betreuung	23
7.3. Sport	23
7.4. Physiotherapie	24
7.5. Diät und Diätberatung	25
7.6. Psychologische Betreuung	25
7.7. Elternberatung	26
8. Pädagogische Betreuung	26
9. Schulische Betreuung	26
10. Berufsberatung und Berufsfindung	27
11. Nachsorge	27
12. Strukturelle Voraussetzungen der Alpenklinik Santa Maria	
12.1. Personal	28
12.2. Strukturelle Gegebenheiten	29
12.3. Diagnostik	30
13. Verantwortung	31

ANLAGE

1. Allgemeines

Atopische Erkrankungen wie Asthma bronchiale und allergische Rhinokonjunktivitis sind häufig durch chronische Verläufe und rezidivierende Exacerbationen gekennzeichnet. Die daraus resultierenden Behinderungen verlaufen nicht linear, sondern sind verschiedensten Schwankungen in Abhängigkeit von dem Zusammenwirken biologischer, psychischer und sozialer Faktoren unterworfen. Haben die krankheitsbedingten Schädigungen nicht nur zu vorübergehenden, sondern zu länger dauernden Beeinträchtigungen eines aktiven Lebens geführt und/oder beeinträchtigen sie die Teilhabe am täglichen Leben wie Kindergarten, Schule und Berufsleben, so ist eine medizinische Rehabilitation indiziert.

Die Rehabilitation soll helfen, eine Chronifizierung der Krankheit zu vermeiden, das Ausmaß einer Behinderung zu begrenzen, schon eingetretene Beeinträchtigungen im Bereich der alltäglichen Teilhabe zu überwinden, Kenntnisse über das Krankheitsbild im Rahmen von Schulungen neu zu erlernen oder aufzufrischen und die individuelle Lebensqualität zu steigern.

2. Einleitung

2.1. Asthma bronchiale

Asthma bronchiale ist eine chronische, entzündliche Erkrankung der Atemwege, die durch bronchiale Hyperreaktivität, vermehrte Schleimsekretion und eine variable Atemwegsobstruktion gekennzeichnet ist.

Asthma bronchiale beginnt in der Regel schon im Kindesalter und ist mit ca. 10 % die häufigste chronische Erkrankung dieses Lebensabschnitts.

Die Entstehung des Asthma bronchiale ist ein multikausaler Prozess, genetische Faktoren und Umwelteinflüsse haben einen wesentlichen Einfluss auf die Manifestation der Erkrankung. Der Verlauf der Erkrankung kann zusätzlich durch Klimaveränderungen und psychische Faktoren beeinflusst werden.

Wichtigste Auslöser des hyperreagiblen Bronchialsystems sind die Reaktion des Atemtrakts auf inhalative Allergene, Atemwegsinfektionen und chemisch/physikalisch-inhalative Noxen. Ätiologisch werden das exogen ("extrinsic") allergische sowie das endogene ("intrinsic") und das gemischte ("mixed") Asthma bronchiale unterschieden. Das exogen allergische Asthma bronchiale beruht auf einer IgE-vermittelten Sensibilisierung gegenüber Allergenen, meistens schon in der Kindheit beginnend und oft mit einem Atopiesyndrom assoziiert. Zu den atopischen Erkrankungen werden neben dem Asthma bronchiale auch das atopische Ekzem und die allergische Rhinokonjunktivitis zugeordnet. Der Atopie liegt eine ererbte Neigung zu allergischen Reaktionen zugrunde, sie geht oft zusätzlich mit einer Überempfindlichkeit von Haut und Schleimhaut gegenüber Umweltstoffen einher. Mit ihr kann ein erhöhter IgE-Spiegel assoziiert sein, ohne dass das spätere Auftreten einer Allergie vorbestimmt ist. Charakteristisch sind allergenbezogene Beschwerden, zum Beispiel durch Pollen, den Ausscheidungen der Hausstaubmilben oder tierische Proteine.

Das endogene, nicht allergische Asthma bronchiale oder auch "Infektasthma" wird vor allem durch virale Infekte ausgelöst. Mischformen ("mixed-Asthma") stellen eine häufige Manifestationsform dar, bei der sowohl Infekte, körperliche Belastung oder auch Allergien Auslöser für Exacerbationen sind. Bei beiden Asthma-Formen können unspezifische Reize (zum Beispiel chemische Reizstoffe, Zigarettenrauch, physikalische Reize wie Kaltluft, psychische Belastungen oder auch körperliche Anstrengungen) Auslöser für akute

Atemwegsobstruktionen sein. Eine besondere Trias ist die Kombination von Intrinsic-Asthma, Nasenpolypen und Aspirinunverträglichkeit.

Bei der Mehrzahl der Asthmafälle handelt es sich um Mischformen.

Wichtige exogene Auslöser zusammengefasst sind:

- Umweltallergene (Hausstaub, Pollen, Schimmelpilze)
- Tierepithelien
- Allergene Arbeitsstoffe (z.B. Mehlstaub, Holzstaub)
- Nahrungsmittelallergene
- Toxine bzw. chemische Irritantien
- Luftverschmutzung (Zigarettenrauch)
- Atemwegsinfekte
- Pseudoallergische Reaktionen (PAR) auf Analgetika (Analgetikaasthma)
- Körperliche Anstrengung (Anstrengungsasthma, vor allem bei Kindern)

Bei der Bestimmung des klinischen Schweregrades von Asthma werden außer Spirometriedaten auch andere Parameter herangezogen. So sind zum Beispiel bei Asthma auch die tageszeitabhängige Symptomatik (tagsüber - nachts) sowie die PEF-Schwankungen zu berücksichtigen. Selbst bei präbronchodilatatorisch gemessener normaler Spirometrie kann ein mittelschweres persistierendes Asthma vorliegen, wenn nächtliche Asthma-Anfälle auftreten.

Nach den Therapieleitlinien wird Asthma bronchiale klassifiziert nach Schweregraden vor medikamentöser Einstellung (Tabelle 1) und neuestens nach dem Ausmaß der Asthma-Kontrolle durch therapeutische Intervention. (Tabelle 2)

Tabelle 1
Klassifikation der Asthmaschweregrade vor Medikation nach der Versorgungsleitlinie Asthma NVL 2009

Schweregrad	Symptomatik	Lungenfunktion
I. intermittierend	intermittierende Symptome am Tage (< 1mal/Woche); kurze Exazerbationen (von einigen Stunden bis zu einigen Tagen); nächtliche Asthmasymptome 2mal/Monat;	FEV1 oder PEF 80 % vom Soll, PE F- oder FEV1-Variabilität < 20 %
II. geringgradig persistierend	Symptome > 1mal/Woche und < 1mal/Tag; nächtliche Symptome > 2mal/Monat; Beeinträchtigung von körperlicher Aktivität und Schlaf bei Exazerbationen;	FEV1 oder PEF 80 % vom Soll, PEF - oder FEV1-Variabilität 20 - 30 %
III. mittelgradig persistierend	tägliche Symptome; nächtliche Asthmasymptome > 1mal/Woche; Beeinträchtigung von körperlicher Aktivität und Schlaf bei Exazerbationen; tägliches Bedarf an inhalativen rasch wirksamen 2-Sympathomimetika;	FEV1 oder PEF 60 - 80 % vom Soll, PEF- oder FEV1-Variabilität > 30 %
IV. schwergradig persistierend	anhaltende Symptomatik hoher Intensität und Variabilität; häufige Exazerbationen; häufig nächtliche Asthmasymptome; Einschränkung der körperlichen Aktivität;	FEV1 oder PEF 60 % vom Soll, PEF - oder FEV1-Variabilität > 30 %

Tabelle 2
Grad der Asthmakontrolle (Nationale Versorgungsleitlinie Asthma NVL 2010)

Charakteristikum	Kontrolliertes Asthma	Teilweise kontrolliertes Asthma	Unkontrolliertes Asthma
	keine (<2 pro Woche)	> 2x pro/ Woche	3 oder mehr Merkmale der teilweisen Kontrolle des Asthma in einer Woche aufgetreten
Symptome tagsüber	keine	Irgendein Symptom	
Einschränkung von Aktivitäten	keine	Irgendeine Einschränkung	
Nächtliche Symptome	keine	Irgendein Symptom	
Bedarf an Bedarfstherapeutika Notfallmedikation	keine (<2 pro Woche)	> 2x pro Woche	
Lungenfunktion (PEF oder FEV1)	normal	< 80% des Sollwertes (FEV1) oder des persönlichen Bestwertes (PEF)	
Exacerbationen	keine	eine oder mehrere pro Jahr	eine pro Woche

Im Kleinkindesalter gibt es 3 Formen der Bronchialobstruktion

- „Early transient wheezers“, Rezidivierende Obstruktive Bronchitis J 45.9
- „Non-atopic wheezers“ oder frühkindliches, infektgetriggertes, intrinsisches Asthma bronchiale J 54.1, J 45.9
- „IgE associated wheeze asthma“ oder allergisch mitbedingtes Asthma im Säuglings- und Kleinkindalter J 45.8

