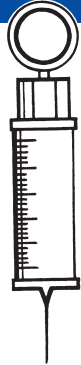




Die Spritze



1/05

Themen:

- Wangener Tage und Pädiatrietag 2005
- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen
- Psychosomatik
- Tuberkulintestung
- Rehabilitation bei Epilepsie

Inhalt

Titel: Schritt für Schritt von der Maschinenabhängigkeit in die Selbständigkeit

Foto: Rolf Schultes

Allgemeine Themen

Adipositas-Akademie	2-3
Internationale Zusammenarbeit	3
Hochzeit in der Klinik	3-4

Veranstaltungen

Einladung Wangener Tage und Pädiatrietag 2005	4-6
Einladung 7. CF-Tag	7
Veranstaltungen	8

Medizinische Klinik

Behandlungspfad OSA	9-10
Therapie bei COPD	11-13
Atemtherapie bei COPD	13-15

Rehabilitationskinderklinik

Vorstellung Kinder- und Jugendpsychiater	15
Psychosomatik	16-17
Interregprojekt Asthma	17-18

Heinrich-Brügger-Schule

Neue Homepage und neue Prospekte	18-20
----------------------------------	-------

Kinderklinik

Interregprojekt Adipositas	21
Änderung der Tuberkulin-Testung	22-23

Neurologische Klinik

Polioerkrankung und Spätfolgen	23-25
Rehabilitation bei Epilepsie	25-26

Informationen und Prospekte

	27-28
--	-------

Allgemeine Themen

Auf Grund des in den industrialisierten Ländern stark ansteigenden Anteils an Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas ist die Behandlung dieser Patienten eine wesentliche Aufgabe. Die interdisziplinäre Schulung der Patienten und ihrer Familien spielt dabei eine zentrale Rolle. Schulung versteht sich hier als ein wiederholtes, interaktives Training in kleinen Gruppen. Unter Einbezug psychotherapeutischer Ansätze soll eine dauerhafte Verbesserung des Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhaltens herbeigeführt werden. Dies beinhaltet einerseits eine grundlegende Wissensvermittlung, andererseits ein begleitetes Erproben, Einüben und Adaptieren geeigneter Verhaltensweisen mit dem Ziel des Transfers in das alltägliche Leben. In der Regel ist eine nachhaltige Lebensstiländerung zentrales Ziel. Dazu werden die Kinder und ihre Familien in den Bereichen Medizin, Ernährung, Psychosoziales und körperliche Aktivität und Sport alters- und entwicklungsgerecht geschult.

Die Konsensusgruppe Adipositas-schulung (KgAS) der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) hat mit dem „Trainermanual Aktiver – gesünder – leichter“ eine Synthese aus einer Vielzahl Erfolg versprechender Schulungskonzepte und Maßnahmen zur interdisziplinären Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher auf der Basis der Leitlinien der AGA erstellt.

Adipositas-Akademie Baden-Württemberg gegründet

Ausbildung von Trainern für die Adipositas-schulung

Die Adipositas-Akademie Baden-Württemberg

Entsprechend den Richtlinien der KgAS können sich Fachleute aus den Bereichen Medizin, Ernährung, Psychosoziales und körperliche Aktivität und Sport zum qualifizierten Adipositastrainer ausbilden lassen (Näheres siehe www.adipositas-schulung.de). Die durch die KgAS anerkannte und zertifizierte Adipositas-Akademie Baden-Württemberg (Homepage: www.adipositas-akademie-bw.de) wurde von qualifizierten Dozenten und Mitarbeitern der Rehabilitationskinderklinik der Fachkliniken Wangen und der Ernährungsberaterpraxis „PommeFRIZ – Praxis für Ernährungstherapie und Lebensstilberatung“ in Schliengen im April 2005 in Wangen gegründet. Darüber hinaus sind Dozenten anderer Einrichtungen, die sich mit der Behandlung von adipöser Kinder und Jugendlicher beschäftigen, akkreditiert.

Die Akademie hat zum Ziel, entsprechende Fachleute zum qualifizierten Adipositastrainer aus- und weiterzubilden, um so einen Beitrag zur Verbesserung zur flächendeckenden Prävention, Rehabilitation, Therapie und Schulung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas oder Übergewicht und ihren Familien zu leisten. Sie führt Theorieseminare, Hospitationen und Supervisionen durch. Daneben bietet sie Beratungsleistungen und Hilfe beim Aufbau ambulanter Patientenschulungen an.

Zulassung zur Trainerausbildung

Ärzte, Psychologen/Pädagogen, Sport-/Gymnastiklehrer und Ernährungsfachkräfte können sich zum Adipositastrainer ausbilden lassen. Personen anderer Berufe müssen die Zulassung vor Beginn der Ausbildung bei der KgAS beantragen.

Curriculum

Die Ausbildung zum Adipositastrainer besteht aus den drei Blöcken Hospitation, Theorie-seminar und Supervision.

Die **Hospitation** muss an einer durch die KgAS anerkannten Schulungseinrichtung erfolgen, alle Schulungsbereiche abdecken und beinhaltet mindestens 24 Unterrichtseinheiten. In Wangen und Schliengen ist dies möglich.

Das interdisziplinär strukturierte **Theorieseminar** beinhaltet 54 Unterrichtseinheiten zu den vier Schulungsbereichen und zum Bereich „Elternschulung“. Dieser Ausbildungsblock zeichnet sich neben Vorträgen und Referaten durch gemeinsames Erarbeiten der Themen, vielfältige praktische Beispiele und Übungen, Eigenrealisation und Kleingruppenarbeit aus. Inhaltlich werden Hintergrundinformationen und aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zur Adipositasbehandlung und -schulung bei Kindern und Jugendlichen vermittelt. Ein Schwerpunkt liegt auf der Vermittlung und der Diskussion von Inhalten, Methoden, Konzepten bis hin zu konkreten Übungen aus der

praktischen Arbeit der verschiedenen Schulungsbereiche. Weiterer zentraler Inhalt ist die praxisnahe Vermittlung von Grundlagen der Unterrichtslehre und der Didaktik.

Die **Supervision** beinhaltet zwei vom Supervisor selbstständig geplante und durchgeführte Schulungseinheiten.

Termine der Theorieseminare der Adipositas-Akademie Baden-Württemberg:
17. – 19. Juni und 22. – 24. Juli 2005 in Wangen/Allgäu
04. – 06. und 18. – 20. November 2005 in Schliengen

Robert Jaeschke
Schulungspädagoge
Rehabilitationskinderklinik

Internationale Zusammenarbeit

Fachkliniken engagieren sich im Dreiländereck

Im Oktober 2001 erteilte die Europäische Kommission die Genehmigung für das Interreg III A-Programm „Alpenrhein-Bodensee-Hochrhein“. Mit den Geldern aus dem Programm kann die nachhaltige wirtschaftliche Weiterentwicklung der Region gefördert und Netzwerke aus- und aufgebaut werden. Damit erhält die Zusammenarbeit rund um den Bodensee einen neuen Schub. Ein wichtiger Schritt zum gemeinsamen Europa.

Für die Fachkliniken Wangen bietet das Programm die Möglichkeit, auf dem Feld der Gesundheit, im genannten Wirtschaftsraum, insbesondere mit den Anrainerregionen in Österreich und der Schweiz, enger zusammenzuarbeiten.

Dr. Thomas Spindler, Oberarzt der Rehabilitationskinderklinik, initiierte das Projekt „Asthma im Kindes- und Jugendalter“. Mittels dieses Projektes soll die in Deutschland bereits qualitätsgesichert durchgeführte struk-

turierte Asthmaschulung nach Vorarlberg transferiert und somit ein flächendeckendes System an ambulanten Schulungsangeboten ermöglicht werden. Es soll auch die Wirksamkeit der Schulungen im Hinblick auf die kommenden DMP's evaluiert werden.

Dr. Johannes Otto, Chefarzt der Kinder- und Rehabilitationskinderklinik, brachte die Fachkliniken in das Projekt „Euregio Adipositas“ ein. Ziel ist eine vernetzte Betreuung übergeordneter Kinder und Jugendlicher im Kompetenzraum Bodensee.

Alwin Baumann
Klinikleitung
Rehabilitationskinderklinik

*Hinweis:
Die Vorstellung des Projektes „Asthma im Kindes- und Jugendalter“ finden Sie auf den Seiten 17-18.
Das Projekt „Euregio Adipositas“ wird auf Seite 21 vorgestellt.*

Hochzeit in der Klinik – nach 19 Jahren

Patientin gibt ihrem Mann in der Kapelle der Fachkliniken das Ja-Wort

19 Jahre lang hat das Ehepaar Ute und Anton Vill aus Unterroth (Kreis Neu-Ulm) auf die Erlaubnis zur kirchlichen Trauung warten müssen. Als die Genehmigung 2004 endlich kommt und die Hochzeitsvorbereitungen beginnen, wird Ute Vill plötzlich schwer krank. Nach Wochen wacht sie aus dem Koma auf – und lebt auf ein Ziel hin: „Ich möchte meinen Mann kirchlich heiraten.“ Das Traugespräch führt Klinikpfarrer Peter Steinle mit dem Brautpaar auf der Intensivstation. Am 14. Dezember 2004 feiern die Vills in der Klinikkapelle Hochzeit – unter strenger medizinischer Beobachtung.

Ute und Anton Vill haben sich schon 1985 auf dem Standesamt ihr Ja-Wort gegeben. Sie ist evangelisch, er katholisch, und für beide ist es die zweite Ehe – nach katholischem Verständnis kommt eine kirchliche Trauung damit nicht in Frage. Der Wunsch danach bleibt bei beiden aber genauso lebendig wie ihre gegenseitige Zuneigung. Erst im Jahr 2004 bestehen offiziell keine Ehehindernisse mehr. Das Ehepaar beginnt umgehend mit den Planungen für einen ökumenischen Traugottesdienst. Doch als Ute Vill im April bewusstlos ins Kreiskrankenhaus Illertissen eingeliefert und wenig später in die Fachkliniken Wangen verlegt wird, verdrängen die Sorgen um ihr Überleben zunächst alle Hochzeitspläne. Keinen Tag weicht Anton Vill von der Seite seiner Frau, hin- und hergerissen zwischen Hoffen und Bangen.



Pfarrer Peter Steinle bei der Traupredigt Foto: privat



Das Ehepaar Vill erhält den Segen der Ehe Foto: privat

Als die Patientin aus dem Koma erwacht, hat sie zwei Ziele: Sie möchte wieder gesund werden – und sie möchte ihren Mann kirchlich heiraten. Der erste Wunsch realisiert sich in den folgenden Monaten nicht; umso konkreter fasst Ute Vill ihr zweites Ziel ins Auge: „Wenn ich in diesem Jahr vielleicht gar nicht mehr nach Hause komme, können wir den Traugottesdienst dann nicht hier feiern?“, fragt sie nach Rücksprache mit ihrem Mann den evangelischen Klinikpfarrer Peter Steinle. Der Seelsorger ist von der Idee genauso begeistert wie Ordensschwester Alexandra

Beicht, die den katholischen Part im ökumenischen Traugottesdienst übernehmen soll. Chefarzt Dr. Norbert Blank ist einverstanden, wenn die Patientin sich die Feier tatsächlich zutraut. Auf die Frage, was sie denn tun müsse, erklärt Pfarrer Steinle: „Sie müssen vor allem an der richtigen Stelle ‚Ja‘ sagen können: ‚Ja, mit Gottes Hilfe!“. „Das kann ich“, bestätigt Ute Vill überzeugt. Freudige Aufregung und sorgfältige Planungen bestimmen jetzt den Klinikalltag der Patientin. Endlich geht es auch gesundheitlich wieder bergauf: Vier Tage vor dem großen Ereignis kann sie von der Intensivstation auf die Normalstation verlegt werden.

Am 14. Dezember ist die Klinikkapelle festlich geschmückt; Verwandte und Freunde aus

Unterroth sind gekommen, aber auch Schwestern und Pfleger aus den Fachkliniken – letztere nicht nur aus Interesse, sondern auch, um bei gesundheitlichen Komplikationen notfalls schnell eingreifen zu können. Organistin Dr. Annegret Kneer intoniert ein festliches Orgelstück, zu dem Anton Vill seine Frau mit Sitzwagen und Sauerstoffgerät in die Kapelle bringt. Pfarrer Steinle stellt seine Ansprache unter das Leitwort „Einer trage des anderen Last, so werdet ihr das Gesetz Christi erfüllen“. Schwester Alexandra Beicht hat Gebete für das Brautpaar formuliert, und schließlich kommt der Höhepunkt: „Ute Vill, willst Du deinen Mann Anton als Gottes Gabe lieben und ehren und ihm in Freud und Leid treu bleiben, bis der Tod euch scheidet?“ Und



Anton Vill steckt seiner Frau Ute den Ring an Foto: privat

Ute Vill antwortet, wie zuvor ihr Mann: „Ja, mit Gottes Hilfe“. In der folgenden Woche wird sie nach Hause entlassen.

Peter Steinle
Evangelischer Pfarrer
Fachkliniken Wangen



Krankenhausdirektor Hans-Jürgen Wolf gratuliert dem Brautpaar; im Hintergrund: Stellv. Stationsleiterin Sonja Opplozer, Stationsleiter Hubert Walz, Schwester Alexandra Beicht Foto: privat

Veranstaltungen

Einladung

Wangener Tage und Pädiatrietag 2005 10.–11. Juni 2005

Liebe Kolleginnen und Kollegen, zu den Wangener Tagen und zum Pädiatrietag 2005 laden wir Sie herzlich in unsere Fachkliniken nach Wangen im Allgäu ein.

Wir möchten gebietsübergreifend pädiatrische, internistische, thoraxchirurgische, intensivmedizinische Pneumologie aber auch neurologische und psychosomatische Krankheitsbilder abbilden und Therapieformen bei Kindern und Erwachsenen vorstellen.

Eine Vielzahl von Workshops bieten Ihnen die Gelegenheit, im kleineren Kreis Theoretisches zu hinterfragen, um das Erlernete in praktischer Form mit nach Hause nehmen zu können.

Wir bieten Ihnen Fortbildung und Gastfreund-

schaft in malerischer Allgäulandschaft im unverändert historisch zauberhaften Wangen.