Rezidivierende Obstruktive Bronchitis J45.9, Early transient wheezers“

Bis zum 3. Lebensjahr Giemen und dann keine Symptome mehr

- Männliche Säuglinge
- Ehemalige Frühgeborene
- Kinder von Müttern, die in der Schwangerschaft geraucht haben
- Kinder mit früh durchgemachter Virusinfektion

Schleimhautödem! Kleine Atemwege. Prognose ist gut – mit Wachstum der Atemwege verliert sich auch die Symptomatik und das Krankheitsbild geht nicht in ein Asthma bronchiale

Diagnose:

- Familienanamnese, Eigenanamnese auf Atopie bzw. Asthma negativ
- Erst eine Atemwegobstruktion, ausführliche Diagnostik nicht notwendig

Frühkindliches infektgetriggertes Asthma bronchiale , intrinsisches Asthma bronchiale, „ Non-atopic wheezers“ J45.9

Kinder zwischen 3 und 6 Jahren

- Beschwerden bei einem Virusinfekt
- Giemen oder pertussisformer, nächtlicher Husten bis zum Erbrechen
- Zwischen Virusinfekten meist relativ beschwerdefrei
- Bronchiale Hyperreagibilität

Schleimhautödem + Atemwegshyperreagibilität! Kommt im weiteren Verlauf keine Allergie hinzu, verlieren Kinder ihre Symptomatik mit zunehmender Immunisierung ab ca. dem 6. Lebensjahr.

Diagnose:

- Familienanamnese negativ oder positiv
- Mehr als zwei obstruktive Atemwegsepisoden
- Allergiescreening negativ

Allergisch mitbedingtes Asthma bronchiale in Säuglings- und Kleinkindalter, „IgE associated wheeze asthma“ J45.8

- Ab dem 2. Lebensjahr steigt die Sensibilisierungsrate an
- Bei Hühnereiweißallergie besteht eine hohe Korrelation zu einer später auftretenden Asthma bronchiale
- Bei Hausstaubmilbensenibilisierung im 3. Lebensjahr eine hohe Wahrscheinlichkeit, ein Asthma bronchiale zu entwickeln
- Prognose ohne antiinflammatorische Therapie ist schlecht. Bereits im 6. Lebensjahr ist mit einem Abfall der Lungenfunktionswerten zu rechnen

Diagnose:

- Familienanamnese meist positiv
- Atopische Erkrankung des Kindes
- Allergiescreening positiv

2.2 Allergische Rhinokonjunktivitis

Die allergische Rhinokonjunktivitis (AR), deren Prävalenz weiterhin steigt, ist mit einer derzeitigen Prävalenz von über 20 % eine der häufigsten allergischen Erkrankungen. Sie beginnt meist in der frühen Kindheit, führt nicht selten über Jahrzehnte zu lästigen Symptomen und hat oft Auswirkungen auf das Sozialleben, die schulische Leistungsfähigkeit und die Arbeitsproduktivität der Patienten. Die AR ist durch eine hohe Komorbidität gekennzeichnet, wie Asthma, Nahrungsmittelallergie, atopisches Ekzem (atopische Dermatitis, Neurodermitis), Sinusitis und anderes. Das Risiko eines Asthmaleidens ist bei Patienten mit AR dreimal höher als in der Normalbevölkerung.

Die AR wird klinisch definiert als eine symptomatische Überempfindlichkeitsreaktion der Nase, induziert durch eine IgE-vermittelte Entzündung der Nasenschleimhaut infolge Allergenexposition. Die AR wurde bislang klinisch in eine saisonale, perenniale oder berufsbedingte Form unterteilt. Saisonale Allergene (Pollen, Schimmelpilzsporen) können allerdings über viele Monate des Jahres präsent sein, und perenniale Allergene wie Milben zeigen saisonale Schwankungen bezüglich ihrer Konzentration. Daher wurde von der WHO-Arbeitsgruppe eine neue Klassifizierung vorgeschlagen, welche die Dauer der Symptomatik in den Vordergrund stellt (Tabelle 3). Die Symptomatik der AR soll durch ihre Ausprägung und ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten definiert werden.

Tabelle 3: Klassifikation der allergischen Rhinokonjunktivitis nach WHO

Dauer der Symptomatik	
Intermittierend	Persistierend
Weniger als 4 Tage pro Woche oder Weniger als 4 Wochen	Mehr als 4 Tage pro Woche und Mehr als 4 Wochen
Schwere der Symptomatik	
gering	Mäßig bis schwer
Symptome sind vorhanden Symptome beeinträchtigen nicht die Lebensqualität	Symptome sind vorhanden und belastend Symptome beeinträchtigen die Lebensqualität
Lebensqualitätsparameter: Schlafqualität, schulische oder berufliche Leistungen, alltägliche und sportliche Aktivitäten	

Entscheidend ist jedoch, dass der Leidensdruck im Alltag sehr stark ist und die Lebensqualität massiv beeinträchtigt wird.

Eine Beeinträchtigung der Nasenatmung führt zur Verminderung der Lebensqualität, Beeinträchtigung des Schlafverhaltens hin bis zu massiven Schlafstörungen. Das Jucken und Tränen von Nase und Augen bedeutet im Kindes- und Jugendlichenalter praktisch immer auch eine psychische Beeinträchtigung. Der hohe Leidensdruck, welcher sich auf Konzentration in Schule und Freizeit, im späteren Leben auf berufliche Präsenz negativ auswirken kann, behindert die normale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Selbst einfache Aufgaben des Alltags fallen den Betroffenen schwer. Die Niesanfälle stören den Patienten und seine Umwelt. Die Konzentrationsfähigkeit nimmt ab, der Aufenthalt außerhalb geschlossener Räume wird aufgrund hohen Pollenfluges unmöglich, Außenaktivitäten werden gemieden.

2.3 Standortvorteil der Alpenklinik Santa Maria

Die Alpenklinik Santa Maria bietet ideale Voraussetzungen um Atemwegserkrankungen, obstruktive Bronchitis, Asthma bronchiale, allergische Rhinokonjunktivitis und sonstige atopischen Erkrankungen zu behandeln. Der Standort der Klinik ist in der Bundesrepublik Deutschland einzigartig und wird von dem besonderen hochalpinen Klima geprägt. Eine stationäre Pollenfalle dokumentiert, dass die Belastung der Luft mit Pollen und Schimmelpilzsporen jeglicher Art deutlich geringer ist als im Flachland oder in der Küstenregion. Es ist wissenschaftlich ebenfalls belegt, dass die Hochtallage hausstaubmilbenfrei ist. Bedeutsam ist auch, dass in Oberjoch praktisch keine Reizgase und Feinstäube nachzuweisen sind.

3. Rehabilitationsbedürftigkeit und –fähigkeit

Im Rahmen einer stationären Rehabilitation sollen Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, allergischer Rhinokonjunktivitis und sonstigen atopischen Erkrankungen behandelt werden, bei denen Einschränkungen der Lebensqualität, der sozialen Integration oder der Teilhabe im Sinne der ICF eingetreten sind oder dies zu befürchten ist.

Zusammengefasst ist die Indikation zur Rehabilitation bei Atemwegserkrankungen, Asthma bronchiale, obstruktiver Bronchitis und allergischer Rhinokonjunktivitis gegeben, wenn alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen und Behinderungen die Teilhabe am normalen Leben beeinträchtigen.

3.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

Die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit erfolgt aus der zusammenfassenden Bewertung aller sozialmedizinisch relevanten Kriterien. Rehabilitationsbedürftigkeit bzw. Indikationen für eine Rehamaßnahme aufgrund eines Asthma bronchiale oder allergischer Rhinokonjunktivitis sind:

- Fehlschlagen der bisherigen ambulanten Behandlung
- Notwendigkeit von rehaspezifischen nichtmedikamentösen Therapieverfahren, wenn diese ambulant nicht im erforderlichen Ausmaß erfolgen können, z. B. Schulung, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Tabakentwöhnung, psychologische Hilfen, Allergen- und Schadstoffkarenz.
- Anpassung der bisherigen ambulanten Behandlungsmaßnahmen
- Spezifische Diagnostik der Erkrankung mit spezieller technischer Unterstützung
- Erfassung des Schweregrades in der Ausprägung der Erkrankung unter alltagsnahen Bedingungen
- Vorliegen einer Fähigkeitsstörung (z.B. eingeschränkte körperliche Belastbarkeit)
- Vorliegen einer Beeinträchtigung (z.B. verminderte Lebensqualität, Störung der sozialen Integration, drohende berufliche Beeinträchtigung wegen z.B. bestimmter Allergene)
- Notwendigkeit einer adäquaten Therapieeinstellung unter klinischer Kontrolle bei ganztägiger Beobachtungsmöglichkeit in unterschiedlichen Situationen.
- Therapielimitierende Faktoren im Bereich des psychosozialen Umfeldes
- Ungenügende Krankheitseinsicht und Krankheitsakzeptanz
- Fehlende Compliance durch mangelhaftes Krankheitsverständnis
- Unzureichendes Krankheitsmanagement, fehlende qualifizierte Schulung
- Häufige Schulfehlzeiten mit daraus resultierender negativer Leistungsspirale
- Notwendigkeit des Erlernens spezieller Therapien oder Techniken
- Probleme im Bereich des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenz.