Für die Fachkliniken Wangen

Dr. Werner Nowak
Tagungspräsident

Dr. Holger Holdt
CA Thoraxchirurgie

Dr. Raimund Weber
CA Neurologie

Dr. Jens Jahn
CA Intensivmedizin

Dr. Johannes Otto
CA Pädiatrie

Dr. Norbert Blank
CA Intensivmedizin

Dr. Armin Schneider
CA Intensivmedizin

► Tagungsort:

Waldburg-Zeil Kliniken, Fachkliniken Wangen, Wangen im Allgäu

► Tagungsleitung:

Dr. Werner Nowak, Chefarzt der Medizinischen Klinik der Fachkliniken Wangen

► Tagungssekretariat und lokale Organisation:

Gudrun Heinrich, Medizinische Klinik, Fachkliniken Wangen
Tel.: 07522 797-1121,
Fax: 07522 797-1120,
E-Mail: gheinrich@wz-kliniken.de

Petra Reichl, Kinderklinik, Fachkliniken Wangen
Tel.: 07522 797-1624,
Fax: 07522 797-1119,
E-Mail: preichl@wz-kliniken.de

► Zertifizierung:

Eine Zertifizierungsbescheinigung erhalten Sie im Tagungsbüro vor Ort

► Gebühren:

- Für Teilnahme am 10. und 11. Juni 2005 Euro 80,00
- Für Teilnahme an jeweils 1 Tag Euro 50,00
- Für Teilnahme an ___ Tag bzw. pro Workshop Euro 30,00

► Anmeldung:

Über das Tagungssekretariat oder über das **Anmeldeformular** im Internet unter: www.fachkliniken-wangen.de (Aktuelles & Presse / Veranstaltungen)

► Hotelreservierungen

Gästeamt der Stadt Wangen
Telefon: 07522 74-211, Fax: 07522 74-214
E-Mail: tourist@wangen.de

► Hinweis

Aktuelle Informationen zur Tagung finden Sie im Internet unter: www.fachkliniken-wangen.de

► Kontaktadresse

Fachkliniken Wangen
Am Vogelherd 14, 88239 Wangen/Allgäu
www.fachkliniken-wangen.de

Programm

Freitag, 10.06.2005			
09.00 Uhr <u>Workshop A</u> Röntgenkurs für Anfänger Dr. Werner Nowak, Wangen	11.00 Uhr <u>Workshop B</u> Spiroergometrie Prof. Dr. Karl-Heinz Rühle, Hagen Dr. Heribert Knappe, Wangen	09.00 Uhr <u>Workshop C</u> Asthma-Schulung Robert Jaeschke, Wangen Dr. Thomas Spindler, Wangen	11.00 Uhr <u>Workshop D</u> Atem- u. Bewegungstherapie Renate Springer, Wangen Sekretelimination bei Weaning Thomas Heim, Peggy Pohl, Wangen Muskelaufbau bei COPD Marion Metzler, Anette Müller, Wangen
Allergisch bedingte Erkrankungen		Pneumonie und Lungeninfiltrate	
14.00 - 14.30	Wann beginnt die Allergie? Dr. Michael Rau, Wangen	14.00 - 14.50	Pneumonie im Kindesalter Dr. Johannes Schulze, Frankfurt
14.30 - 15.00	Der allergische Marsch - gibt es ihn wirklich? Dr. Johannes Otto, Wangen	14.50 - 15.15	Pädiatrischer Casereport 1 Dr. Michael Rau, Wangen
15.00 - 15.30	Allergy prevention 2005 Prof. Dr. A. Custovic, Manchester	15.15 - 15.45	Pädiatrischer Casereport 2 Dr. Thomas Spindler, Wangen
15.30 - 16.00	Kaffeepause	15.45 - 16.15	Kaffeepause
16.00 - 16.30	Verlauf allergisch bedingter Erkrankungen in Abhängigkeit vom Lebensalter Dr. Heribert Knappe, Wangen	16.15 - 16.45	Pneumologischer Casereport Dr. Michael Huber, Wangen
16.30 - 17.00	Pharmakotherapie allergisch bedingter Erkrankungen Für wen? Womit? Wie lange? Dr. Nicolaus Schwerk, Leipzig	16.45 - 17.15	Pneumonische Lungeninfiltrate: Wann muss man den Chirurgen rufen? Dr. Bettina Knorr, Wangen
17.00 - 17.30	Immuntherapie - wann, wie, womit? Dr. Peter Wolff, Pfullendorf	17.15 - 17.45	Ventilator-assoziierte Pneumonie Dr. Armin Schneider, Wangen
Samstag, den 11.06.2005		Ateminsuffizienz - Diagnostik und Therapie	
Obstruktive Atemwegserkrankungen		09.00 - 09.15 Pathophysiologie der respiratorischen und ventilatorischen Insuffizienz Dr. Jens Jahn, Wangen	
09.00 - 09.15	Ursachen und anatomisch-physiologische Veränderungen Dr. Werner Nowak, Wangen	09.15 - 09.30	Der ateminsuffiziente Patient - Wie lange kann er ambulant behandelt werden Dr. Wolfgang Riedel, Friedrichshafen
09.15 - 09.45	Obstruktion im Säuglingsalter: Asthma ja oder nein Dr. Thomas Spindler, Wangen	09.30 - 09.45	Akute respiratorische Insuffizienz im Krankenhaus - Was nun? Dr. Norbert Blank, Wangen
09.45 - 10.15	Therapeutische medikamentöse Maßnahmen beim Erwachsenen Dr. Werner Nowak, Wangen		

10.15 - 10.45	Kaffeepause	09.45 - 10.00	Erschwertes Weaning nach invasiver Beatmung. Was kann getan werden? Dr. Armin Schneider
10.45 - 11.15	Therapie obstruktiver Atemwegserkrankungen beim Kind: Wann und warum nicht? Dr. Hans-Georg Bresser, Bielefeld	10.00 - 10.15	Erkennen häufiger neurologischer Probleme des ateminsuffizienten Patienten Dr. Christoph Wahl, Wangen
11.15 - 11.45	Atemgymnastik, -therapie und körperliches Training Renate Springer, Wangen	10.15 - 10.45	Kaffeepause
11.45 - 12.15	Exazerbation bei COPD Therapie-Intensivierung; nichtinvasive Beatmung Dr. Andreas Schaum, Wangen	10.45 - 11.00	Der ateminsuffiziente Patient in der pneumologischen Station - Ursachen und Therapiemöglichkeiten Dr. Heribert Knappe, Wangen
12.15 - 12.45	Rehabilitation bei COPD Dr. Konrad Schulz, Pfronten	11.00 - 11.15	Rolle der Physiotherapie im Behandlungskonzept der Ateminsuffizienz Frau Renate Springer, Wangen
11.15 - 11.45	Organisation und Finanzierung einer Heimbeatmung (inklusive Materialien) Dr. Ortrud Karg, München-Gauting	11.15 - 11.45	Organisation und Finanzierung einer Heimbeatmung (inklusive Materialien) Dr. Ortrud Karg, München-Gauting
	Mittagspause		Mittagspause
Pulmonale Arterielle Hypertonie (PAH)		Psychosomatik	
13.30 - 14.00	Pathophysiologie, Klinik und Therapie Dr. Hans Wahn, Wangen	13.30 - 14.00	Psychotherapie zwischen ambulanter Praxis und stationärer Rehabilitation Dr. Dirk Dammann, Wangen
Bronchialkarzinom		14.00 - 14.30	Entwicklungen in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen Dr. Ernst-Ludwig Karl, LVA Baden-Württemberg, Karlsruhe
14.00 - 14.30	Staging beim NSCLC: PET, IBUS und andere Verdächtige - nur wirklich gut was richtig teuer? PD Dr. Günther Wittenberg, Würzburg	14.30 - 15.00	Möglichkeiten und Grenzen in der ambulanten kinder- und jugend-psychiatrischen Versorgung Dr. Dagmar Höhne, Friedrichshafen
14.30 - 15.00	Chirurgische Therapie beim NSCLC: State of the art PD Dr. Georgios Stamatis, Essen	15.10 - 15.40	Verhaltensänderung in der Kind-Mutter-Rehabilitation: Eine Fallvorstellung Michael Lassert, Wangen
15.00 - 15.30	Multimodale Therapie des NSCLC: Adjuvant, neoadjuvant, simultan und sequentiell - Therapiekonzepte für die Stadien I, II, IIIa, IIIb und IV Dr. Hans Wahn, Wangen	15.30 - 16.00	Kaffeepause
15.30 - 16.00	Kaffeepause	16.00 - 16.30	Psychopharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter Chemotherapie Prof. Dr. Eberhard Schulz, Freiburg
16.00 - 16.30	Palliative Therapie des NSCLC: Interventionelle Bronchoskopie, interventionelle Angiologie, Brachytherapie und lokale Strahlentherapie - Was für wen? Dr. Lutz Freitag, Hemer	16.30 - 17.00	Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen: Ein handlungsorientiertes Programm Dr. Heide Denecke, Haan
16.30 - 17.00	Vorsorge beim NSCLC: Was leisten Autofluoreszenzbronchoskopie, Low-dose CT und automatisierte Sputum-Zytologie? PD Dr. Stefan Hammerschmidt, Leipzig		

7. CF-Tag

*Wenn einer eine Reise tut,
dann kann er was erleben*

Sehr geehrte Betroffene,
sehr geehrte BetreuerInnen,

Urlaub und Auslandsreisen stellen für viele von uns einen festen Bestandteil im Leben dar und tragen zu unserer Lebensqualität bei. Mukoviszidose-Betroffene wagen sich nur

vorsichtig an dieses Thema heran; nicht zu unrecht, denn - denkt man näher nach - sind viele Fragen offen.

Kann ein Mukoviszidose-Betroffener einfach ins Flugzeug steigen? Was passiert bei Druckabfall in der Höhe? Wie sind die Infektionsgefahren im Ausland einzuschätzen? Nehme ich meine Medikamente mit? Gibt es Schwierigkeiten am Zoll? Was passiert mit Medikamenten in der Hitze?

Zusammen mit namhaften Referenten, die alle über viele Jahre hinweg Erfahrung in der Betreuung Mukoviszidose-Betroffener gesammelt haben, möchten wir einerseits für

das Thema Reisen und die damit verbundenen Probleme sensibilisieren, andererseits aber auch Antworten geben auf die wichtigsten Fragen, die damit verbunden sind.

Nach dem Mittagessen finden in diesem Jahr erstmalig Workshops statt. In kleinen Gruppen sollen spezielle Themen erörtert und Gelegenheit zum intensiven Gedankenaustausch geboten werden. Bitte melden Sie sich für einen Workshop Ihrer Wahl an.

Die Tagung ist eine Veranstaltung im Rahmen des nationalen Mukoviszidosestages 2005.

Wir hoffen auf Ihr zahlreiches Erscheinen und laden Sie ganz herzlich zu unserem 7. CF-Tag nach Wangen im Allgäu ein!

Dr. Michael Rau
Tagungsleiter

Dr. Werner Nowak
CA Medizinische Klinik

Dr. Johannes Otto
CA Kinderklinik und Rehabilitationskinderklinik

Renate Weißhaar
CF-Bodenseegruppe

▶ Ort	Fachkliniken Wangen im Allgäu, Bewegungszentrum
▶ Termin	Samstag, 16. Juni 2005, 09.00 Uhr bis 15.00 Uhr
▶ Tagungsleitung	Dr. Michael Rau, Oberarzt, Kinderklinik, Fachkliniken Wangen
▶ Vorträge	Reisen mit Mukoviszidose (Prim. Dr. Franz Eitelberger, Wels / Österreich) Flugtauglichkeit (Dr. Michael Barker, Aachen) Problemkeime (Prof. Dr. Joachim Freihorst, Aalen) CF-Medikamente (Dr. Christina Smaczny, Frankfurt)
▶ Workshops	Ernährung auf Auslandsreisen (Frank Hellmond, Wangen) Sauerstoffversorgung (Martin Götz, München) Besonderheiten bei der Pflege (Dr. Brigitte Roos-Liegmann, Frankfurt) Soziale Absicherung - rechtzeitig an die Zukunft denken (Matthias Bopp, Wangen)
▶ Übernachtungen	Gästeamt der Stadt Wangen, Telefon 07522 74-211, tourist@wangen.de
▶ Sekretariat und Anmeldung	Waldburg-Zeil Kliniken, Fachkliniken Wangen, Am Vogelherd 14, 88239 Wangen/Allg. Frau Christina Hilsenbeck Tel.: 07522/797-1105, Fax: 07522/797-1117 E-Mail: chilsenbeck@wz-kliniken.de

Besuchen Sie uns im Internet

Wer gehört alles zu den Waldburg-Zeil Kliniken?
Welche Krankheiten werden wie behandelt?
www.wzk-portal.de

Alles über die Fachkliniken Wangen, die einzelnen Kliniken, Veranstaltungen, Jobs
www.fachkliniken-wangen.de

Kennen Sie die Heinrich-Brügger-Schule?
Was leistet die Krankenhausschule?
www.heinrich-bruegger-schule.de

Möchten Sie eine Ausbildung zum Asthmatrainer machen?
www.aabw.de

Veranstaltungen

Fachkliniken Wangen

10.-11.06.2005

Wangener Tage und Pädiatrietag 2005

Programmverantwortung:

Chefärzte der Fachkliniken

Information und Anmeldung:

Gudrun Heinrich,

Tel.: 07522 797-1121, Fax: 07522 797-1120

E-Mail: gheinrich@wz-kliniken.de

Petra Reichl,

Tel.: 07522 797-1624, Fax: 07522 797-1119

E-Mail: preichl@wz-kliniken.de

Hinweis:

Ausführliches Programm in diesem Heft

16.07.2005

7. CF-Tag

Programmverantwortung:

Dr. Michael Rau

Information und Anmeldung:

Christina Hilsenbeck,

Tel.: 07522 797-1105, Fax: 07522 797-1117

E-Mail: chilsenbeck@wz-kliniken.de

Hinweis:

Ausführliches Programm in diesem Heft

Mittwochs bei den Waldburg-Zeil Kliniken

Treffpunkt Gesundheit

04.05.2005, Fachkliniken Wangen

Wie kommen wir zu einem erholsamen Schlaf?

Dr. Heribert Knappe

21.09.2005

Hilfe, mein Kind ist dauernd krank!

Nur Husten, Schnupfen, Heiserkeit?

Dr. Thomas Spindler

07.12.2005

Husten – was steckt dahinter?

Dr. Werner Nowak

Neurologische Klinik

Fortbildungsangebote

15.10.-16.10.2005 und

12.11.-13.11.2005

Einführung in die Grundlagen des Bobath-Konzeptes und praktische Umsetzung im Stationsalltag

Daniela Täuber-Degenhardt,

Iris Simon

14.11.-15.11.2005 und 05.12.2005, Aufbaukurs II

Kinästhetik

Silke Früh

26.11.-30.11.2005, Aufbaukurs

Bobath

Viktor Urquiza

Termine auf Anfrage

Kanülenmanagement (1/2 Tag)

Schluckstörungen bei Erwachsenen (2 Tage)

Therapie des Facio-Oralen-Traktes (5 Tage)

Basale Stimulation in der Pflege (3 Tage)

Bobath-Grundkurs (3 Tage)

Information und Anmeldung:

Claudia Schadow

Tel.: 07522 797-1185, Fax: 07522 797-1192

cshadow@wz-kliniken.de

Asthmaakademie Baden-Württemberg

Fachkliniken Wangen/ St. Josefskrankenhaus Freiburg (Homepage: www.aabw.de)

Theorieseminar in Wangen

18.-19.06.2005 (Block 1)

02.-03.07.2005 (Block 2)

Curriculum für Arzthelferinnen und Kinderkrankenschwestern

02.-03.07.2005 (Curriculum II)

Information und Anmeldung:

Dr. Thomas Spindler / Dr. Michael Rau

Telefon 07522 797-0, Fax 07522 797-1117

tspindler@wz-kliniken.de /

mrau@wz-kliniken.de

Adipositas-Akademie Baden-Württemberg

Fachkliniken Wangen/ PommeFRIZ Schliengen (Homepage:

www.adipositas-akademie-bw.de)

Theorieseminare in Wangen

17. - 19.06.2005

22. - 24.07.2005

Theorieseminare in Schliengen

04. - 06.11.2005

18. - 20.11.2005

Information und Anmeldung:

Robert Jaeschke

Telefon 07522 797-1288,

Fax 07522 797-1117

rjaeschke@wz-kliniken.de

www.adipositas-akademie-bw.de

Vorträge

04.06.2005, Bielefeld Neurodermitis und Rehabilitation – ist das sinnvoll?