3.2 Rehabilitationsfähigkeit

Für eine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit müssen die allgemeinen indikationsübergreifenden Kriterien erfüllt sein. Von einer unzureichenden Rehabilitationsfähigkeit kann ausgegangen werden, wenn Begleitumstände einer erfolgreichen Rehabilitation entgegenstehen, wie z.B.

- Fehlen von Gruppenfähigkeit
- schwere geistige Behinderung
- Patienten unter 8 Jahren ohne Begleitperson

4. ICF-Kriterien

4.1 Allgemeines

Die Alpenklinik Santa Maria orientiert sich in ihrem Rehabilitationsverständnis an den ICF-Kriterien (International Classification of Functioning, Disability and Health) der WHO, der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. In diesem Zusammenhang sind die verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells zu berücksichtigen.

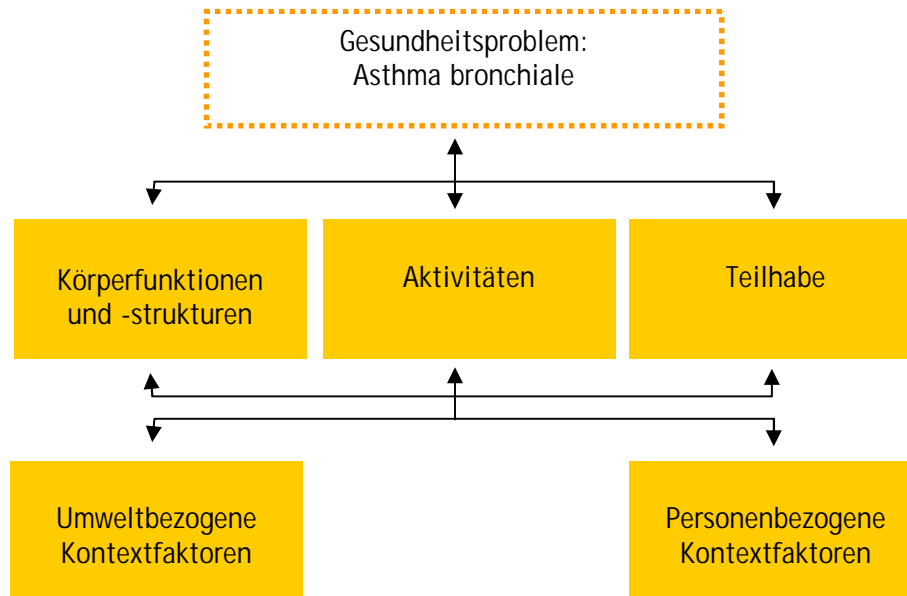
Die ICF versteht sich als ein rehabilitationsrelevantes Rahmenkonzept, das gleichberechtigt die biologische, individuelle und soziale Perspektive von Gesundheit berücksichtigt.

Die mit der Erkrankung einhergehenden Funktionsstörungen des Rehabilitanden werden in dem Rehabilitationsauftrag unserer Einrichtung berücksichtigt. Die Betrachtung des Rehabilitanden vor dem Hintergrund der in der ICF aufeinander bezogenen fünf Konzepte bildet die Grundlage für die Rehabilitationsplanung.

Die Erkrankung und ihre Folgesymptomatik werden als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Einflussfaktoren verstanden. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. Für den Bereich der Rehabilitation ist wesentlich, inwieweit Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit auch in Bezug auf die Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen behindert sind.

Auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe einer Person wird unter anderem das Ausmaß der bestehenden Einschränkungen beschrieben. Aktivitäten können dabei unter dem Aspekt der Leistung (Umfang und Art der Durchführung einer Aktivität unter realen Lebensbedingungen) sowie dem der Leistungsfähigkeit ("maximales" Leistungsvermögen einer Person bezüglich der Aktivität unter Test- oder optimalen Bedingungen) betrachtet werden. Die Teilhabe betrifft Fragen der Eingliederung, des Einbezogenenseins oder der Beteiligung an Lebensbereichen, selbstbestimmt zu handeln oder Anerkennung zu finden.

In Ergänzung zu der Ebene der Teilhabe werden in der ICF Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) eingeführt. Sie dienen der Feststellung, welche Faktoren die Teilhabe beeinträchtigen beziehungsweise verhindern (Barrieren) und welche Faktoren die Teilhabe trotz des gesundheitlichen Problems ermöglichen oder erleichtern (Förderfaktoren).



Ein Patient wird unter Berücksichtigung seines gesamten Lebenshintergrundes (Konzept der Kontextfaktoren) dann als funktional gesund betrachtet:

- wenn seine Körperfunktionen (auch die mentalen) und seine Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen)
- wenn er all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme im Sinne der ICF erwartet wird (Konzept der Aktivitäten)
- wenn er sein Dasein in allen für ihn wichtigen Lebensbereichen in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, Körperstrukturen und Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe)

Indikation zur Rehabilitation bei Atemwegserkrankungen, Asthma bronchiale, obstruktiver Bronchitis und allergischer Rhinokonjunktivitis sind gegeben wenn alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen und Behinderung die Teilhabe am normalen Leben beeinträchtigen.

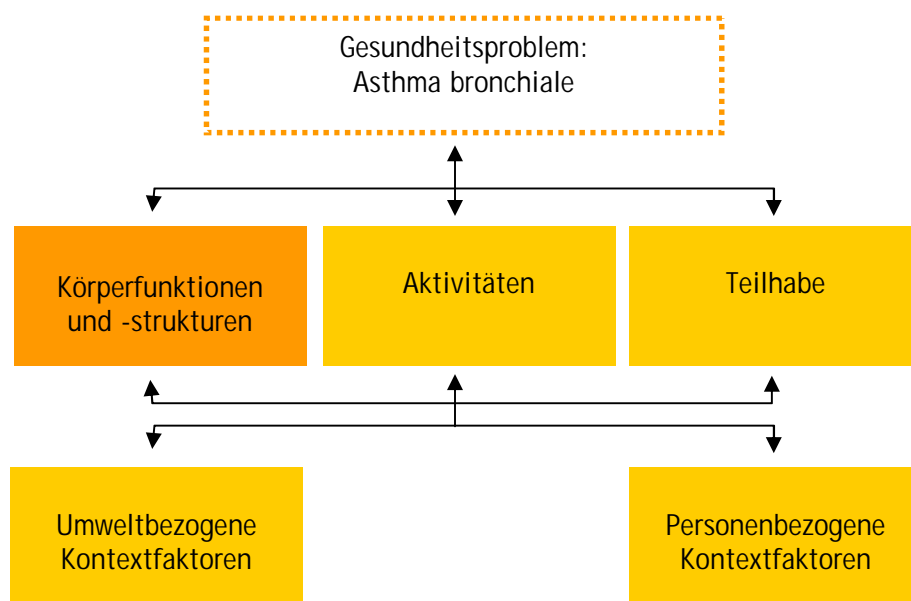
Typische Fähigkeitsstörung bei chronischen Atemwegserkrankungen, Asthma bronchiale und allergischer Rhinitis:

- persistierende asthmatische Beschwerden und Einschränkung der Lungenfunktion
- Gefährdung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit, eines geeigneten und angemessenen Schulabschlusses bzw. einer Berufsausbildung
- drohende Pflege- und Hilfsbedürftigkeit

- Einschränkung in der körperlichen Belastbarkeit
- Vorliegen einer Beeinträchtigung (z.B. verminderte Lebensqualität, Störung der sozialen Integration, drohende berufliche Beeinträchtigung wegen z.B. bestimmter Allergene)
- Probleme im Bereich des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenz.

In der Alpenklinik Santa Maria kommt konkret das „Comprehensive ICF Core Set for Obstructive Pulmonary Disease“ (Konsensus-Sitzung 2003) zur Anwendung. Es besteht aus 67 ICF-Kategorien, welche ein hochaufgelöstes Bild der Einschränkungen des Patienten mit seinen umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren abbilden. Erweitert werden diese ICF-Kategorien durch einige von Jobst (JOBST A K: 2010) vorgeschlagene Items. Auf einer zunächst noch probatorischen Basis werden die eingeschränkten Körperfunktionen und Teilhaben (in der Tabelle immer als „Funktion“ bezeichnet) mit einem, auf den Patient abgestimmten Rehabilitationsziel versehen und mit den zur Zielerreichung geeigneten Maßnahmen verlinkt. Im Folgenden sind exemplarisch zu den ICF-Kategorien Beispiele angeführt.

4.2 Zu den Körperfunktionen



b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs		
Funktion	Ziel	Maßnahme
b1300 Ausmaß der psychischen Energie	steigern	Patientenschulung, Arztgespräch

b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs		
Funktion	Ziel	Maßnahme
b1301 Motivation	steigern	gemeinsame Zielsetzung erarbeiten (Arzt/Patient)

b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs		
Funktion	Ziel	Maßnahme
b1304 Impulskontrolle	steigern	Patientenschulung, Pädagogische Betreuung

b134 Funktionen des Schlafes		
Funktion	Ziel	Maßnahme
b1342 Aufrechterhaltung des Schlafes	hustenfreie Nacht	med. Diagnostik, Pharmakotherapie, Bettsanierung

b440 Atmungsfunktionen		
Funktion	Ziel	Maßnahme
b4452 Funktionen der Atemhilfsmuskulatur	im Anfall ermöglichen	Atemerleichternde Körperstellungen vermitteln

b440 Atmungsfunktionen		
Funktion	Ziel	Maßnahme
b4408 Atmungsfunktionen, anders bezeichnet	Lungenfunktionsparameter im „Soll“-Bereich	med. Diagnostik, Pharmakotherapie, Allergenkarenz

b455 Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit		
Funktion	Ziel	Maßnahme
b4550 Allgemeine Ausdauerleistung	steigern	Asthasport, Schulsport, aktive Freizeitgestaltung

b460 Mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Empfindung von Brustenge Dyspnoe, Luftnot, Erstickungsgefühle	Erkennen, bewerten	Asthaschulung, Atemgymnastik, Asthasport

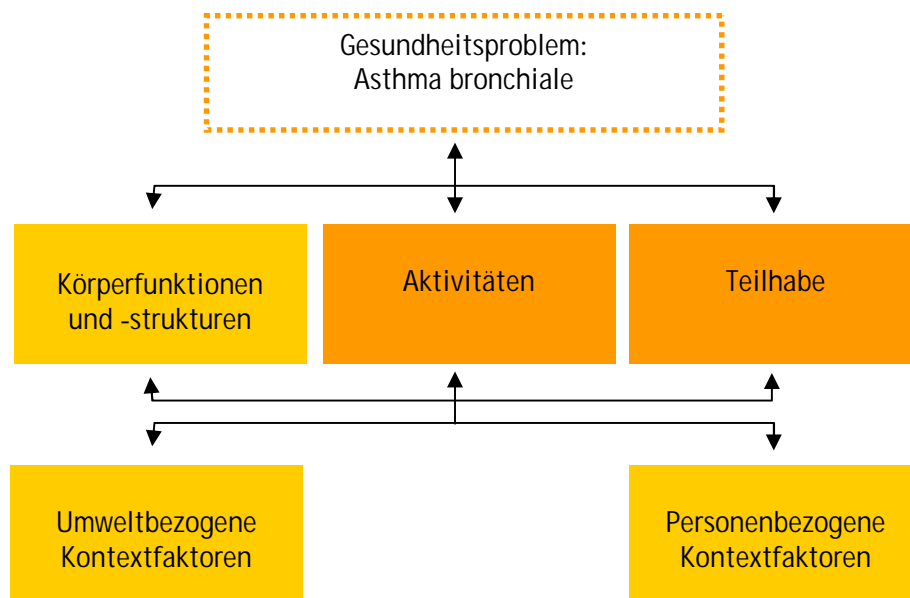
4.3 Zu den Körperstrukturen

s310 Struktur der Nase		
Struktur	Ziel	Maßnahme
Nasenatmung	ermöglichen	Med. Therapie der allerg. Rhinopathie, Standortvorteil Allergenarmut

s430 Struktur des Atmungssystems		
Struktur	Ziel	Maßnahme
Remodelling der Bronchialschleimhaut	vermeiden	Diagnostik, med. und Klimatherapie

s430 Struktur des Atmungssystems		
Struktur	Ziel	Maßnahme
Entzündung der Bronchialschleimhaut	vermindern	Diagnostik, med. und Klimatherapie

4.4 Zu Aktivitäten und Teilhabe



d230 Die tägliche Routine durchführen		
A/T	Ziel	Maßnahme
d2303 Das eigene Aktivitätsniveau handhaben	altersgerechter Lebensstil	Millieuthérapie (Pädagogische Betreuung)

d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen		
A/T	Ziel	Maßnahme
d2400 Mit Verantwortung umgehen	eigenständiges Krankheitsmanagement	Arztgespräch, Patientenschulung

d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen		
A/T	Ziel	Maßnahme
d2401 Mit Stress umgehen	altersangemessenes Stressmanagement	Millieuthapie, Entspannungstechniken, Psycholog. Betreuung

d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen		
A/T	Ziel	Maßnahme
d2402 Mit Krisensituationen umgehen	Asthmaanfalls-Management	Asthmaschulung, Asthmasport, Arztgespräch

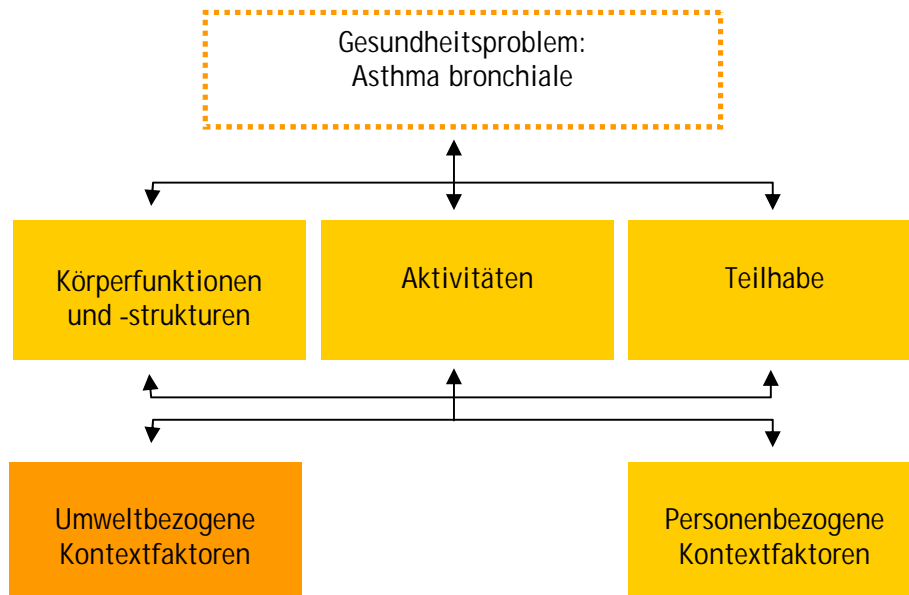
d475 Ein Fahrzeug fahren		
A/T	Ziel	Maßnahme
d4750 Ein von Menschenkraft betriebenes Fahrzeug fahren	Radtouren ohne Einschränkung der Ausdauer	Asthmasport, Schulsport, aktive Freizeitgestaltung

d570 Auf seine Gesundheit achten		
A/T	Ziel	Maßnahme
Eigenverantwortung für Gesundheit	herstellen, fördern	Arztgespräch, Patientenschulung, Millieuthapie

d910 Gemeinschaftsleben		
A/T	Ziel	Maßnahme
d9100 Informelle Vereinigungen	Besuch eines Sportvereins	Asthmasport, Schulsport, aktive Freizeitgestaltung

d920 Erholung und Freizeit		
A/T	Ziel	Maßnahme
d9201 Sport	uneingeschränkte Ausübung	sämtliche Therapien, insbes. Sport

4.5 Zu den umweltbezogenen Kontextfaktoren



e110 Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch		
Faktor	Ziel	Maßnahme
e1100 Lebensmittel	Karenz bei LM-Allergie	Diätetische Beratung, Allergiekochen

e110 Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch		
Faktor	Ziel	Maßnahme
e1150 Allgemeine Produkte zum persönlichen Gebrauch	Gefahr bei Lösemittelgebrauch bewußt	Asthmaschulung, Berufsberatung

e260 Luftqualität		
Faktor	Ziel	Maßnahme
e2600 Luftqualität in Innenbereichen	Noxenarmut	Asthmaschulung, Arztgespräch

e260 Luftqualität		
Faktor	Ziel	Maßnahme
e2601 Luftqualität in Außenbereichen	Noxenarmut	Asthmaschulung, Arztgespräch