Dr. Thomas Spindler

13.09.2005, Bruchweiler Zwischen Lust und Frust – Jugendliche in der Rehabilitation

Alwin Baumann

11.11.2005, Bonn Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen mit dem Trainermanual

Robert Jaeschke

Medizinische Klinik

In der vorletzten Ausgabe (1/04) der „Spritze“ haben Sie gelesen, wie das Projekt der klinischen Behandlungspfade an den Fachkliniken Wangen ins Leben gerufen worden ist. Heute werde ich beschreiben, wie wir den medizinischen Algorithmus für den Pilotpfad „Obstruktives Schlafapnoesyndrom“ erstellt haben. Für jeden klinischen Behandlungspfad gilt: Zuerst muss das medizinische Vorgehen beschrieben werden. Es gilt zunächst, die Eckpunkte des diagnostischen und therapeutischen Prozedere zu erkennen und zu benennen.

Wie haben wir das gemacht?

Die leitenden Ärzte des Schlaflabors haben sich zusammengesetzt und auf Papier gebracht, nach welchen Entscheidungskriterien ein Patient mit Verdacht auf OSAS (= obstruktives Schlafapnoesyndrom) bislang in unserem Schlaflabor diagnostiziert und therapiert wird. Daraufhin wurde die aktuelle nationale und internationale Literatur bezüglich OSAS noch einmal gesichtet. Die wesentlichen Punkte daraus wurden exzerpiert und ein erster Entwurf eines medizinischen „Algorithmus OSAS“ erstellt. Die Kernaussagen der Literatur und der erstellte „Algorithmus OSAS“ wurden den ÄrztInnen und Pflegekräften des Schlaflabors vorgestellt und mit ihnen diskutiert.

Das obstruktive Schlafapnoesyndrom ist eine Erkrankung mit großer gesundheitsökonomischer Bedeutung: Die Prävalenz beträgt circa 4 %!

Klinische Behandlungspfade

Medizinischer Algorithmus für den Pilotpfad „Obstruktives Schlafapnoesyndrom“

► Definition OSAS

Gemäß der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen wird ein obstruktives Schlafapnoesyndrom so definiert, dass pro Stunde Schlaf mindestens fünf Ereignisse mit pharyngealer Obstruktion mit Hypopnoen oder Apnoen sich ereignen sowie zusätzlich eine Tagesbeeinträchtigung der Gestalt besteht, dass der betreffende Patient über eine Tagessymptomatik klagt. Diese kann sich äußern als übermäßige Müdigkeit oder als Gefühl eines nicht erholsamen Schlafes.

► Diagnostisches Vorgehen

In der Regel sollte ambulant im Vorfeld eine Screeninguntersuchung in Form einer „kleinen“ Untersuchung (Polygraphie) durchgeführt werden. In Einzelfällen kann auf diese Voruntersuchung verzichtet werden, falls eine eindeutige Anamnese für ein OSAS und eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit vorliegt. Zur eindeutigen Diagnostik des OSAS ist eine Polysomnographie erforderlich.

Die nächtliche Aufzeichnung in Form einer Polysomnographie soll mindestens 6 Stunden Schlaf erfassen.

In den angelsächsischen Ländern wird gelegentlich auch eine sogenannte „Split-Night“ in der ersten Nacht durchgeführt: Was bedeutet „Split-Night“? Die Untersuchungsnacht wird geteilt („gesplittet“) in einen diagnostischen und therapeutischen Teil: Wenn

sich in den ersten beiden Stunden der polysomnographischen Aufzeichnung eindeutig ein „schweres“ OSAS zeigt. „Schwer“ bedeutet einen AHI (=Apnoe-Hypopnoe-Index) in den ersten beiden Stunden >40/h ist oder AHI >20/h begleitet von deutlichen Sauerstoffdesaturationen. Dann kann noch in der selben Nacht die Indikation für die CPAP-Therapie gestellt werden und sofort dem Patienten die CPAP-Maske angepasst werden, so dass er den Rest der Nacht mit dem CPAP-Gerät schläft. Voraussetzung ist dann zur Evaluierung der zweiten polysomnographischen Nachthälfte, dass der Patient mindestens 3 Stunden mit dem CPAP-Gerät geschlafen hat.

Wir haben in unserem Schlaflabor mit diesem Vorgehen unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Die Compliance der Patienten bedingt durch den Wechsel des Modus - von diagnostisch auf therapeutisch - während der Nacht ist eher niedrig, so dass wir nur in einzelnen Fällen diesen Weg beschreiten.

► Das Therapieziel

Ziel bei der Behandlung des OSAS ist die komplette Beseitigung der schlafbezogenen Atemstörung.

Dies bedeutet zum einen die Beseitigung der pharyngealen nächtlichen Obstruktionen. Zum anderen auch die möglichst vollständige Normalisierung aller durch die schlafbezogene Atemstörung ausgelösten Symptome und Folgeerkrankungen nach Ermittlung des individuellen Risikoprofils.

► Therapie des OSAS

Welche therapeutischen Maßnahmen bieten sich zur Behandlung des OSAS?

1. Allgemeine Maßnahmen:

- Änderung der Lebensführung: Bei Übergewicht sollte eine diätetische Gewichtsreduzierung durchgeführt werden.
- Einschränkung bzw. völliges Vermeiden von Alkoholkonsum.
- Vermeidung der Einnahme von Schlafmitteln.

2. Unterkieferprotrusionsschiene:

Bei leichten Formen eines OSAS, welche nur mit einer geringen Einschränkung der Tagesbefindlichkeit einhergehen, kann ein Therapieversuch mit einer Unterkieferprotrusionsschiene durchgeführt werden. Diese Therapiemaßnahme ist jedoch nur durch wenige kleine Studien belegt (niedriger Evidenzgrad).

3. HNO-ärztliche Eingriffe (Multi-Level-Surgery; Laserassistierte Chirurgie; UPPP) können ebenfalls bei leichten Formen eines OSAS in Betracht gezogen werden.

Goldstandard der Therapie des OSAS ist nach wie vor die Überdrucktherapie mit CPAP.

► Behandlungskriterien der CPAP-Therapie

In der therapeutischen Nacht soll polysomnographisch der niedrigste CPAP-Druck ermittelt werden, welcher zur Beseitigung aller Apnoen und Hypopnoen sowie respiratorischen Arousal und Schnarchen in allen Schlafstadien und allen Körperpositionen erforderlich ist.

► Nachuntersuchungen

Die erste Nachuntersuchung sollte 3–6 Monate nach Ersteinstellung auf das CPAP

ambulant erfolgen. Weitere Kontrollen (nach Leitlinie DGP 2001; Meinung über erforderliche weitere Kontrolluntersuchung bei beschwerdefreien Patienten derzeit im Fluss) dann in jährlichem Abstand. Hierbei soll insbesondere auf die erzielte Verbesserung des Tagesbefinden (Beseitigung der Tagesmüdigkeit etc.) und somit der Lebensqualität geachtet werden. Hierfür können standardisierte Fragebögen verwendet werden. Überprüft wird im Rahmen der Nachuntersuchung die Nutzungszeit des CPAP-Gerätes sowie die technische Beschaffenheit von CPAP-Gerät und Maske. Eine nächtliche Untersuchung mit einem Sechskanal-Screening-Gerät (Polygraphie) wird durchgeführt.

► **Wann sollte eine erneute Polysomnographie nach Einstellung auf ein CPAP-Gerät erfolgen?**

- Bei persistierender Müdigkeit trotz regelmäßiger CPAP-Therapie.
- Nach Hals-Nasen-Ohren-ärztlichen oder kieferchirurgischen Eingriffen.
- Bei Gewichtsveränderungen: Hier können schon wenige Kilogramm ein erneutes Adjustieren des CPAP-Druckes erforderlich machen.

► **Wie viele Stunden sollte der Patient das CPAP-Gerät pro Nacht benutzen?**

Wir empfehlen unseren Patienten, das CPAP-Gerät möglichst während der gesamten Schlafphase zu benutzen. Falls ein Mittagschlaf gehalten wird, auch während des Mittagsschlafes. Studien über eine adäquate CPAP-Compliance ergeben hier unterschiedliche Empfehlungen. Eine Mindestanwendungsdauer pro Nacht von 4,5 Stunden wird gefordert, um von einer „adäquaten“ CPAP-Compliance sprechen zu können.

► **Wovon ist die CPAP-Compliance abhängig?**

In erster Linie von dem Profit, welcher der Patient von der CPAP-Therapie hat. Also von der Besserung seiner Tagesmüdigkeit, Einschlafneigung am Tage oder der Konzentrationsstörungen. Bedeutsam für die Compliance ist auch eine ausreichende Information und Schulung des Patienten über das CPAP-Gerät, dessen Applikation, Wirkungsweise und den zu erzielenden Langzeittherapieeffekt. Nicht immer tritt der Therapieerfolg (Besserung der Tagesmüdigkeit) bereits nach wenigen Tagen ein. Die Besserung der Tagessymptomatik kann sich über einen Zeitraum von mehreren Wochen (bis zu 2 Monaten) unter adäquater CPAP-Therapie erstrecken.

► **Auto-CPAP:**

In den letzten Jahren kamen CPAP-Geräte auf den Markt, welche automatisch den erforderlichen CPAP-Druck an die Gegebenheiten des Patienten anpassen können. Noch werden diese Geräte in einer geringen Anzahl benutzt. Auf Grund des technischen Fortschrittes ist jedoch davon auszugehen, dass diese automatisch titrierenden Geräte in Zukunft in der Therapie des obstruktiven Schlafapnoesyndroms deutlich an Bedeutung gewinnen werden.

► **Entscheidungsalgorithmus zur Indikation zur CPAP-Therapie – oder: „Wer soll mit CPAP behandelt werden?“**

- Beim klassischen OSAS-Patienten mit deutlicher Tagesmüdigkeit und hohem Apnoe-Hypopnoe-Index (=AHI) ist die Indikation zur Therapie klar und einfach.
- Keine CPAP-Therapie erhalten asymptotische Patienten ohne kardiovaskuläre Vorerkrankungen und niedrigem AHI.

- Was soll man mit Patienten tun, die einen hohen Apnoe-Hypopnoe-Index (=AHI) haben, tagsüber jedoch nicht wesentlich beeinträchtigt sind?

In den letzten Jahren sind mehrere wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht worden, die die Beziehung zwischen obstruktiver Schlafapnoe einerseits und kardiovaskulären Erkrankungen, insbesondere Bluthochdruck und Schlaganfall, andererseits darstellen. Deshalb wurde auch in einem Fachartikel die Frage gestellt, ob die Zeit reif ist „auch den nicht tagessymptomatischen Schlafapnoeiker im Hinblick auf seine kardiovaskuläre Protektion mit CPAP zu therapieren“.

- In Amerika wurde 1999 in einem Konsensus-Statement die Behandlungskriterien für OSAS-Patienten dahingehend festgelegt, dass alle Patienten mit einem AHI zwischen 5/h und 30/h mit Tagessymptomatik oder bereits bestehender kardiovaskulärer Erkrankung eine CPAP-Therapie erhalten sollen.
- Die kleine Patientengruppe mit schwerer obstruktiver Schlafapnoe (AHI >40/h) ohne Tagessymptomatik und ohne bestehende kardiovaskuläre Vorerkrankungen ist noch einmal gesondert zu betrachten: Es gibt

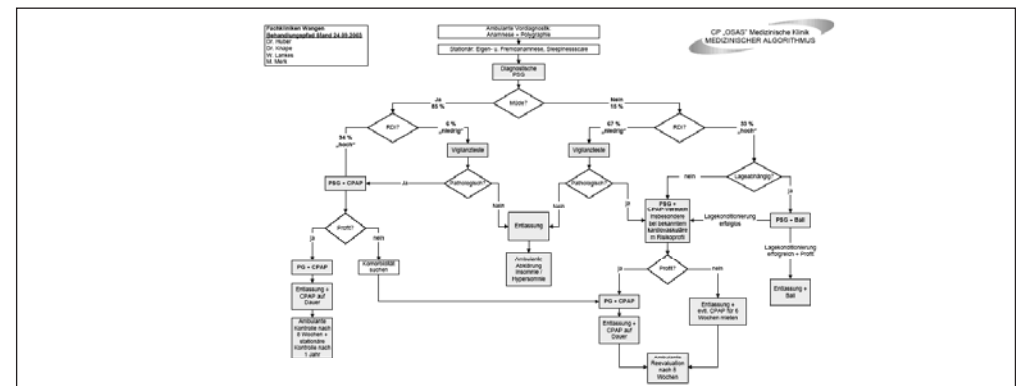
zunehmend Veröffentlichungen, die behaupten, dass eine schwere obstruktive Schlafapnoe ein bedeutsamer Risikofaktor für die Entwicklung eines Bluthochdruckes darstellt.

In unserem Schlaflabor in Wangen informieren wir die Patienten ausführlich und bieten dieser Subgruppe ein CPAP-Gerät „auf Probe“ (4-6 Wochen zu Hause) an. Nach dieser Probezeit entscheiden Arzt und Patient gemeinsam über die Fortführung oder Beendigung der Therapie.

Es ist offenkundig geworden, dass die ärztliche Beurteilung des vorhandenen medizinischen Wissens (Leitlinien, Reviews, Editorials) das Fundament für die Erstellung eines medizinischen Algorithmus darstellt. Diese Tätigkeit ist eine originär medizinische Tätigkeit, die zwar einerseits einen beträchtlichen Arbeitsaufwand bedeutet, andererseits eine *Conditio sine qua non* ist, um einen Behandlungspfad erstellen und dann allen ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitern nahebringen zu können.

Literatur beim Verfasser

Dr. Michael Huber
Funktionsoberarzt
Medizinische Klinik
Leiter Ärztliches Qualitätsmanagement und
Medizincontrolling



Therapie ohne Medikamente bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen – wie geht das ?

Anlässlich der Gründung der „Lungensportgruppe Wangen“, einem Kooperationsprojekt von Dr. Roland Drescher, Oberarzt der Medizinischen Klinik der Fachkliniken Wangen und dem Sportverein MTG Wangen e.V. wird im Folgenden das Konzept der nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen an den Fachkliniken Wangen vorgestellt.