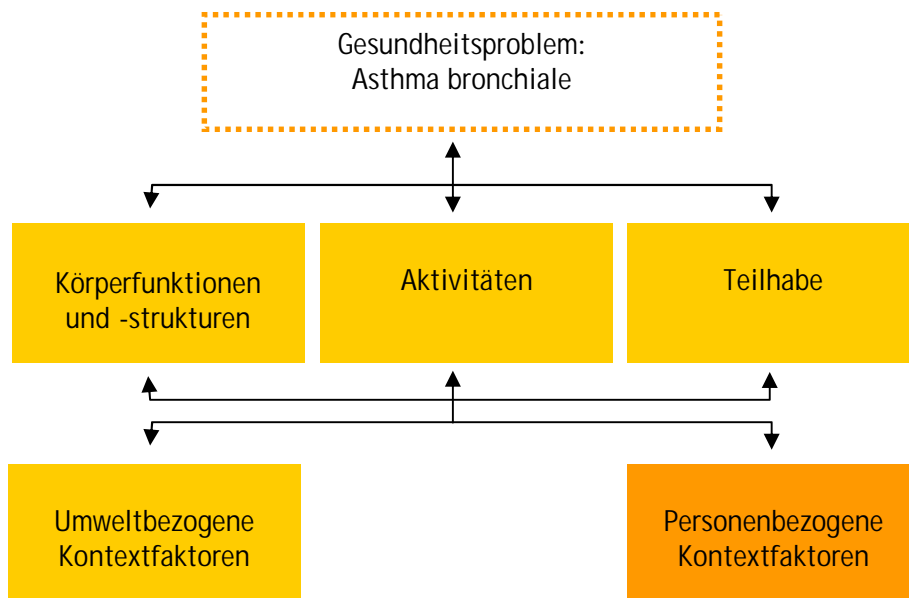
e310 Engster Familienkreis		
Faktor	Ziel	Maßnahme
Krankheitsmanagement	Unterstützung	Begleitpersonenschulungen

e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder		
e345 Fremde		
e399 Unterstützung und Beziehungen, nicht näher bezeichnet		
Faktor	Ziel	Maßnahme
Über eigene Krankheit informieren	Akzeptanz, Verständnis und Unterstützung durch Mitmenschen	Arztgespräch, Patientenschulung, Milieuthherapie

e355 Fachleute der Gesundheitsberufe		
Faktor	Ziel	Maßnahme
Interaktion Arzt/Patient	verbessern	Arztgespräch, Patientenschulung

e530 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Versorgungswesens		
Faktor	Ziel	Maßnahme
Gesundheitssysteme	kennen und nutzen	Begleitpersonen- u. Patientenschulung, Arztgespräch, Einzelberatung durch Verwaltung

4.6 Zu den personenbezogenen Kontextfaktoren



Im Einzelnen sind hier anamnestisch zu erheben:

1. Alter
2. Geschlecht
3. Ethnie
4. Charakter, Lebensstil, Coping
5. sozialer Hintergrund
6. Bildung/Ausbildung
7. Beruf
8. Erfahrung
9. Motivation
10. Handlungswille
11. Mut
12. genetische Prädisposition (Allergie/Atopie)

Modifiziert nach SCHUNTERMANN M F (2006)

Darüber hinaus werden die angeführten ICF-Kategorien durch eine klinikeigene Auswahl der von Jobst (2010) vorgeschlagenen Items erweitert.

Patient's knowledge about disease		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Krankheitsmanagement, Kommunikation mit Fachpersonen u.a.	verbessern	Arztgespräch, Patientenschulung, Milieuthherapie

Understanding of inhaler techniques		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Krankheitsmanagement	verbessern	Patientenschulung

Corticophobia		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Therapieeinschränkung	beseitigen	Arztgespräch, Patienten-/ Begleitpersonenschulung

Feeling helpless		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Selbstwirksamkeit	steigern	Arztgespräch, Patienten-/ Begleitpersonenschulung, Milieu-therapie

Living will		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Basis des eigenen Krankheitsmanagement	ggf. verbessern	Psychologische Intervention

Verwendete Literatur:

World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health. ISBN 92 4 154544 5

Schuntermann M. F. (2006): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Kurzeinführung. Internet: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Jobst A. K. (2010): Validation of the ICF Core Set for the Obstructive Pulmonary Diseases from the Perspective of the Physicians. Dissertation an der Ludwig-Maximilians-Universität, München.

5. Ziele der Rehabilitation (nicht ICF-codiert)

Die stationäre pneumologische Rehabilitation soll Patienten darin unterstützen, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit sowie soziale Integration zu erlangen und aufrecht zu erhalten.

Ziel der Kinderrehabilitation in der Alpenklinik Santa Maria ist eine Verbesserung des Gesundheitszustandes mit nachhaltiger Verbesserung der Aktivität und vor allem der Teilhabe der Kinder und Jugendlichen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

Ebenso steht die Ergänzung, Erweiterung und Anpassung der bisherigen therapeutischen und medikamentösen ambulanten Behandlungsmaßnahmen, sowie die Unterstützung, Anleitung und Beratung beim Krankheitsmanagement und beim Umgang mit therapeutischen Verfahren (z.B. Inhalation) im Vordergrund.

Die Entwicklung von Krankheitseinsicht und Krankheitsbewältigungsstrategien ist ebenso wichtig wie Unterstützung und Beratung bei der Verbesserung der sozialen Integration (Peer group, Schule, Berufsfindung und Berufshinführung und -beratung)

Das Erkennen krankheitsspezifischer Notwendigkeiten und die Integration der daraus resultierenden Konsequenzen in den Alltag stellen somit die wesentlichen Ziele der Reha-Maßnahme dar. Die Patienten sollen letztendlich nahezu uneingeschränkt am sozialen Alltagsleben teilnehmen können.

Dazu erfolgt neben der Überprüfung der aktuellen Therapie unter Einbeziehung der Vorbefunde eine ergänzende medizinische Diagnostik bzgl. des Schweregrades und der individuellen Auslöser.

Voraussetzung hierfür ist die Arbeit eines multidisziplinären Teams, das grundsätzlich wissenschaftlich untermauerte Verfahren zur Diagnostik und Therapie anwendet.

Die Rehabilitation ist Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Patienten mit Asthma. Die Zielvereinbarungen zwischen Arzt und Patient sollen Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere zur Selbstverantwortung des Patienten, berücksichtigen. Zur Verstetigung des Rehabilitationseffektes ist eine Verknüpfung ambulanter und stationärer Rehabilitationsmaßnahmen mit spezifischen Nachsorgeprogrammen notwendig.

In Absprache mit den Patienten und seinen Eltern werden individuelle Ziele für den Aufenthalt formuliert.

Die individuellen Ziele sind

- Beschwerdeverbesserung durch Optimierung der Behandlung
- Verbesserung der eingeschränkten Lebensqualität und Wiederherstellung der Belastbarkeit
- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Integration der Behandlung in den Alltag und in die Familie
- Sicherstellung und Spezifizierung der (Rehabilitations-)Diagnose als Grundlage für eine adäquate Therapie, Prognoseeinschätzung und Leistungsbeurteilung
- Nach umfassender, vor allem allergologischer und lungenfunktioneller Diagnostik Formulierung langfristiger Therapieziele sowie Erarbeitung und Erprobung eines langzeitigen individuellen Behandlungskonzeptes

- Optimierung der medikamentösen Therapie (Einstellung auf prophylaktische Basistherapie, Training bedarfsorientierter Therapieintensivierung bei infekt- oder allergiebedingten Exazerbationen mit klinischer bzw. Peak-Flow-Meter-Kontrolle)
- Expositionskaenz, Eliminierung ungünstiger Trigger, Diagnostik und Eliminierung von Faktoren, die Exazerbationen begünstigen
- Wiederherstellung der bestmöglichen funktionellen Leistungsfähigkeit, einschließlich der möglichst weitgehenden Besserung der Atemfunktion
- Linderung bzw. Abbau von leistungsschwächenden physischen und psychischen Symptomen
- Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung und der bereits bestehenden Fähigkeits- und Funktionsstörungen
- Erhalt oder Wiederherstellung der Schul-, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- Identifizierung von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen der Symptomatik und Erlernen von Strategien zu deren Beeinflussung
- Förderung der Krankheitsverarbeitung und des Krankheitsmanagements (Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle, eigenverantwortliches Krankheitsmanagement, Krankheitsakzeptanz, Compliance)
- Beratung für die spätere berufliche Tätigkeit im Hinblick auf Allergien und Risikofaktoren

Als krankheitsunabhängige Rehabilitationsziele haben wir uns zur Aufgabe gemacht, die Kinder, Jugendlichen und ihre Familien zu unterstützen:

- Durch Entlastung während des stationären Aufenthalts
- Durch Hilfe beim Übertragen der Rehabilitationsziele in Alltagssituationen
- Durch Anleitung beim Umgang mit Krankheit oder Beeinträchtigung
- Durch Beratung, Aufklärung, Patientenschulung und Elternschulung
- Abbau von Barrieren und Aufbau von Förderfaktoren
- Abklärung von Eignung und Neigungen bei jugendlichen Patienten, insbesondere im Hinblick auf gegebenenfalls erforderliche weiterführende Leistungen z.B. im Rahmen der Berufsausbildung

In Abhängigkeit vom Sensibilisierungsspektrum, vom Alter des Patienten, von der Fragestellung, ob die unteren Atemwege bereits betroffen sind oder sonstige Organe z.B. Haut mitbeteiligt sind, wird in unserer Klinik ein Behandlungsschema erstellt um die gewünschten therapeutischen Effekte zu optimieren.