► Was ist Asthma?

Asthma ist eine verbreitete, oft lebenslange anhaltende chronische Erkrankung, die durch eine Entzündung und Verengung der Atemwege gekennzeichnet ist. Ihr Ausmaß kann sich über kurze Zeit spontan oder als Folge einer gezielten Behandlung verändern. In Deutschland wird die Zahl der Asthmatiker auf 4 Millionen geschätzt.

► Was ist COPD?

Als chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) wird eine Krankheitssituation bezeichnet, die früher als chronische Bronchitis (Entzündung und Einengung der Atemwege) und auch als Emphysem (Zerstörung der Lungenstrukturen) beschrieben wurde. Sie führt zu einer Verminderung des Atemstroms und als Folge zu Luftnot bei Anstrengung. Der verminderte Atemstrom und die Zerstörung der Lungenstruktur ist durch medikamentöse Behandlung kaum reversibel. Die häufigste Ursache einer COPD ist bei uns in über 80% der Fälle das inhalative Zigarettenrauchen.

Die Häufigkeit einer klinisch relevanten COPD variiert in den europäischen Ländern zwischen 4% und 10%. Sie stellt derzeit weltweit die vierthäufigste Todesursache dar. Neben der Entwicklung und dem Einsatz von neuen medikamentösen Atemwegstherapeutika rücken immer mehr nicht-medikamentöse Behandlungsansätze als begleitende und ergänzende Therapiemaßnahmen in den Vordergrund der Behandlung. Die heute zur Verfügung stehenden Medikamente greifen zwar nicht kausal in das entzündliche Geschehen der Erkrankung ein, haben jedoch einen nachweisbaren positiven Effekt auf Verlauf, Symptome, Belastungstoleranz und Lebensqualität. Die nicht-medikamentöse Therapie verfolgt im Wesentlichen dieselben Ziele wie die medikamentöse Therapie. Ihre Wirksamkeit ist ebenso nachgewiesen.

BAUSTEINE DER NICHT-MEDIKAMENTÖSEN THERAPIE

► Nikotinentwöhnung

Weltweit leiden etwa 600 Millionen Menschen an COPD. Die häufigste Ursache liegt im Nikotinkonsum. Mehr als 80% der COPD-Patienten sind oder waren Raucher. Die wichtigste medizinische Maßnahme zur sekundären Prävention ist der Nikotinverzicht und die Raucherentwöhnung. Er ist für den Verlauf der Erkrankung ganz entscheidend. Etwa 25% der Raucher erleiden einen ausgeprägteren lungenfunktionellen Verlust, der im Jahr >50ml des FEV1 beträgt. Durch Nikotin-

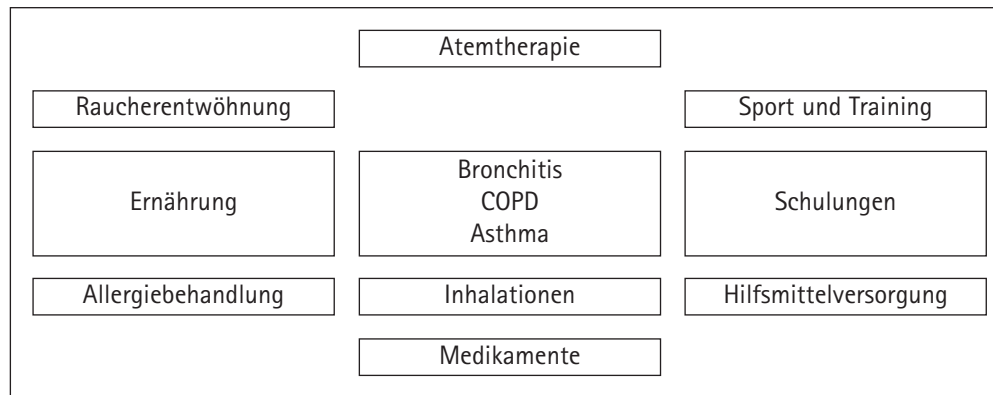


Abb. Bausteine der Therapie chronischer Atemwegserkrankungen

entwöhnung ist der natürliche Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussbar, insbesondere kann der durch das Rauchen bedingte stärkere lungenfunktionelle Verlust wieder abgemildert werden. Es existieren bereits strukturierte Raucherentwöhnungsprogramme. Diese werden in der Regel nach einem stationären Krankenhausaufenthalt im Rahmen von stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen angeboten.

► Patientenschulungen

Das Ziel strukturierter Patientenschulungen ist es, dem Patienten soviel Wissen über seine Erkrankung zu vermitteln, dass er eine infektbedingte Verschlechterung der Erkrankung frühzeitig erkennen und bereits selbst die richtigen Maßnahmen einleiten kann. Dadurch können Häufigkeit und Dauer der Krankenhausaufenthalte vermindert werden. Der Wert von Patientenschulungen ist wissenschaftlich gut abgesichert und hat einen Evidenzgrad A in den WHO-Empfehlungen zur COPD-Therapie erlangt (GOLD-Empfehlungen). Asthma-Schulungen sind seit langem wichtiger Therapiebaustein bereits im Kindes-

alter und natürlich auch bei Erwachsenen. Auch hier ist die Datenlage eindeutig. Es existiert ein nationales Schulungsprogramm für Erwachsene (NASA), welches Grundlage aller stationären und ambulanten Asthaschulungen darstellt.

Ein besonderer Schulungsbaustein in der Therapie stellt die Hilfsmittelschulung dar. Ein Aspekt, der leider immer noch zu wenig Beachtung findet, ist die Tatsache, dass ein Heil- und Hilfsmittel nur so gut ist, als wie der Patient die Anwendung beherrscht und sich vom positiven Effekt der Therapie selbst überzeugt hat. Aus diesem Grunde führen wir bereits in der akuten Phase der Erkrankung regelmäßige Schulungen mit den verwendeten Inhalationssystemen, an den Inhalationsgeräten, der Sauerstofflangzeittherapie, und den verordneten Hilfsmitteln durch.

► Atemphysiotherapie

Charakteristisch für Asthma und COPD ist eine Einschränkung des Luftstroms, die im Falle der COPD nicht mehr vollständig zurückgebildet werden kann. Diese Strömungsminderung geht mit dem subjektiven Empfinden von akuter Atemnot/Luftnot einher.

Zugrunde liegt die Einengung der Atemwege durch Sekret, entzündliche Schwellung der Schleimhaut, Verkrampfung der Bronchialmuskulatur oder der Verlust an mechanischer Stabilität der Atemwege (Elastizitätsverlust). Diese meist in Verbindung von körperlicher Anstrengung akut empfundene Atemnot ist das klassische Einsatzgebiet der Atemtherapie. Während der meist durch Angst verstärkte Einsatz der Brustkorbmuskulatur die Bronchialenge noch verstärkt, kann die gezielte Anleitung zur Atemtechnik der Lippenbremse und das Lösen thorakaler Verspannungen oder das Einnehmen bestimmter Körperpositionen den bronchialen Luftfluss schlagartig verbessern. Das Erlernen dieser Atemtechniken ist Grundvoraussetzung, damit der Patient ein körperliches Training ohne Luftnot durchführen kann.

► Hilfsmittel

Neben einer Verbesserung der endobronchialen Luftflusses zielt die Atemphysiotherapie auf eine Entfernung von Bronchialsekret hin. Die gestörte mukoziliäre Reinigungsfunktion steht pathogenetisch am Beginn der COPD. Verbleibende Sekretreste und Partikel (Rauch-Kondensat, Ruß, Staub etc.) induzieren eine Durchwanderung der Schleimhaut mit Entzündungszellen. Dies stellt den Versuch des Körpers dar, eine Reinigung der liegengebliebenen Partikel von der Blutseite aus zu erreichen. Die Folge ist ein hochrot entzündetes und überempfindliches Bronchialsystem mit einem meist gefärbten zähen Auswurf.

► Atemwegsschienung durch PEP und Sekret drainage durch Fluttern

Eine Schienung der Atemwege und Mobilisierung endobronchialer Sekretmenge stellt eine effektive Maßnahme dar, um langfristig

die Entzündung zu mindern. Verschiedene Hilfsmittel kommen dabei zum Einsatz: PEP-Ventile unterstützen die Schienung der Atemwege und Verbessern damit den Luftstrom. Rüttler (Fluttern) dienen dazu, die Atemwege und die Lungen in Schwingungen zu versetzen, um die Sekretmobilisation zu fördern. Dieser löst sich von den Bronchialwänden und kann dadurch leichter abgehustet werden. In diesen Bereich gehören auch elektrisch betriebene Medikamentenvernebler (Nassinhalationssysteme), die eine gleichzeitige Atemphysiotherapie durch den Aufsatz von PEP-Stenosen oder Fluttern erlauben. Bei 4 x 10 Minuten Inhalation täglich sind das immerhin respektable 40 Minuten Gesamttherapiedauer. Kompressortriebene Medikamentenvernebler mit Perkussionseffekt können neben der reinen Medikamentinhalation die Sekretmobilisation besser fördern. Ihr Einsatz wird beim Vorliegen von Bronchiektasen bevorzugt. Positive expiratorische Druck-Therapie (PEP) unterstützt durch Mobilisation des Schleims die effektive Bronchialtoilette, verbessert den Gasaustausch und senkt den Atemwegswiderstand.

► Inhalationstherapie

Die Inhalationstherapie stellt das Bindeglied zwischen der rein medikamentösen Behandlung und der nicht-medikamentösen Aerosoltherapie dar. Die Wahl des Inhalationssystems hängt zum einen vom verwendeten Medikament, zum anderen aber davon ab, inwieweit das Inhalationssystem hinsichtlich der Handhabung den Bedürfnissen des Patienten und den Therapieabsichten des Behandlers gerecht wird. Reine Medikamenteninhalationssysteme (Pulverinhalatoren, Dosieraerosole) sind in der Regel sehr klein und handlich und erlauben dem Patienten ein Höchstmaß an Mobilität und Flexibilität in der Anwendung. Beim Ge-

brauch von Nassinhalationssystemen (Kompressorverneblern, IPPV-Geräten, Ultraschallverneblern) wird der Patient durch den stromabhängigen Betrieb und die Größe der Geräte sowie durch den Reinigungsbedarf des Systems weitgehend an zu Hause gebunden. Sie kommen also in erster Linie für Patienten in Betracht, deren Mobilität eingeschränkt ist und die ihre Inhalationstherapie überwiegend zu Hause durchführen wollen. (Kleinkinder, ältere Menschen). Mit diesen Inhalationsgeräten können nur kurzwirksame antiobstruktive Medikamente vernebelt werden. Der ganz große Vorteil aber ist die große Therapiesicherheit, da eine vergleichsweise große Inhalatmenge gegenüber den reinen Medikamenteninhalierern eingeatmet wird und praktisch kaum Fehler in der Inhalationstechnik möglich sind. Dagegen verlangt der Gebrauch der kleinen Medikamenteninhalationssysteme ein hohes Maß an Koordination und Technik in der Anwendung bei nur einem einzigen oder zwei Inhalationsmanövern. Patienten, die mobil sein wollen, sind besser mit diesen tragbaren kleinen Medikamenteninhalierern auszurüsten. Ein wesentlicher Unterschied in der Wirksamkeit besteht nicht. Die maximale Deposition des Medikamentes in den Atemwegen liegt für alle System nur bei 10-30% und hängt weniger vom verwendeten Inhalationssystem, sondern von der optimalen Technik des Anwenders ab. Aus diesem Grunde macht es bereits während des stationären Aufenthaltes Sinn, den Patienten in den richtigen Gebrauch und die Wirkungsweise der verwendeten Inhalationssysteme einzuweisen. Dies geschieht durch das Pflegepersonal am Krankenbett, aber auch im Rahmen der COPD- und Asthmaschulungen in der Gruppe. Kritisch wird der Wechsel des Inhalationssystems nach Entlassung gesehen. Dies ist nach unserer Erfahrung mit einer erheblichen Verunsicherung des Patienten verbunden.

► Sauerstofftherapie

Der positive Wert der Sauerstofflangzeittherapie wurde in den 80er Jahren in der MRC- und NOTT-Studie hinsichtlich des Überlebensdauer bei COPD/cor pulmonae nachgewiesen. Daneben kann die Sauerstofftherapie bei Hypoxämie das Ausmaß der Atemnot für den Patienten mindern, was durch eine Reduktion der Atemantriebs vermittelt wird. Seither hat sich die Sauerstofftherapie als probates Mittel zur Verbesserung der Krankheitsprognose der COPD und anderer Lungenerkrankungen und zur symptomatischen Reduktion von Atemnot bei Hypoxämie etabliert. Inzwischen existieren eine Reihe verschiedener stationärer und mobiler O₂-Systeme auf dem Markt, mit denen der Patient versorgt werden kann. Neben der richtigen Indikation der O₂-Langzeittherapie müssen auch die häuslichen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt werden. Dabei spielt die Erhaltung der Mobilität eine große Rolle, um den Patienten das Verlassen der Wohnung und die Möglichkeit einer Bewegungs- und Trainingstherapie zu verschaffen. Auch hier setzt die häusliche Versorgung des Patienten mit einem bestimmten O₂-System eine entsprechende Schulung und Information bereits während des stationären Aufenthaltes voraus. Eine solche Sauerstoff-Therapie-Schulung steht einmal wöchentlich hier auf dem Programm, von dem Patienten und Angehörige nach Voranmeldung Gebrauch machen können.

► Ernährung

Die COPD und akute Infekte stellen einen Risikofaktor für die Mangelernährung des älteren Menschen dar. Die Mukoviszidose ist ein Risikofaktor für die Mangelernährung des jungen Menschen. Betroffen sind insbeson-

dere der Eiweiß- und Energiehaushalt des Körpers. Aufgrund der vermehrten Atemarbeit der Muskulatur ist der Energieverbrauch so hoch wie bei einem körperlich Schwerarbeitenden. Um zu verhindern, dass dieser Energiebedarf durch Abbau von körpereigenem Muskel- und Funktionseiweiß gedeckt wird, ist eine eiweiß- und energetisch hochkalorische Ernährung erforderlich. Eventuell müssen Bedarfsanalysen durch einen Spezialisten durchgeführt werden. Bei untergewichtigen Patienten ist es deshalb erforderlich, Nahrungsergänzungen und hochkalorische Zusatznahrungen zu verabreichen. In der Regel setzt ein muskuläres Aufbautraining bei schwer Lungenkranken eine gleichzeitige geplante Ernährungstherapie voraus. Beim Lungenemphysem und schwerer Lungenüberblähung wird das Zwerchfell so nach unten gedrückt, dass der Bauch sich kugelartig nach vorne wölbt und ein Völlegefühl entsteht. Bei chronischem cor pulmonale mit Rechtsherzinsuffizienz ist mit Appetitmangel, Völlegefühl und Blähungen durch eine gestörte Nahrungsresorption zu rechnen. Dem muss mit der Auswahl der Speisen und der Portionsgröße und Häufigkeit Rechnung getragen werden.

► Sport und Training

Zahlreiche Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen leiden bei körperlicher Belastung unter Atemnot. Körperliche Anstrengungen werden deshalb häufig vermieden. Körperliche Inaktivität führt aber zu einem Trainings- und Konditionsverlust der Muskulatur und des Herz-Kreislauf-Systems. Daneben begünstigt es den Sekretverhalt in den Atemwegen und zu einer Minderbelüftung von Lungenarealen. Diese verhängnisvolle Spirale führt zu einer Verschlechterung der Lungenfunktion, der Atemnot, der körper-

lichen Leistungsfähigkeit und damit letztendlich der Lebensqualität.

Die positiven Effekte von Sport- und Bewegungstherapie bei Asthma, COPD, und Mukoviszidose sind gut belegt. Durch Ökonomisierung der Herz- und Kreislauffunktion und der Bewegungsabläufe infolge des Trainings lassen sich Leistungsfähigkeit und Lebensqualität verbessern. Ein wesentlicher Effekt des Trainings ist die Abnahme der Atemnot unter Belastung, die eine zentrale Bedeutung für die Lebensqualität der Patienten hat. Entscheidend für die Durchführung des körperlichen Trainings ist dabei die Kenntnis der notwendigen Atemtechniken, weshalb eine atemtherapeutische Begleitung zumindest in der Anfangsphase des Trainings erforderlich ist. Die Aufgabe des Sport- und Physiotherapeuten besteht neben der atemtherapeutischen Begleitung darin, darauf zu achten, dass sich der Trainierende nicht hinsichtlich seiner Belastung zu Beginn überfordert und um zu entscheiden, ob ggf. eine Sauerstoffgabe während des Trainings erforderlich wird.

Obwohl die positiven Effekte von Sport und körperlichem Training gut dokumentiert sind, ist die Zahl der aktiven Sportgruppen für Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen noch gering. Der Aufbau solcher Lungensportgruppen wird deshalb von Lungenärzten und Krankenkassen als sekundäre Krankheitspräventionsmaßnahme gefördert und regional aufgebaut.

Roland Drescher
Oberarzt
Medizinische Klinik

● Atemtherapie bei COPD

● Sofort wirksame Therapie zur Erleichterung der Atmung

● Die COPD geht mit einem strukturellen Defekt der Atemwege einher, der eine Atemwegsbehinderung durch Erschlaffung der Atemwege zur Folge hat. Dieser Elastizitätsverlust wie auch eine vermehrte Schleimproduktion ist für die Strömungsbehinderung der Atmung verantwortlich und führt zu Atemnot. Bei dieser Problematik kann die Atemtherapie sofort wirksam ansetzen, denn mit ihrer Hilfe erfährt der Patient umgehend eine Erleichterung seiner Atmung.

● Die Atemtherapie beinhaltet das Erlernen und Üben von Atem- und Hustentechniken sowie die Unterweisung in apparative Hilfsmittel. Passive Maßnahmen ergänzen die Atemtherapie. Sie ist Grundlage für die Atemgymnastik und Basis für das Muskeltraining. Zusammen mit der Patientenschulung kann das Ziel erreicht werden, über eine Veränderung des Verhaltens die Lebensqualität des Patienten zu verbessern.

► Atemtechniken

● Die Lippenbremse

● Eine der Atemtechniken stellt die Lippenbremse dar. Sie wird angewandt bei Atemnot, aber auch, um diesen Zustand zu vermeiden. Der Patient lässt nach erfolgter Einatmung durch die Nase die Luft zwischen den locker aufeinander liegenden Lippen herausströmen. Dabei entsteht in den Atemwegen ein positiver Ausatemdruck, der sie weit und offen hält.

Die Luft kann ungehindert entweichen, und schon bald wirkt diese Technik die Atmung erleichternd und beruhigend, allgemein entspannend und die Lunge entblähend. Im Falle der akuten Atemnot kann der Patient die Zeit bis zur Wirkung des Medikamentes mit Hilfe der Lippenbremse überbrücken. Im Alltag ermöglicht sie, körperliche Anstrengungen ohne Atemnot zu bewältigen.

Bei der Lippenbremse ist wichtig zu wissen:

- Regelmäßiges Üben in anfallfreien Zeiten führt zu einer Automatisierung der Lippenbremse. Sie ist dann im Alltag und Notfall sofort präsent.
- Vor, während und nach einer körperlichen Anstrengung die Lippenbremse einsetzen.
- Bei Aufregung, Angstzuständen und psychischer Belastung wirkt die Lippenbremse beruhigend und entlastend.

Atemerleichternde Körperstellung

Die atemerleichternde Körperstellung wird angewandt bei Atemnot, aber auch zur Vermeidung dieses Zustandes.

Bewährt haben sich neben dem Kutschersitz oder der Torwartstellung auch andere Formen des Abstützens im Sitzen oder im Stehen. Bei diesen Maßnahmen wird der Brustkorb vom Gewicht des Schultergürtels entlastet. Thorax und Lunge befinden sich in Einatemstellung. Die verengten Atemwege werden erweitert. Der Patient erfährt in Verbindung mit der Lippenbremse eine baldige Erleichterung seiner Atmung.



Demonstration verschiedener Körperstellungen zur Atemleichterung. Foto: Springer

Bauch- Flankenatmung

Die Schulung der Körperwahrnehmung ist eine wichtige Grundlage der Atemtherapie. Wahrnehmungsübungen hinsichtlich der Ein- und Ausatmung, des Atemrhythmus und der Atembewegungen sind Voraussetzung für das Erlernen der Bauch- und Flankenatmung. Beim Üben müssen Atmung und Bewegung koordiniert werden.

Bauch- und Flankenatmung in Verbindung mit der Lippenbremse kräftigen die Atemmuskulatur und verbessern die Brustkorb-beweglichkeit. Der Sekretabtransport wird gefördert und der Luftaustausch in der Lunge optimiert. Wichtig ist, täglich regelmäßig zu üben, auch in beschwerdefreien Zeiten!

Hilfen zum Abhusten

Infektexacerbationen mit einhergehender Produktion zähen Sekrets erschweren die Atmung, führen zu Atemnot und beeinträchtigen den Alltag des Patienten erheblich. Rasche Sekret drainage ist erforderlich. Um das Sekret so leicht wie möglich abzu husten, muss es vorher gelöst und abtransportiert werden. Dazu stehen verschiedene apparative Hilfsmittel wie der VRP1 (Flutter), Cornet, Quake und Acapella zur Verfügung.



Übungen um Brustkorb- und Wirbelsäule beweglich zu halten. Foto: Springer

Bei ihrer Anwendung wird das Lösen und der Abtransport des Sekrets über Oszillationen (Schwingungen) bzw. durch bronchiale Druckkaliberschwankungen bewirkt. Das entsprechende Gerät wird vom Therapeuten individuell eingesetzt und eingestellt. Er übernimmt die Einweisung in das Gerät und in die hygienischen Maßnahmen. Ziel ist das selbstständige Arbeiten mit dem Hilfsmittel.

Das gilt auch für das PEP-Ventil, welches zur Erleichterung der Ausatmung aber auch zur Verbesserung des Sekretabtransportes eingesetzt wird. Als „künstliche Lippenbremse“ zu verstehen, hilft es, über positiven Ausatemdruck instabile Bronchialwände zu dekomprimieren oder deren Kollaps vorzubeugen. Während der Anwendung der Geräte sitzt der Patient vorzugsweise, die meisten Geräte lassen jedoch auch ein Üben im Liegen zu.

Thoraxvibrationen werden mit den Geräten Vibrax und Hivamat durchgeführt. Letzteres unterstützt vor allem Patienten mit Osteoporose beim Lösen des Sekrets.

Bei Thoraxkompressionen sitzt der Patient oder befindet sich in Rücken- bzw. in Seitenlage. Der Therapeut legt seine Hände an den Brustkorb des Patienten. Über Druck auf den Brustkorb wird die Ausatmung (mit der Lippenbremse) vertieft und das Sekret mobili-



Übung zur Körperwahrnehmung. Foto: Springer

siert. Der Patient kann nach Anleitung die Thoraxkompression selbstständig durchführen (u.a. auch mit einem Tuch).

Die Autogene Drainage ist eine sanfte und sehr effiziente Technik und wird auch vom älteren COPD-Patienten gut erlernt und ist aus dem Repertoire zur Bronchialreinigung nicht wegzudenken.

Abhusten des Sekrets

Nach erfolgreicher Vorarbeit mit oder ohne Gerät ist der Patient in der Lage, das Sekret ohne größere Anstrengung abzu husten. Er wird geschult, diszipliniert, d.h. mit wenigen Hustenstößen, das Sekret zu eliminieren. Dabei kann es notwendig sein, den Hustenstoß zu bremsen in Form von z. B. einem Taschentuch oder gegen die locker aufeinander liegenden Lippen. Wichtig ist, nach dem Husten einige Atemzüge lang die Lippenbremse anzuwenden.

Vermeiden oder Lindern des Hustenreizes

Der unproduktive Husten sollte nach Möglichkeit unterbunden werden, denn er belastet die Atemwege, die Organsysteme wie auch die Muskulatur. Als Maßnahmen haben sich bewährt:

- a) Die Nasenatmung: Beim Atmen durch die Nase kann die Luft angewärmt und angefeuchtet in die Atemwege strömen.
- b) Flaches Atmen: Mit Hilfe der Lippenbremse nur wenig ein- und austatmen
- c) Stotterbremse: Der Ausatemstrom wird durch schnelles Öffnen und Schließen der Lippen unterbrochen (Staccatoatmung).
- d) Individuelle Maßnahmen sollen mit dem Patienten erörtert werden wie z. B. etwas Warmes trinken, kurz die Luft anhalten etc.

► Maßnahmen, um die Brustkorb- und Wirbelsäulenmobilität zu verbessern und zu erhalten

Die Beweglichkeit von Brustkorb und Wirbelsäule und die damit zusammenhängenden Atembewegungen sind die Grundlage der Atemtherapeutischen Maßnahmen.

Zur Anwendung kommen passive Maßnahmen wie die Manuelle Therapie und die Reflektorische Atemtherapie.

Aktiv trägt der Patient zur Verbesserung seines Gesundheitszustandes mit der Teilnahme an einer Atemgymnastik bei. Dort erlernt er Dehn- und Lockerungsübungen.

► Muskeltraining: Verbessern der Leistungsfähigkeit

Die Atemnot als leistungslimitierender Faktor bewirkt eine Verhaltensänderung des COPD Patienten. Er vermeidet Belastungen und zieht sich immer mehr zurück. Der Bewegungsmangel führt zu einem rapiden Abbau der Muskulatur, so dass er seinen Alltag nur mit großer Mühe oder Hilfe bewältigen kann. Das bedeutet Einbußen von Leistungsfähigkeit und Lebensqualität. Der dekonditionierte Patient wird mit einem gezielten Muskeltraining wieder aufgebaut.

Trainiert werden die Rumpf- und Atemmuskulatur sowie die Muskeln der oberen und unteren Extremitäten mit dem Ziel, Kraft, Ausdauer und Koordination zu verbessern. Es wird alltagsorientiert geübt.

Voraussetzung für das Training ist das Beherrschen der Atemtechniken. Das Training wird individuell den Möglichkeiten des Patienten entsprechend aufgebaut. Trainingsmittel sind Kurzhanteln, Theraband, Bettrand, Sitzrad, Ergometerfahrrad und Gehtraining. Wichtig ist, die Lippenbremse während des Übens einzusetzen.

► Teilnahme an Gruppen

Der mobile Patient hat die Möglichkeit zur Teilnahme an verschiedenen Gruppen. In der Atemschule erlernt und übt er alle Atemtechniken. Die Übungen der Atemgymnastik ohne oder mit Gerät (z. B. Stab, Ball) werden

von der Lippenbremse begleitet. Im Alltags- training werden Situationen des täglichen Lebens nachgestellt in Verbindung mit den Atemtechniken und Elementen aus der Rückenschule. Im Entspannungstraining verbessert der Patient mit Hilfe verschiedener Techniken seine Entspannungsfähigkeit bezüglich Atemnot, psychischer Belastungen, Angstzuständen und Panikattacken.

Gut geschult und informiert, lernt der COPD Patient durch die Patientenschulung mit seiner Krankheit besser umzugehen und mit anderem Verständnis seine Therapie durchzuführen. Die Angehörigen des Patienten haben bei der Angehörigenschulung die Möglichkeit, in die Therapie mit einbezogen zu werden.

Der Patient erhält eine Übungs- bzw. Trainingsempfehlung für zu Hause und wenn möglich die Adresse eines Therapeuten am Heimatort, damit die Therapie fortgesetzt

wird und vor allem die Motivation zu regelmäßigem, eigenverantwortlichem Üben nicht verloren geht.

► Aufbau einer Funktionsgruppe

Die Lücke zwischen Einzelbehandlung und der kürzlich in Wangen eingerichteten Lungensportgruppe soll in naher Zukunft mit einer Funktionsgruppe geschlossen werden. Alle Therapien, stationär oder ambulant, müssen ärztlich verordnet werden.

Nach all den gemeinsamen Bemühungen soll der Patient aufatmen können und dem Atem wieder freien Lauf lassen.

Renate Springer
Leitung der Bewegungstherapie für Erwachsene
Nicole Glitza
Physiotherapeutin
Bewegungstherapie für Erwachsene



Dr. Dirk Dammann mit seinen Kindern

Foto: privat

Lehrerin und hat bereits ebenfalls beruflich Fuß gefasst. Dass es die Dammanns mit ihrer Zukunft im Allgäu Ernst meinen, zeigt sich darin, dass sie sich mittlerweile in Wangen in Nähe zur Klinik ein Einfamilienhaus mit Garten zugelegt haben. Die regionalen Sport und Freizeitmöglichkeiten wie Wandern, Ski und Langlauf hat die Familie bereits im letzten halben Jahr nutzen können.

Auf die Frage, was ihn bewogen habe, seine weitere Karriere im Allgäu an einer Rehabilitationskinderklinik zu verfolgen, bemerkte er, dass er sich einer neuen Herausforderung stellen und zum bundesweit guten Ruf der Rehabilitationskinderklinik Wangen beitragen wolle. Der hohe Qualitätsstandard, die milieuthérapeutische Betreuung der Kinder, multiprofessionelle Versorgung mit angeschlossener und integrierter pädiatrischer Behandlungsmöglichkeit und bei trotz schwieriger Marktlage gutem Arbeitsklima haben letztlich den Ausschlag für den Stellenwechsel vom Akutbereich in die Kinderrehabilitation gegeben.