Damit die in enger Abstimmung mit dem ambulant behandelnden Facharzt und dem Rehabilitanden individuell zu definierenden Rehabilitationsziele erreicht werden können, verfügt die Alpenklinik Santa Maria im Rahmen der Strukturqualität neben den üblichen Möglichkeiten zur allergologischen, pneumologischen Diagnostik und Therapie über umfassende rehabilitationsspezifische Verfahren, die nachfolgend überblickartig dargestellt sind:

- Umfassende Rehabilitationsdiagnostik
- Optimierung der medikamentösen Therapie
- Expositionskaenz
- Allergologische Diagnostik, Beratung und Therapie

- Patienteninformation, -schulung und -verhaltenstraining
- Atemtherapeutische Maßnahmen, Atemmuskulaturtraining durch nichtinvasive Beatmungstechniken (Physiotherapie)
- Bewegungs-, Sport- und Trainingstherapie
- Psychosoziale Diagnostik und Beratung, Psychotherapie, Entspannungsverfahren
- Balneologische Maßnahmen/Hydrotherapie
- Ernährungsberatung und -schulung
- Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, einschließlich Sozial-, Berufs- und Rehabilitationsberatung

6. Diagnostik

Die initiale Diagnostik eines Asthma bronchiales beruht in erster Linie auf einer sorgfältigen Anamnese, dem Erfragen typischer Symptome, einer körperlichen Untersuchung zur Erfassung der klinischen Befunde und der Beurteilung der Lungenfunktion zur Einschätzung der funktionellen Beeinträchtigung einschließlich Reversibilitätstests mit Bronchodilatoren. Diese Parameter definieren den Asthma Schweregrad bei unbehandelten Patienten. Eine Röntgenaufnahme ist zur Erstdiagnose eines Asthma bronchiales sinnvoll, aber nicht zwingend erforderlich.

Die Gruppe asthmatischer Kinder unter 4 Jahren ist eine spezielle Gruppe.

Bei Säuglingen und Kleinkindern gestaltet sich die Diagnosestellung eines Asthma bronchiales schwieriger, da die Kooperation in dieser Altersgruppe noch gering ist, sowohl bei Untersuchungsmethoden zur Diagnostik als auch bei der Therapie. Die Durchführung einer Lungenfunktion ist in diesem Alter in der Regel noch nicht möglich ist. Hier orientiert man sich deshalb an bestimmten Kriterien, die sich in Haupt und Nebenkriterien unterteilen.

Kriterien für die Diagnose Asthma bronchiale bei Säuglingen und Kleinkinder

Hauptkriterien

- 3 Episoden mit pfeifenden Atemgeräusch während der letzten 6 Monaten
- Hospitalisierung wegen Obstruktion der unteren Atemwege
- Ein oder zwei Elternteile mit Asthma
- Atopische Dermatitis

Nebenkriterien

- Rhinorrhö ohne gleichzeitigen Luftwegsinfekt
- Pfeifende Atemgeräusch ohne gleichzeitige Luftwegsinfekt
- > 5% Bluteosinophile
- Männliches Geschlecht

Ein gesteigertes Risiko für persistierendes Asthma besteht, falls zwei Hauptkriterien, oder ein Haupt- und zwei Nebenkriterien vorliegen.

In der Rehabilitationsklinik der Alpenklinik Santa Maria werden pro Jahr 1700 bis 1800 Patienten des Säuglingsalters, des Kleinkindesalters, des Kindes- und Jugendlichen- und Jungerwachsenenalters behandelt und betreut. In der Regel dauern die Aufenthalte 4-6, bei schweren Erkrankungen 8 Wochen. Die Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie bildet eine umfassende Diagnose, die u. a. folgende medizinische Diagnostik beinhaltet:

- Ausführliche Anamnese
- Körperliche Untersuchung
 - Inspektion: Fassthorax, Zyanose
 - Auskultation: Giemen, Brummen, Pfeifen
 - Perkussion: Überblähung, hypersonorer Klopfeschall
- Lungenfunktionsdiagnostik
 - Spirometrie
 - Pulsoximetrie
 - Laufbelastungstest
 - Impulsoszillometrie,
 - Bodyplethysmographie
 - Metacholinprovokation
 - Kaltluftprovokation
 - NO-Messung
- Allergiediagnostik
 - Prick-Test
 - RAST-Test
 - Atopie-Patch-Test
 - Allergenprovokationstests (nasale, orale Provokation)
- Labor
 - Differentialblutbild
 - Immunglobuline
 - CRP
 - BSG

7. Therapie und Hilfen zur Bewältigung des Asthma bronchiale, der allergischen Rhinokonjunktivitis und ihrer Folgen

Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität. Dabei sind bestimmte Ziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankung des Patienten anzustreben.

Zum einen sollen akute und chronische Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptome, Asthmaexacerbationen), krankheitsbedingte Beeinträchtigung der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung und krankheitsbedingte Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag, eine Progredienz der Erkrankung und unerwünschte Nebenwirkungen der Therapie vermieden werden. Außerdem soll die bronchiale und nasale Hyperreagibilität reduziert werden.

Die optimale medikamentöse Therapie ist ein Grundpfeiler der Langzeitbehandlung des Asthma bronchiale und der allergischen Rhinokonjunktivitis. Auf der Basis der Vorbefunde und der Ergebnisse der Eingangsdagnostik erfolgt die Fortschreibung des Therapieplanes

bzw. die Korrektur der laufenden Therapie. Bedingt durch die klimatherapeutischen Effekte von Oberjoch (allergen- und schadstoffarm, hausstaubmilbenfrei) kann vielfach die antiallergisch wirksame Medikation reduziert oder abgesetzt werden. Hierdurch besteht häufig erstmals die Möglichkeit, bei Bedarf Provokationstestungen zur weiteren Absicherung der Diagnose durchzuführen. Im weiteren Rehabilitationsverlauf erfolgt unter engmaschiger ärztlicher Kontrolle eine fortlaufende Optimierung der individuellen Therapiepläne. Diese beinhaltet insbesondere die Einstellung auf die Basistherapie, die Erprobung bedarfsorientierter Therapieintensivierung bei infekt- oder allergenbedingten Exazerbationen mit klinischer bzw. Peak-flow-Meter-Kontrolle und die Überarbeitung der Definition und Kontrolle langfristiger Therapieziele.

Als additive Therapiekomponente gehört die Klimatherapie traditionell zur Rehabilitationsmedizin. Insbesondere konnten für Oberjoch absolute Hausstaubmilbenfreiheit und damit für allergisch bedingte Atemwegserkrankungen günstige klimatische Bedingungen mit positivem Effekt nachgewiesen werden.

Interdisziplinäre Behandlung

Die Umsetzung des an den Krankheitsfolgen ausgerichteten Therapiekonzeptes erfolgt durch ein Rehabilitationsteam, in dem neben Ärzten, Psychologen und Pflegekräften u. a. Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten, Pädagogen und Ernährungsberater interdisziplinär zusammenarbeiten.

Grundsätzlich stehen den Kindern mit Asthma und allergischer Rhinitis alle Fachbereiche der Klinik zur Verfügung (Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialpädagogik, Therapie und Schule). Die Umsetzung der Behandlungsziele erfolgt in enger, interdisziplinärer Zusammenarbeit aller Bereiche unter ärztlicher Leitung.