Alwin Baumann
Klinikleiter Rehabilitationskinderklinik und Kinderklinik

Rehabilitations- kinderklinik

Die Rehabilitationskinderklinik hat mit der Pneumologie (Oberarzt: Dr. Thomas Spindler) und der Psychosomatik zwei Fachabteilungen. Die Psychosomatik – sie gibt es in Wangen seit 1980 – wird traditionell von einer/m Kinder- und Jugendpsychiater/in geführt. Seit 01.07.2004 ist Dr. Dirk Dammann allein verantwortlicher Oberarzt der Psychosomatik.

Der 38-jährige gebürtige Westfale absolvierte sein Studium an der Universität Münster.

Seit Juli 2004 neuer Oberarzt in der Rehabilitationskinderklinik

Kinder- und Jugendpsychiater Dirk Dammann leitet die Psychosomatik

1995 erhielt er seine Approbation als Arzt und schloss 2000 die Promotion mit magna cum laude ab. Seine erste Berufstätigkeit führte ihn ins Osnabrücker Land, wo er im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück und dann im Kinderhospital Osnabrück 2003 die Facharzt Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut abschloss.

Dr. Dammann beließ es nicht bei der ärztlichen Tätigkeit, sondern beteiligte sich bald

auch an der Ausbildung in der Krankenpflege und Heilpädagogik. Er ist Dozent an der Universität Osnabrück im Rahmen der Weiterbildung von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und wirkt mit bei einem Kurs der psychosomatischen Grundversorgung niedergelassener Pädiater. Er arbeitet bei der Adipositas-Akademie Baden-Württemberg mit.

Der Kinder- und Jugendpsychiater hat 3 kleine Kinder. Das älteste Kind wurde im letzten Herbst in Wangen eingeschult. Seine Frau ist

Rehabilitation bei psychosomatischen Störungsbildern

Zunehmend fallen Kinder auf, die durch **Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen in ihrer Entwicklung deutlich gefährdet sind**. Die Symptome sind aber meist unspezifisch und keinem konkreten Ursachenmodell zuzuordnen. Abhängig von der sich entwickelnden Persönlichkeitsstruktur eines Kindes, seiner Umgebung (Haltung der Eltern, Schule, Freundeskreis), aber auch organischen Ursachen zeigt sich bei einem Kind eine Adipositas, ein anderes hat Kopf- und Bauchschmerzen, ein drittes beides.

Bei einem anderen Kind mit vielleicht den gleichen Belastungsfaktoren findet sich eine emotionale Störung mit oppositionellem Verhalten (meist Jungen), andere nassen wieder ein oder zeigen Rückzugstendenzen (häufig Mädchen). Nicht selten verlangt dies den Kindern eine Kraftanstrengung ab, die keine Luft mehr lässt für eine gesunde Entwicklung. Weitere Belastungen wie Konflikte und Schulprobleme komplizieren das Bild. Der Übergang zur Krankheit ist dabei fließend.

► Welche Hilfe ist angemessen?

Den Kindern und Jugendlichen steht in Deutschland ein umfassendes Netz an Hilfen zur Verfügung, in dem sich aber Eltern wie Fachleute orientieren müssen. Häufige Anlaufadressen sind die Praxen der niedergelassenen Kinder- und Hausärzte. Individuelle, abgestufte Angebote über Beratungsstellen, Therapeuten, das Jugendamt, bishin zu stationären Behandlungsmöglichkeiten stehen zur

Verfügung und führen nicht selten zu einer gewissen Orientierungslosigkeit. Wie schwer ist das Kind gefährdet? Welche Hilfe ist die angemessene?

► Einordnung der Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen

Die stationäre psychosomatische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen stellt dabei eine Schnittstelle zwischen der ambulanten Versorgung und der stationär psychiatrisch/psychotherapeutischen (Akut)Behandlung dar. Auf einem hohen Qualitätsstand kann eine Entwicklung in Gang gebracht werden, die ambulant nicht oder nur über einen deutlich längeren Zeitraum erreichbar ist. Gerade, wenn es noch nicht zu einer z.B. akutpsychiatrischen Behandlungsindikation gekommen ist, eine Veränderung aber gewünscht und notwendig ist, kann eine ganzheitlich psychosomatisch orientierte Rehabilitation die Prognose, die Lebensqualität, letztlich auch die Leistungsfähigkeit deutlich verbessern. Die notwendige Erarbeitung einer Nachsorge ist Voraussetzung für eine langfristig stabile Entwicklung.

► Die Psychosomatik in den Fachkliniken Wangen

Hier haben die Fachkliniken Wangen mit ihrer psychosomatischen Kinderrehabilitation einen festen Stand entwickelt. Im Idealfall kommen die Kinder mit ausreichender Vordiagnostik und ambulanter Anbindung in die Rehabilitation. Sind die Verhaltensauffälligkeiten,



Telefonische Absprache über die Weiterbehandlung nach der Rehabilitation
Foto: Baumann

die z. B. eine Beschulbarkeit in Frage stellen, aus einer Überforderungssituation heraus entstanden? Hat z. B. eine hormonelle Stoffwechselstörung dazu geführt? Gibt es Teilleistungsstörungen, die das Kind belasten? Wie sieht die motorische und neurologische Entwicklung aus? Erfüllen die Auffälligkeiten ein klinisch-psychiatrisches Syndrom, wie einer affektiv-depressiven- oder Angststörung? Oder werden die Auffälligkeiten getriggert durch die psychosozialen Umstände, in denen das Kind lebt, z. B. Spannungen zwischen den Eltern oder Alkoholkrankheit des Vaters? Nicht selten sind die Bauch- und Kopfschmerzen des Patienten Ausdruck einer Körpersprache, mit der das Kind / der Jugendliche auf seine Art sagt, dass er Angst hat oder es so nicht mehr weiter gehen kann. Nicht selten fallen Störungsbilder und Erkrankungen erst während des Rehabilitationsaufenthaltes auf.

► Was ist die Besonderheit der Psychosomatik in den Fachkliniken Wangen?

Kinder, Jugendliche, wie Kinder, die mit ihren Eltern eine stationäre Rehabilitation in Wan-

gen durchführen, werden in ein therapeutisch arbeitendes Team eingebunden, in dem in Kooperation mit allen Lebensbereichen des Kindes von den Eltern über die Schule bis zum betreuenden Hausarzt lösungsorientiert gearbeitet wird.

Es stellt sich die Frage, ob wir das Kind richtig verstanden haben. Kann zwischen den Patienten, Ärzten (Pädiater, Kinder- und Jugendpsychiater), Psychologen, Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Krankenschwestern und Erziehern ein gleiches Verständnis entstehen? Ist die Diagnose gesichert?

Parallel ein gemeinsames Ziel zu erarbeiten, ist Hauptaufgabe bei der Einleitung jeder Rehabilitationsmaßnahme. Eine intensive Einbeziehung und Stützung der Verantwortung der Eltern ist dabei unentbehrlich.

Dann kann ein individuelles Therapie- und Rehabilitationsprogramm greifen, welches je nach Entwicklungsstand und Krankheitsbild mehr therapeutische- oder mehr Schulungsanteile (durch Ärzte, das Pflegeteam, Sport-, Ernährungs- und Physiotherapeuten) beinhaltet. Eine besondere Herausforderung für die Abteilung der Rehabilitationskinderklinik sind die komorbiden Störungen. Patienten, die neben einem oder mehreren psychosomati-



Die Beratung der Reha-Teams ist eine wichtige Aufgabe des Kinder- und Jugendpsychiaters
Foto: Baumann

schen Störungsbildern organische Erkrankungen haben. Wie geht es einem Kind, dessen Eltern sich gerade trennen, das wegen einer Enuresis und Adipositas in der Schule gehänselt wird, keine Freunde hat und sich nebenbei mit seiner Neurodermitis quält und nachts vor Jucken nicht schlafen kann?

► Enge Kooperation in der Klinik

Die intensive Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen, auch der Akutkinderklinik mit ihren umfassenden pulmologischen und dermatologischen Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten lassen hier ideale Bedingungen entstehen. Gerade psychiatrischen Störungsbilder, die durchaus oft einer stationär psychiatrischen Behandlung bedürften und uns an unsere eigene Leistungsfähigkeit bringen, sind dort aber wegen der organischen Begleitproblematik oft nicht suffizient behandelbar, so dass sich hier kaum Alternativen zu den Fachkliniken Wangen finden. Die interne sonderpädagogische Beratungsstelle und eine gute Beschulung in der Krankenhausschule (Heinrich-Brügger-Schule) runden das Angebot ab und machen eine Behandlung in den Ferien entbehrlich. Bei Schulproblemen ist die Rehabilitation häufig sogar außerhalb der Ferien erforderlich.

► Beziehungsarbeit zwischen Patienten und den Mitarbeitern

Eine weitere Besonderheit in der psychosomatischen Rehabilitation der Fachkliniken Wangen ist neben dem Altersspektrum (bei dem Vorschulkinder mit ihren Müttern im Kind-Mutter-Bereich behandelt werden können und für Schulkinder eigene, altersspezifische Gruppen bestehen) die Beziehungsarbeit zwischen Patienten und den Mitarbeitern. In einem therapeutisch begleiteten

Schonraum wird eine langfristige Verhaltensänderung erarbeitet, die im häuslichen Umfeld in der Regel so nicht möglich war. Dies erreichen wir über einen sehr personalintensiven Austausch und dem Ansatz, dass sich die Mitarbeiter auch mit ihrer Persönlichkeit mit dem Patienten auseinandersetzen und ihm und seiner Familie so einen Prozess ermöglichen, in dem er sich selbst in seiner körperlichen, seelischen wie sozialen Einzigartigkeit erlebt und seinen eigenen Weg finden kann.

Dr. Dirk Dammann
Oberarzt
Rehabilitationskinderklinik



Asthmaschulung mit Schulungspädagoge Robert Jaeschke

Foto: Schultes

Internationales Gesundheitsprojekt

Europa hilft Ihrem asthmakranken Kind

Das EU-Förderprogramm „INTERREG“, eine Gemeinschaftsinitiative des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) für die Zusammenarbeit von Regionen der EU, fördert unter anderem die Stärkung des sozialen Zusammenhalts in der Europäischen Union. Der Lenkungsausschuss des Interreg III A-Programms „Alpenrhein-Bodensee-Hochrhein“ hat am 6. Mai 2004 das von uns initiierte Projekt „Grenzenlose Hilfe zur Selbsthilfe bei Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter“ für eine Förderung ausgewählt.

Über das Projekt wird der Aufbau eines flächendeckenden Systems an qualitätsgesicherter Asthmaschulung in Teilen Baden-Württembergs und Bayerns sowie in Vorarlberg ermöglicht. Damit erhält die grenzübergreifende Zusammenarbeit rund um den Bodensee einen neuen Schub und Ihr Kind kann auch in Ihrer Nähe an einer ambulanten Asthmaschulung teilnehmen.

► Ausgangslage

Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter in Deutschland und Österreich. Die Ursachen für die Auslösung der Krankheit sind äußerst vielfältig. Somit ist es oft in der ärztlichen Sprechstunde nicht möglich, alle Fragen zum Thema Asthma bronchiale und der notwendigen Therapie zu beantworten. Um die Patienten sicherer im Umgang mit der Krankheit zu machen und ihnen die Angst zu nehmen, führen in Deutschland interdisziplinäre Schulungsteams bereits ambulante Asthmaschulungen für Kinder und deren Eltern durch. Diese laufen nach einem von der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (AG Asthmaschulung) etablierten und qualifizierten Programm ab. In Vorarlberg besteht keine vergleichbare ambulante Schulungsstruktur.

► Projektziele

Schulungsprogramme für Patienten mit chronischen Erkrankungen haben immer das Ziel, die Patienten und ihre Familien im Umgang

mit ihrer Erkrankung sicherer zu machen. Aus diesem Grund wollen wir eine standardisierte qualitätsgesicherte flächendeckende ambulante Schulungsstruktur für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale und deren Familien aufbauen. Das Projekt soll beispielhaft aufzeigen, dass eine grenzübergreifende Versorgung von Patienten gewährleistet werden kann.

► **Eine qualifizierte Asthmaschulung basiert auf:**

- einer an die Bedürfnisse und das Alter der Patienten und deren Eltern angepassten Schulungsstruktur mit alters- und kindgerechter Vermittlung des Wissens.
- einem qualifizierten Schulungsteam, das eine interdisziplinäre Betreuung und Schulung der Patienten gewährleisten kann.
- einem qualitätsgesicherten Schulungsablauf.

Nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ werden die geschulten Familien in der Lage sein, die Krankheit zu verstehen und somit im Alltag besser mit ihr umzugehen sowie Notfallsituationen sicher zu beherrschen.

► **Projektpartner:**

- Projektleitung und Organisation/Durchführung der Schulungskurse in Deutschland: Rehabilitationskinderklinik der Fachkliniken Wangen, Waldburg-Zeil Kliniken
- Organisation/Durchführung der Schulungskurse in Österreich: Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des Landeskrankenhauses Bregenz
- Öffentlichkeitsarbeit und Marketing: AOK Allgäu-Oberschwaben, Gesundheitsämter der Landkreise Ravensburg und Bodenseekreis
- Qualitätssicherung und Evaluation: Lan-

desqualitätsbeauftragter der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter – Landesgruppe Baden-Württemberg und Asthmaakademie Baden-Württemberg e.V.

Die Projektpartner kooperieren eng mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten der im Projektgebiet beteiligten Regionen.

Das Projekt hat eine Laufzeit von April 2004 bis April 2008.



EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFT
Gefördert aus dem Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung



Dr. Katja Franck
Projektkoordination Interreg III A-Projekt „Asthmaschulung“
Waldburg-Zeil Kliniken GmbH & Co. KG
Fachkliniken Wangen – Rehabilitationskinderklinik
Am Vogelherd 14 – 88239 Wangen
Telefon 07522 797-1301
Fax 07522 797-1118
kfranck@wz-kliniken.de

Heinrich-Brügger-Schule

Heinrich-Brügger-Schule präsentiert sich

Internetauftritt und neue Prospekte

Die Heinrich-Brügger-Schule (HBS) präsentiert sich in neuem Outfit. Unter „www.heinrich-bruegger-schule.de“ ist die Krankenhausschule der Fachkliniken Wangen mit all ihren Möglichkeiten im Internet zu finden. Wer lieber in Prospekten schmökert, kann unter drei verschiedenen Flyern wählen. Ein Flyer stellt die Heinrich-Brügger-Schule als Ganzes vor, ein anderer geht auf die lokale Kooperation und Unterstützung der allgemeinen Schulen im Raum Allgäu/Oberschwaben ein und ein dritter gibt die Erfahrungen der Krankenhausschule mit Hausaufgaben weiter.

Unter der Überschrift „Schule für Kranke – Herzlich willkommen in der Heinrich-Brügger-Schule“ begrüßt Schulleiter Stephan Prändl die Gäste auf der neuen Homepage im Internet. Weiter schreibt er: „Kranke Kinder und Jugendliche leiden unter einer erschwerten Lebenssituation, die auch den Bildungs- und Erziehungsauftrag vor besondere Anforderungen stellt. Im Mittelpunkt unserer Arbeit in der Heinrich-Brügger-Schule stehen unsere Schüler in ihrer momentanen Lebenssituation und ihren individuellen Bedürfnissen. Unser ganzheitliches Bildungskonzept sieht vor, dass wir unseren Schülern die Fortsetzung des eingeschlagenen Bildungsweges

ermöglichen, sie dabei betreuen und unterstützen, aber genauso auch sensibel fordern und aktivieren.“

Schulporträt

- Schulrundgang
- Impressionen aus dem Schulalltag
- Abteilungen
- Schulleitung
- Lehrerkollegium
- Unterricht in der Reha

Schulangebot

- Frühförderung
- Grundschule
- Hauptschule
- Realschule/Gymnasium
- Förderschule
- Berufliche Schulen
- Internat

Krankheitsbilder

- Asthma bronchiale
- Asthma im Unterricht
- Adipositas
- Mukoviszidose
- Neurodermitis
- ADHS
- Tuberkulose

Kooperation

- Kooperation mit der Akutkinderklinik
- Kooperation mit der Heimatschule
- Befragung 2004

Kontakt und Info

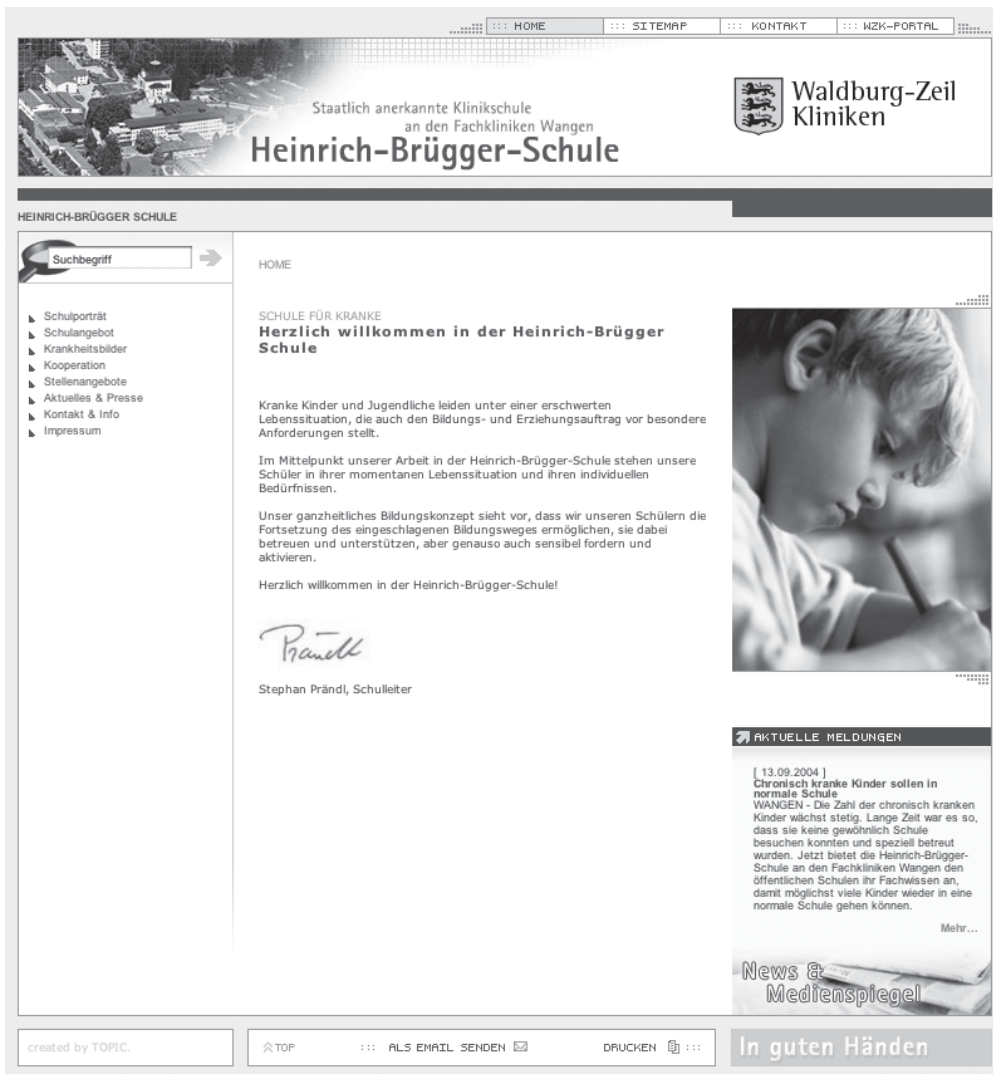
- Anfahrt
- Prospekt-Download

Stellenangebote

Aktuelles und Presse

Impressum

Tabelle: Sitemap der Homepage der Heinrich-Brügger-Schule



Startseite der Homepage

► **Inhalte der Homepage**
„www.heinrich-bruegger-schule.de“

Die Informationen über die Heinrich-Brügger-Schule im Internet reichen von der Vorstellung der verschiedenen Abteilungen über

spezielle Angebote wie „Computer gestütztes Lernen“ bis zur Vorstellung der verschiedenen Krankheitsbilder. Wer sich einen Überblick über die Homepage verschaffen will, geht am besten auf „Sitemap“ (auf der Startseite ganz oben anzuklicken).

► **Die Arbeit der Heinrich-Brügger-Schule**

In der Heinrich-Brügger-Schule, der staatlich anerkannten Schule für Kranke an den Fachkliniken Wangen, werden seit mehr als 35 Jahren chronisch kranke Kinder und Jugendliche aller Schularten und Altersstufen unter-

richtet, die sich in längerer, wiederholt stationärer oder ambulanter Behandlung in den Fachkliniken Wangen befinden und deshalb ihre Heimatschule für eine bestimmte Zeit nicht besuchen können.

Der Unterricht durch 34 Lehrer und Erzieher für über 134 Schülern erfolgt in kleinen Klas-



Moderne Unterrichtsformen in der Krankenhausschule

sen und orientiert sich an den Lehrplänen der Heimatschulen. Pro Woche erhalten die Kinder und Jugendlichen von Montag bis Freitag bis zu 25 Stunden Unterricht. Der Schule ist eine Sonderpädagogische Beratungsstelle angegliedert. Sie fördert die Kinder insbesondere im Vorschulalter und berät die Eltern. Bei Bedarf wird eine Schulleistungsdiagnostik durchgeführt.

Pädagogik bei Krankheit ist eine besondere Form des Unterrichts und der Erziehung, da sich die Aufgabenfelder und die Inhalte primär aus den Bedürfnissen der Kinder ergeben und erst sekundär aus den Lehrplänen. Der Unterricht, die Förderung und Erziehung an der Heinrich-Brügger-Schule richtet sich am einzelnen Kind und seinen besonderen Bedürfnissen aus. Eventuelle Lebensbedrohungen sind in der Pädagogik bei Krankheit als individuelle Voraussetzungen bei jedem einzelnen Kind zu beachten und sind Ausgangspunkt einer jeden Förderung.

Es gibt vier idealtypisch aufgeteilte Bereiche und Aufgaben der Klinikpädagogik, aus denen sich die Ziele der Heinrich-Brügger-Schule ableiten lassen:

- Unterricht am Schulstoff
- Musisch-kreative Erziehung
- Krankheitsbezogene Erziehung und Bildung
- Zusammenarbeit mit Eltern und Heimatschulen

Tabelle: Ziele der Heinrich-Brügger-Schule

► Flyer zur Information

Der handliche Flyer „Heinrich-Brügger-Schule“ gibt einen Überblick über die Leistungen der Krankenhausschule. Der Flyer „Koope-

ration - Beratung - Reintegration“ beschreibt die Unterstützung der Kinder, Lehrer und Eltern, die die Heinrich-Brügger-Schule in der Region gibt, damit chronisch kranke Kinder und Jugendliche erfolgreich in der allgemeinen Schule beschult werden können.

- Einzelfallberatung
- Kooperation
- inhaltliche Gestaltung bei pädagogischen Tagen zum Themenbereich „kranke Kinder und der allgemeinen Schule“
- Fortbildung zur Beschulung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher
- Unterrichtsbegleitung
- Reintegration nach Klinikaufenthalt
- Information für Eltern chronisch kranker Kinder
- Vermittlung von Adressen und Institutionen

Tabelle: Beratungsangebot der Heinrich-Brügger-Schule

Der Flyer „Hausaufgabenhilfe“ beschreibt Erfahrungen aus vielen Jahren Unterricht. Besondere Tipps hält er für Eltern und Lehrer bereit, die hyperaktive Schüler mit Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS) betreuen.

Alwin Baumann
Klinikleitung
Rehabilitationskinderklinik

Heinrich-Brügger-Schule

Staatlich anerkannte Klinikschule an den Fachkliniken Wangen

Grundschule
Hauptschule
Realschule
Gymnasium
Förderschule
Berufliche Schulen



In guten Händen

Vernetzte Betreuung übergewichtiger Kinder und Jugendlicher

Der Lenkungsausschuss des EU-Förderprogramms INTERREG III A - „Alpenrhein – Bodensee – Hochrhein“ hat am 6. Mai 2004 das vom Landratsamt Ravensburg initiierte internationale Projekt „Euregio Adipositas – eine vernetzte Betreuung übergewichtiger Kinder und Jugendlicher im Kompetenzraum Bodensee“ genehmigt. Damit konnte eine einjährige Vorbereitungszeit der Projektpartner aus Deutschland, der Schweiz und Österreich erfolgreich abgeschlossen werden.

Das Projekt mit einer Laufzeit von vier Jahren bis 2008 hat ein Volumen von 1.410.000 Euro die von der Europäische Union, von Österreich, von Deutschland und der Schweiz aufgebracht werden.

► Beteiligte Länder und Projektpartner

Deutschland

- Landratsamt Ravensburg (Leadpartner)
- Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin der Oberschwabenklinik gGmbH in Ravensburg
- Kinderklinik der Fachkliniken Wangen, Waldburg-Zeil Kliniken

Österreich (Vorarlberg)

- Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (aks), Bregenz
- Landeskrankenhaus Bregenz, Pädiatrie

Schweiz

- Ostschweizer Kinderspital St. Gallen
- Zentrum für Prävention (ZEPRA); Gesundheitsdepartement Kanton St. Gallen

Das Projekt wird außerdem unterstützt von:

- Allgemeiner Ortskrankenkasse (AOK) Allgäu-Oberschwaben, Ravensburg
- Stadt Ravensburg
- Stadt Wangen i. A.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Forum Gesundheit)
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
- Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (Österreich)
- Land Vorarlberg (Österreich)
- Kanton Thurgau (Schweiz)

► Ausgangslage

Die weltweite Übergewichtsepidemie ist auf dem Vormarsch. Vor allem in den letzten zehn Jahren wurde eine deutliche Zunahme an Übergewicht und Fettsucht (Adipositas) bereits im Kindes- und Jugendalter beobachtet. In den jährlichen Einschulungsuntersuchungen des Landkreises Ravensburg sind ca. 15 % der Kinder zwischen 5 und 8 Jahren übergewichtig bzw. adipös. Nach den Auswertungen des aks sind in Vorarlberg 11 % der 4 bis 15-Jährigen übergewichtig und davon 4 % adipös. Von den 6 bis 12-jährigen Schweizer Kindern sind gar rund 18 % übergewichtig und 4 % adipös. Somit ist jedes fünfte Kind betroffen. Mit dem Übergewicht verbundene Folgekrankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen werden bereits in jungen Jahren sichtbar: „Der Herzinfarkt wird zur Kinderkrankheit.“ Wir befinden uns gerade erst am Anfang einer Entwicklung deren gesundheitli-



Die richtige Ernährung ist ein erster Schritt zum Abnehmen

Foto: Schmatz

che und volkswirtschaftliche Schäden noch gar nicht absehbar sind.

► Projektziele

In allen drei beteiligten Ländern gibt es Erfahrungen in der Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas. Es sollen Strukturen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas aufgebaut, miteinander vernetzt und vor allem in Hinblick auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.

In der Bodenseeregion (D-A-CH) hat bereits ein fruchtbarer Know-how-Transfer über die Grenzen hinweg eingesetzt. Dieser Expertenaustausch ermöglicht die Festlegung einheit-

licher Qualitätsstandards in der Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Außerdem soll flächendeckend das Konzept einer vernetzten, wirkungsvollen Betreuung bereits betroffener Kinder und Jugendlicher und einer Primärprävention in Familie, Kindergarten und Schule entwickelt werden. Für Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter wird so ein Kompetenzraum im Bodenseegebiet geschaffen.

Landratsamt Ravensburg
Frau Dr. Barbara Unger
Friedenstraße 6
88212 Ravensburg
Telefon 0751 85-5321
Fax 0751 85-5306
barbara.unger@landkreis-ravensburg.de

Kein Tuberkulin Behring GT mehr und nun?

Für die diagnostische Abklärung bei Verdacht auf Tuberkulose und für die Umgebungsuntersuchung bei Fällen von offener Tuberkulose ist das Tuberkulinreagenz nach wie vor ein unverzichtbares diagnostisches Werkzeug. Neue spezifischere Labortests sind zwar als möglicher Ersatz für die intracutane Tuberkulin-Testung in der Diskussion; diese ist aber noch nicht abgeschlossen. Deshalb hat die Nachricht, dass das in Deutschland bisher eingesetzte Tuberkulin Behring GT schon im Vorjahr nicht mehr produziert wurde und jetzt – bis auf geringe Restbestände – nicht mehr verfügbar ist, zu großer Verunsicherung geführt.

Ganz besonders problematisch ist diese Situation bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus den folgenden Gründen:

1. Die diagnostische Wertigkeit einer Tuberkulin-Testung ist in den ersten Lebensjahren besonders hoch, weil Kinder zunächst immer Tuberkulin-negativ sind und deshalb ein positiver Tuberkulintest bei Kindern immer diagnostische und ggf. auch therapeutische Konsequenzen hat.
2. Aus einem positiven Testergebnis resultiert dann im Kontext mit Anamnese und Befunden der differenzierte Einsatz der antituberkulotischen Therapie:

TBC-exponiert	→ prophylaktische Chemotherapie
Latente Tuberkulose (früher „Tuberkulinkonversion“)	→ präventive Chemotherapie
Manifeste Organtuberkulose	→ Chemotherapie der Tuberkulose

Wegen der Brisanz des Themas ist es uns ein Anliegen, Sie als Leser über die derzeitige Tuberkulinproblematik in Deutschland zu informieren. Mit dem ausdrücklichen Einverständnis des Autors, Prof. Dr. Loddenkemper, drucken wir dazu die Information des Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose vom 21.02.05 im vollständigen Wortlaut ab.