Die Therapie besteht aus einer Kombination verschiedener Maßnahmen und die Gesamtheit aller therapeutischen Maßnahmen unterteilt sich im Wesentlichen in:

- Verlaufsdiagnostik (Lungenfunktion, Peak-Flow, Allergie- und Provokationstests)
- Medikation und tägliche Anleitung zur Selbstmedikation
- Schule, Patientenschulung und Elternschulung
- Milieustraining in der Gruppe
- Schulung
- Spezifische subkutane Hyposensibilisierung, z. B. gegen Hausstaubmilben und Pollenallergenen.
- Pharmakotherapie: Diverse entzündungshemmende bronchodilatatorisch wirkende Medikamente, phasengerechte Salbentherapie
- Klinische Psychologie (Entspannungstraining, Verhaltensmodifikation, usw.)
- Physio-, Sport-, Moto- u. Ergotherapie, Atemtherapie, Atemgymnastik, Sekretmobilisierung durch Sport, Thoraxklopfmassage, Flutter, Haltungsturnen, Schwimmen, Intervalltraining für Anstrengungsasthmatiker usw.
- Physikalische Therapiemaßnahmen: Natürliche UVA-Exposition bei Neurodermitis (Heliotherapie), Hydrotherapie (Kneipen zur Abhärtung), Inhalationstherapie, dermatologische Bäder bei Neurodermitis, Infrarotbestrahlung, Bindegewebsmassage usw.
- Ernährungsberatung durch Diätassistentinnen, Durchführung von Nahrungsmittelprovokationen
- Schule, Patientenschulung und Elternschulung
- Milieustraining in der Gruppe

7.1 Ärztliche Behandlung

Eine wichtige Aufgabe der Ärzte der Alpenklinik Santa Maria ist, die rehabilitationsrelevante Diagnose zu sichern und eine entsprechende stadiengerechte Therapie einzuleiten, um die Lebensqualität der Patienten und deren oft belasteten Familien zu verbessern. Dazu ist es notwendig, die Anforderungen der chronischen Erkrankung zu erkennen und den Patienten anzuleiten entsprechende Maßnahmen (PF-Meter, Medikamenteneinnahme) zu erlernen und diese zu Hause weiterzuführen. Neben der Therapieüberprüfung und der ergänzenden medizinischen Diagnostik ist es wichtig die Patienten und deren Eltern in die Behandlung mit einzubeziehen.

Ärztliche Leistungen:

- Aufnahmegespräch mit dem Patient und seinen Eltern
- Fachärztliche Untersuchung
- Reha-Diagnostik nach individuellem Bedarf
- Telefonische Rücksprache mit dem Haus- bzw. Kinderarzt
- Regelmäßige Visiten
- Tägliche Bedarfssprechstunde
- Leitung des interdisziplinären Teams
- Verordnung und Koordination der therapeutischen Elemente nach den Erkenntnissen aus der Diagnostik
- Kontrolle des Therapieverlaufs
- Zusammenfassende Bewertung der therapeutischen Leistungen
- Abschlussgespräch mit den Eltern und telefonische Information von Haus- und Kinderarzt
- Organisation nachstationärer Betreuungsmaßnahmen
- Ausführlicher ärztlicher Abschlussbericht

7.2 Pflegerische Betreuung

- Unterstützung der Kinder im alltäglichen Umgang mit den medizinisch und therapeutisch notwendigen Anwendungen
- Vermittlung und Überwachung von Inhalationstechniken
- Peak-Flow-Kontrolle und -dokumentation
- Anleitung der Eltern bezüglich der Therapie ihres Kindes

7.3 Sporttherapie

Allgemeine Ziele der Sporttherapie sind die Förderung der körperlichen Belastbarkeit (Kondition), verbesserte Körperwahrnehmung und Bewegungsverhalten, Vermittlung von Freude an der Bewegung, gesteigertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Abbau von Unsicherheit und Angst vor körperlicher Belastung. Spezielle Ziele der Sporttherapie sind: Ökonomisierung der Atmung, Verbesserung der Atemtechnik, Kräftigung der Atem- und Atemhilfsmuskulatur, Sekretmobilisation sowie höherer Schwellenwert beim belastungsinduzierten Anstrengungsasthmas. Das Sport- und Bewegungsprogramm soll für ein langfristig angelegtes regelmäßiges Trainingsprogramm zur Erreichung der genannten Ziele motivieren. Die therapeutischen Interventionen werden in einer engen Abstimmung

mit der medizinischen Diagnostik und nach ärztlicher Indikation durchgeführt und gesteuert. Patienten mit nachgewiesenem Anstrengungsasthma werden zu Beginn einem sportmedizinischen Eingangstest unterzogen. Dieser dient zur Ermittlung der Ausdauerleistungsfähigkeit, der Koordinationsfähigkeit, der Geschicklichkeit und der Leistungsobjektivierung.

Das kontrollierte Training wird bis auf Ausnahmen im Rahmen von Gruppenbehandlungen durchgeführt. Es beinhaltet insbesondere Ausdauertraining zur Verbesserung von Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Schnelligkeit und Koordination (Schwimmtraining, Kraftausdauertraining, Skilanglauf und Joggen), Krafttraining zur Mobilisation und zum gezielten Muskelaufbau (Kraftausdauertraining und Gymnastik) und Turnen und Spielen zur Entwicklung der Koordination und Geschicklichkeit.

Sporttherapeutische Angebote:

- Schwimmen, Schwimmtraining und -kurse, Schwimmbadbesuche
- Große Sportspiele (Basketball, Fußball, Volleyball, Hockey)
- Kleine Spiele
- Allgemeine Gymnastik, Aerobic, Trampolinspringen
- Ausdauertraining (Lauf- und Fahrradergometertraining), Nordic-Walking, Münchner Fitnessstest nach Verordnung

7.4 Physiotherapie

Intensive und dem individuellen Krankheitsbild angepasste Physiotherapie ist eine wesentliche Säule in der Behandlung pneumologischer Erkrankungen. Schwerpunkte der atemtherapeutischen Behandlung sind die Unterstützung der Sekretmobilisation und Reinigungsvorgänge, die Vermeidung schädigender Atemtypen, Vermeiden von unproduktivem Reizhusten, Hilfen in erschwerten Atemnotsituationen und Angstminderung bei Atemnot, Maßnahmen zur Verbesserung der Atemwahrnehmung und der Belastungstoleranz, Verbesserung von Atemmuskelkoordination, Atemmuskelkraft sowie bei eingeschränkter Thoraxdehnbarkeit. Die Alpenklinik Santa Maria verfügt über ein speziell ausgebildetes Team von Physiotherapeuten, welches physiotherapeutische Atemtherapie, Atemschulung, Sekretdrainage, Übungstherapie und Rückenschule in Einzel- und Gruppentherapie anbietet. Daneben werden bei Bedarf Krankheitsfolgen und Nebenerkrankungen des orthopädischen Formenkreises qualifiziert mitbehandelt.

Physiotherapeutische Angebote:

- Erlernen und Üben des richtigen Verhaltens in „Atemnot-Situationen“
- Erlernen und Üben verschiedener Atemtechniken, Sekretdrainage etc.
- Atemgymnastik
- Einzeltherapie nach Verordnung

7.5 Diät und Diätberatung

Die Diätassistenten unterstützen mit einer Diätberatung bei nachgewiesener Nahrungsmittelallergie, Kreuzallergien oder pseudoallergischen Reaktionen die Behandlung des Asthmas und der allergischen Rhinokonjunktivitis. Die Diätberatung dient der

Vermittlung von Informationen über die jeweiligen Nahrungsmittel, die gemieden werden müssen und bietet Alternativen für diese Lebensmittel an.

7.6 Psychologische Interventionen und Patientenschulung

Der Verlauf chronischer Atemwegserkrankungen wird in einem hohen Ausmaß durch psychosoziale Faktoren mitbestimmt. Dies betrifft insbesondere die Auslösung, die Häufigkeit und die Intensität der Symptomatik und ihre Bewältigung. Daneben finden sich häufig durch die Krankheit bedingte psychosoziale Belastungen im sozialen und beruflichen Umfeld, die bei bestehender Disposition und fehlenden Bewältigungsmöglichkeiten die Auslösung psychischer Zusatzkrankungen begünstigen können (Komorbidität). Dies betrifft insbesondere Angsterkrankungen, Depression, Anpassungs- und somatoforme Störungen. Diese Problemkonstellationen haben manchmal von der atopischen Erkrankung isolierte, psychopathologische Störungen zur Folge, welche einen negativen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung und das Krankheitsmanagement haben. Daher müssen diese zur Erreichung der Rehabilitationsziele psychologisch mitbehandelt werden. Psychologische Angebote fokussieren daher zum einen intrapsychische Verarbeitungsprozesse der Primärerkrankung, zum anderen psychosoziale Aspekte im Sinne der Krankheitsfolgen und von der Atemwegserkrankung losgelöste psychische Störungen (Komorbidität). Die Angebote zielen vor allem auf psychische Stabilisierung und Hilfestellung, vor allem bei gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen und Vermittlung von Kompensationstechniken, Unterstützung beim Prozess der Krankheitsverarbeitung, Förderung der sozialen Kompetenz und des Selbstwertgefühls.

Die mehrtägige Asthma-Schulung für Patienten und auch für die Eltern jüngerer wie älterer Kinder ist ein zentraler Behandlungsbaustein, der den nachhaltigen Erfolg der Rehabilitation verbessern soll. Die Schulungen werden von zertifizierten Asthmatrainern geleitet und durchgeführt. Die Behandlungsempfehlungen orientieren sich an den aktuellen medizinischen Leitlinien der AWMF und entsprechend den Vorgaben der AG Asthmaschulung im Hinblick auf Psychosoziales (Selbstwahrnehmung, Selbstakzeptanz, Erarbeiten realistischer Zielvorstellungen, Stärkung der sozialen Kompetenz, Reizkontrolle, Verbesserung der Konflikt- und Stressbewältigung usw.).

Psychologische Aufgaben:

- Hilfe zur Krankheitsbewältigung
- Patientenschulung nach den aktuellen Standards der AG Asthmaschulung (Schulungsleitung)
- Berücksichtigung psychosozialer Faktoren: besonders bei den multifaktoriellen schweren Verlaufsformen spielt oft eine psychische Komponente eine große Rolle. Immer ist es wichtig, das psychosoziale Umfeld in die Beurteilung mit einzubeziehen und die Therapie entsprechend zu ergänzen.
- Psychologische Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen
- Gesprächsrunden und Entspannungstraining
- Ggf. Einzelgespräche mit Patienten und Eltern
- Krisenintervention
- Fachliche Beratung der betreuenden Mitarbeiter

7.7 Elternberatung

Die Einbindung der Eltern in die Therapie wird bereits während der stationären medizinischen Rehabilitation angestrebt, um Unterstützung im familiären Umfeld zwecks Ernährungsumstellung, Veränderung des Bewegungsverhaltens, Freizeitgestaltung im Sinne einer Lebensstiländerung längerfristig abzusichern. Dies geschieht je nach Kontaktmöglichkeiten durch Informationen, Beratungen, Schulungen und Empfehlungen für weitere Therapiemöglichkeiten am Heimatort.

8. Pädagogische Betreuung

- Hilfestellung und Kontrolle bei Umsetzung der erlernten Strategien in Alltagssituationen
- Vermittlung von Erfolgserlebnissen und Förderung sozialer Fertigkeiten, Motivationsförderung
- Steuerung sinnvoller und interessanter Freizeitgestaltung
- Anleitung im Alltag (u. a. Körperpflege und Hygiene) und Strukturierung des Tagesablaufes
- Betreuung und gezielte Angebote für Kindergartenkinder, Schulkinder und Jugendliche
- Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion
- Milieustraining in der Großgruppe
- Erlebnispädagogik
- Sinnvolle und anregende Freizeitgestaltung
- Hausaufgabenbetreuung und Unterstützung bei Schulschwierigkeiten
- Sport, Spiel und Bewegung in der Halle und im Freien
- Freiwilliges Werken unter Anleitung
- Gespräche mit Patienten und Eltern
- Hilfe bei Erziehungsfragen
- Im Kind-Eltern-Bereich: Werken, Sport, Entspannung für Begleitpersonen und Kinder
- Zusätzlich bei entsprechender Indikation: Spezielle Therapieformen bei Störungen der Wahrnehmung oder Feinmotorik, Entspannung, Kreativgruppe, Musiktherapie

9. Schulische Betreuung

Schule ist Alltag für Kinder und Jugendliche und bei Atemwegserkrankungen, Asthma bronchiale und allergischer Rhinokonjunktivitis von besonderer Bedeutung. Somit gehört regulärer Schulunterricht auch zum Bild einer alltagsnahen Rehabilitation. Die Sophie-Scholl-Schule ist eine staatlich anerkannte Schule mit den Schularten: Grund- und Hauptschule, Förderschule, Realschule und Gymnasium. Der Unterricht erfolgt in kleinen Klassen und orientiert sich an den Lehrplänen der Heimatschulen. Die schulische Betreuung dient der Krankheitsbewältigung im schulischen Kontext und der Verbesserung von Lernmotivation, Arbeitsverhalten und Leistungsbereitschaft.

10. Berufsberatung

In der letzten und vorletzten Schulklassen des jeweiligen Bildungsganges bieten wir für Jugendliche in Zusammenarbeit mit dem Behindertenberater der Arbeitsagentur Kempten eine individuelle Berufsberatung an.

11. Nachsorge und Vernetzung

Die stationäre medizinische Rehabilitation betrachten wir als Teilaspekt eines Gesamttherapieplanes im Verbund mit vor- und nachgeschalteten ambulanten Maßnahmen („Reha-Kette“). Neben Kontakte und Informationstransfer über den ärztlichen Bericht zu den niedergelassenen Ärzten am Heimatort bemühen wir uns auch Zugangsmöglichkeiten zu ambulanten Weiterbetreuung (Physiotherapie, Ergotherapie, Lungenfacharzt, psychologische Betreuung etc.) aufzuzeigen.

12. Strukturelle Voraussetzungen in der Alpenklinik Santa Maria

12.1 Personal

7	Ärzte (inkl. Chefarzt)
4	Psychologen
3	Sporttherapeuten
2	Physiotherapeuten
1	med. Bademeister/Masseur
2	Diätassistentinnen
1	Diätköchin
3	Med. techn. Assistentinnen
1	Motopädin
1	Ergotherapeut
22	Krankenschwestern
10	Sozialpädagogen
38	Erzieher
12	Lehrer

12.2. Strukturelle Gegebenheit

1	Sporthalle	2	Rudergeräte
1	Hartplatz	1	Ellypse
1	Gymnastikraum	15	Paar Schneeschuhe
1	Schwimmbad		
1	Sauna		
2	Physiotherapieräume		
1	Fitnessraum		
7	Spinningräder		
7	Fahrradergometer		
1	Kletterwand		
25	Mountainbikes		
60	Paar Langlaufski		
7	Schulungsräume		
1	Lehrküche		
1	Diätküche		

12.3 Diagnostik

1	Niox Mino
1	Niox (gr.)
1	Laufband
1	EKG
2	Kaltluftprovokationen
2	Ganzkörperplethysmographen
7	Flowscreen
1	Systemex
1	CRP Nyco Card Reader II
1	Zentrifuge EBA 30
1	Ultraschallgerät Aloka
1	Skin-pH-meter, Sebumeter

13. Verantwortung

Verantwortlich für dieses Konzept sind

Freigabe:

Autorin:

Dr. med. Bernhard Hoch
med. Direktor KJF Augsburg
Chefarzt Alpenklinik Santa Maria
FA für Kinder- und Jugendmedizin
Neonatologie

Dr. med. Conny Hartmann
Oberärztin
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin
Allergologie

ICF-Co-Autor:

Dipl.-Psych. Andreas Schnee
Itd. Psychologe
Asthmatrainer

Anhang

Comprehensive ICF Core Set for Obstructive Pulmonary Diseases

Categories of the component 'body functions':

b130 Energy and drive functions
b134 Sleep functions
b152 Emotional functions
b1522 Range of emotion
b280 Sensation of pain
b2801 Pain in body part
b310 Voice functions
b410 Heart functions
b430 Haematological system functions
b435 Immunological system functions
b440 Respiration functions
b445 Respiratory muscle functions
b450 Additional respiratory functions
b455 Exercise tolerance functions
b460
Sensations associated with cardiovascular and respiratory functions
b530 Weight maintenance functions
b730 Muscle power functions
b740 Muscle endurance functions
b780 Sensations related to muscles and movement functions

Categories of the component 'body structures':

ICF Code ICF Category Title
s410 Structure of cardiovascular system
s430 Structure of respiratory system
s710 Structure of head and neck region
s720 Structure of shoulder region
s760 Structure of trunk

*Categories in **bold** belong to the Brief ICF Core Set for Obstructive Pulmonary Diseases.*

Categories of the component 'activities and participation':

d230 Carrying out daily routine
d240 Handling stress and other psychological demands
d330 Speaking
d410 Changing basic body position
d430 Lifting and carrying objects
d450 Walking
d455 Moving around
d460 Moving around in different locations
d465 Moving around using equipment
d470 Using transportation
d475 Driving
d4750 Driving human-powered transportation
d510 Washing oneself

d540 Dressing
d570 Looking after one's health
d620 Acquisition of goods and services
d640 Doing housework
d650 Caring for household objects
d660 Assisting others
d770 Intimate relationships
d845 Acquiring, keeping and terminating a job
d850 Remunerative employment
d910 Community life
d920 Recreation and leisure

*Categories in **bold** belong to the Brief ICF Core Set for Obstructive Pulmonary Diseases.*

Categories of the component 'environmental factors':

e110 Products or substances for personal consumption
e115 Products and technology for personal use in daily living
e120
Products and technology for personal indoor and outdoor mobility
and transportation
e150
Design, construction and building products and technology of
buildings for public use
e155
Design, construction and building products and technology of
buildings for private use
e225 Climate
e245 Time-related changes
e2450 Day/night cycles
e260 Air quality
e310 Immediate family
e320 Friends
e340 Personal care providers and personal assistants
e355 Health professionals
e410 Individual attitudes of immediate family members
e420 Individual attitudes of friends
e450 Individual attitudes of health professionals
e460 Societal attitudes
e540 Transportation services, systems and policies
e555 Associations and organizational services, systems and policies
e575 General social support services, systems and policies
e580 Health services, systems and policies
e585 Education and training services, systems and policies
e590 Labour and employment services, systems and policies
*Categories in **bold** belong to the Brief ICF Core Set for Obstructive Pulmonary Diseases.*