Dr. med. Johannes Otto
Chefarzt der Kinderklinik und
Rehabilitationskinderklinik

Stellungnahme von Herrn Dr. rer. nat. Hans-Dieter Kober, Leiter der Krankenhausapotheke des Städt. Krankenhauses Friedrichshafen

Die Firma Chiron Behring empfiehlt als Alternative das Präparat BIOCINE PPD in den Stärken 5 I.E und 10 I.E, welches allerdings nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz aus Italien eingeführt werden muss. Alternative Präparate sind aus Dänemark bzw. den USA erhältlich. Apotheken dürfen solche Arzneimittel nur in geringen Mengen und auf besondere Bestellung einzelner Personen beziehen und nur im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs abgeben. Dieses Vorgehen erschwert im Einzelfall eine kurzfristige Bereitstellung der benötigten Teste.

Aktuelle Information des DZK zur Tuberkulinversorgung Deutschlands

Der Hersteller des einzigen bisher in Deutschland für Intradermaltests nach Mendel-Mantoux verwendeten Tuberkulins, die Firma Chiron Vaccines Behring, hat im vergangenen Jahr überraschend die Produktion von Tuberkulin Behring GT eingestellt. Derzeit werden nur noch Restbestände vertrieben. Als Grund für die Produktionseinstellung wurde die Erneuerung des Werks in Marburg angeführt. Eine Modernisierung der Tuberkulinproduktion hätte sich nach Einschätzung des Herstellers nicht mehr gelohnt.

Im November 2004 fand zu diesem Thema in Berlin ein Treffen von Vertretern von Chiron Vaccines Behring, des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes statt. Nach Aussage der Vertreter Chiron Vaccines Behring gingen eigene Berechnungen davon aus, dass die Bestände an GT 10 den Bedarf bis zum April des Jahres 2005 decken würden. Die Zuverlässigkeit dieser Berechnungen musste allerdings aufgrund der Umstellung vom Stempeltestverfahren, dessen Produktion bereits 2003 ausgelaufen war, auf die Testung nach Mendel-Mantoux hinterfragt werden. Mittlerweile sind die Bestände an GT 10 bereits erschöpft, geringe Restbestände existieren derzeit noch für die Dosierungen GT 100 und GT 1000.

Als Übergangslösung bietet Chiron Vaccines Behring den Import des von Chiron S.r.l. in Siena hergestellten italienischen Tuberkulins

Biocine PPD 5 IE lyophil an, welches über eine in Deutschland ansässige Firma bezogen werden kann (weitere Informationen unter www.chiron-behring.de und www.chiron-behring.de/cont184.php?newsid=184). Da es sich um ein in Deutschland nicht zugelassenes Produkt handelt, ist die Einzelverordnung nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz notwendig. Der Verkauf des Biocine-Test PPD lyophil erfolgt ebenfalls bereits aus Restbeständen, da auch das italienische Werk in Siena die Produktion schon eingestellt hat. Die Tuberkulin-Versorgung Italiens und Deutschlands soll nach Aussage von Chiron Vaccines Behring jedoch bis 2008 gewährleistet sein.

Langfristig will Chiron Vaccines Behring die Versorgung Deutschlands und Italiens durch in Großbritannien (Liverpool) produziertes Tuberkulin (PPD Evans) sicherstellen. Auch das dortige Werk wird zur Zeit modernisiert, die Produktion soll im April des Jahres 2006 wieder aufgenommen werden (Lieferbeginn voraussichtlich ab Mai 2006). Bioäquivalenzstudien für die genannten Tuberkuline liegen nach Auskunft von Chiron Vaccines Behring nicht vor.

Als weitere Möglichkeit können, neben den erwähnten Tuberkulinen der Firma Chiron Vaccines Behring, auch das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Standard-tuberkulin empfohlene und in vielen europäischen Ländern bereits eingeführte Tuberkulin RT 23 des Statens Serum Institut (Kopenhagen, Dänemark; www.ssi.dk/tuberkulin)

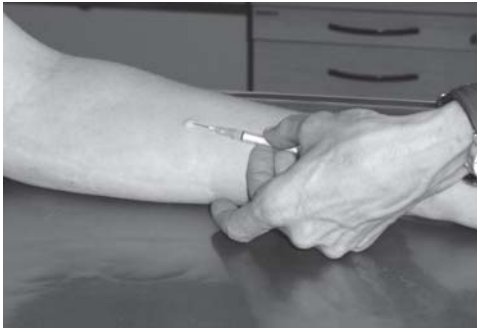


Foto: Technisch perfekt: Richtig angelegt, ergibt der intrakutane Tuberkulin-Test nach Mendel-Mantoux eine Quaddel

sowie das in den USA verwendete PPD-S (Tubersol) importiert werden.

Es wird angenommen, dass die Tuberkuline folgender Dosen äquivalent sind: 10 TE Behring, 5 TU PPD-S (USA), 2 TU RT23-SSI, 5 IE Biocine PPD und wahrscheinlich auch 10 U Evans PPD.

Zusammen mit dem RKI und dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) bemüht sich das DZK intensiv um eine Problemlösung, da eine kontinuierliche Tuberkulin-Versorgung Deutschlands zu diagnostischen Zwecken und im Rahmen von Umgebungsuntersuchungen zwingend notwendig ist. Angestrebtes Ziel sollte zudem die Verwendung eines einheitlichen Tuberkulins in allen Regionen sein, da ansonsten ein standardisiertes Vorgehen und die Vergleichbarkeit auf nationaler Ebene gefährdet sind.

Für das zukünftig in Deutschland verwendete Tuberkulin sollten folgende Anforderungen erfüllt sein:

1. Bioäquivalenz zum internationalen Referenz-Tuberkulin PPD-S (Seibert) zur Gewährleistung einer standardisierten Dosis und standardisierten Interpretation der Testergebnisse*

2. Gute Datenlage/umfangreiche Produkterfahrung
3. Zulassung für Deutschland
4. Verlässliche und unkomplizierte Liefer- und Verfügbarkeit
5. Möglichst verbraucherfreundliche Produkteigenschaften (Anwendungszeiträume, Lagerung, verfügbare Dosen)
6. Möglichst geringe Rate an Starkreaktionen
7. Möglichst geringe Kreuzreagibilität mit nicht-tuberkulösen Mykobakterien
8. Akzeptables Preis-Leistungsverhältnis

*Optimal wäre eine nachgewiesene Bioäquivalenz zum bisher verwendeten Tuberkulin, um die bisherigen Erfahrungen in der Interpretation ohne größere Schwierigkeiten übertragen zu können.

Um den derzeitigen Engpass in der Tuberkulin-Versorgung zu überbrücken, ist der Import leider unumgänglich. Das PEI informiert zum aktuellen Stand und zum Bezug von Arzneimitteln gemäß §73 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes auf seiner Homepage www.pei.de/professionals/tuberkulinversorgung.htm.

Zur Frage der Haftung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst im Falle der Anwendung eines in Deutschland nicht zugelassenen Produktes nahm das Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg am 11.2.2005 in einem Schreiben an die Landratsämter bzw. Bürgermeisterämter folgendermaßen Stellung: „Bei hoheitlicher Tätigkeit des Arztes – z. B. bei Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes – haftet grundsätzlich der Staat bzw. die Körperschaft, in deren Dienst der Arzt steht. Eine persönliche Haftung des verschreibenden Arztes des Gesundheitsamtes kommt – in Form eines Rückgriffs – nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit in Betracht (Art. 34 Satz 2 GG). Bei der Verschreibung von Einzeleinfuhrpräparaten nach § 73 Abs. 3 AMG richtet sich die Verantwortlichkeit des

Arztes bei Pflichtverletzungen nach den allgemeinen Grundsätzen des Schadensersatzrechts. Je nachdem, in welchem Land das Arzneimittel zugelassen ist, sind dabei höhere Sorgfalts- und Prüfpflichten bei der Verschreibung zu beachten. Bei einem in einem EU-Mitgliedsstaat zugelassenen Arzneimittel dürften insoweit allerdings keine besonderen Anforderungen bestehen.“

Das Statens Serum Institut prüft derzeit die Möglichkeit einer Zulassung des RT 23 in Deutschland. Chiron Vaccines Behring strebt keine Zulassung für das Biocine-Tuberkulin an, hat aber die Absicht, eine Zulassung für das Evans-Tuberkulin in Deutschland zu beantragen. Bis in Deutschland wieder ein zugelassenes Tuberkulin zur Verfügung steht, wäre es, insbesondere in Fällen, wo ein Lagerbestand an Tuberkulin unverzichtbar ist, wie beispielsweise im Öffentlichen Gesundheitsdienst und in Krankenhausapotheken, überaus hilfreich, wenn eine Ausnahmeregelung für den Import unter Umgehung des §73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz erwirkt werden könnte. Wir haben hierzu das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kontaktiert.

Zusammenfassend liegt zum jetzigen Zeitpunkt keine endgültige Lösung vor. Es wird aber weiter intensiv daran gearbeitet, baldmöglichst in Deutschland wieder ein zugelassenes und qualitativ hochwertiges Tuberkulin zur Verfügung haben. Wir werden Sie über die weiteren Entwicklungen auf dem Laufenden halten.

Prof. Dr. R. Loddenkemper
Generalsekretär DZK
Lungenklinik Heckeshorn
Zum Heckeshorn 33, 14109 Berlin
Tel.: 030 / 8002-2435
Fax: 030 / 8002-2286
e-mail: loddheck@zedat.fu-berlin.de

Neurologische Klinik

Probleme bei der Hälfte der Erkrankten

Die Polioerkrankung und ihre Spätfolgen

Die Poliomyelitis acuta anterior oder auch Kinderlähmung wird durch sogenannte Enteroviren hervorgerufen, von denen es drei bekannte Stämme gibt. Die Übertragung dieser Viren erfolgt direkt oder indirekt faecal-oral bzw. durch Tröpfcheninfektion durch Rachensekret. 90% der Infektionen mit dem Poliovirus verlaufen inapparent, d. h. ohne dass der Infizierte Krankheitserscheinungen bemerkt. Nach 10% der Infektionen treten „grippale Symptome“ auf; lediglich 1% der Betroffenen erleben eine zweite Phase mit meningitischem Vorstadium, d. h. mit Zeichen einer Hirnhautentzündung, und paralytisierendem Hauptstadium.

Die absolute Fallzahl akuter Polioerkrankungen zwischen 1920 und 1980 zeigt Abbildung 1.

1955 wurde erstmalig ein Impfstoff in den USA eingeführt, zunächst wurde geimpft durch Injektion abgetöteter Viren, seit 1961 wurde zusätzlich eine Schluckimpfung mit vermehrungsfähigen, aber abgeschwächten Viren durchgeführt. Dies erklärt den raschen Rückgang der akuten Erkrankungen in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts.

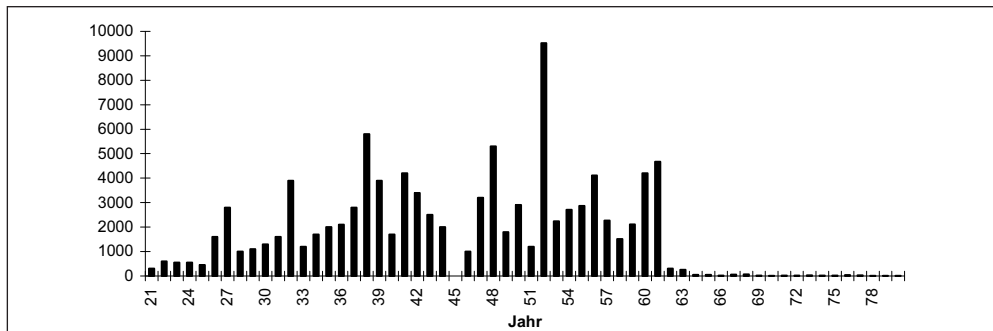


Abb. 1: Akute Polio-Erkrankungen in Deutschland zwischen 1920 und 1980

► Leitsymptome Muskelschwäche und Erschöpfbarkeit

Poliomyelitis-Viren schädigen bevorzugt die Muskelsteuernden Nervenzellen (alpha-Motoneurone) und verursachen dadurch schlaffe Lähmungen.

Nach dem akuten Stadium der Infektion mit ausgeprägten schlaffen Lähmungen kommt es zu einer Phase der Rekompensation und bzw. Wiederherstellung, bei der die verbliebenen Nervenzellen eine größere Anzahl von Muskelfasern reinervieren; dies führt klinisch zu einem Rückgang der Lähmungen und einer Verbesserung der Motorik.

Nach teilweiser oder vollständiger Rückbildung der Lähmungen treten nach einer stabilen Phase von durchschnittlich 35 (8-71) Jahren erneute Lähmungserscheinungen auf, noch vorhandene Beeinträchtigungen nehmen zu. Dies trifft ca. 50 % aller Personen, die eine Poliomyelitis mit Lähmung durchgemacht haben und wird Postpoliosyndrom (PPS) genannt. Leitsymptome des PPS sind eine zunehmende Muskelschwäche und Erschöpfbarkeit. Voraussetzungen sind eine durchgemachte Poliomyelitis mit teilweiser oder kompletter Erholung der muskulären Funktionen, die über mindestens 10 Jahre

stabil war. Erst danach kommt es zu der zunehmenden muskulären Schwäche. Als Risikofaktor für die Entwicklung eines Postpolio-syndroms gilt im allgemeinen eine akute Polio-Erkrankung im Alter von über 10 Jahren sowie ein schwerer Krankheitsverlauf. Die Diagnose eines PPS wird aufgrund klinischer Kriterien gestellt; es gibt keinen Labortest, der die Diagnose sichern kann.

► Neu aufgetretene Probleme

Beim PPS treten jedoch auch neue, aus der Zeit der akuten Poliomyelitis nicht bekannte Probleme hinzu. In der Literatur wird allgemein genannt eine zunehmende Atrophie der Muskeln, Kälteempfindlichkeit, Muskelschwäche, Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen und Schwierigkeiten beim Gehen und Treppensteigen (Vergleich Abb. 2).

► Fragebogenaktion zu Spätfolgen PPS

Mit dem Ziel des Nachweises weiterer bei PPS gehäuft auftretender Erkrankungen bzw. medizinischer Probleme wurde ein Fragebogen erstellt, der insgesamt 42 Items umfasste (Abb. 3). Dieser Fragebogen wurde an Mitglieder einer PPS-Selbsthilfegruppe mit der Bitte um Beantwortung versandt.

Muskelschmerzen	Knochenschmerzen	Nervenschmerzen	Muskelschwäche
Gangstörungen	Rasche Ermüdbarkeit	Atembeschwerden	Nächtliche Atembeschwerden
Chronische Bronchitis	Schlafstörungen/-losigkeit	Schluckbeschwerden	Kaustörungen
Sprechstörungen	Vermehrter Speichelfluss	Blasenstörungen	Potenzstörungen
Andere Störungen der Sexualität/Inappetenz	Sehstörungen	Doppelbilder	Verminderung d. Sehschärfe
Grauer Star	Grüner Star	Wärme-/Kälteintoleranz	Störungen der Verdauung
Durchfall	Verstopfung	Sodbrennen/Reflux	Appetitlosigkeit
Arterielle Hypertonie	Diabetes mellitus	Schilddrüsenunterfunktion	Schilddrüsenüberfunktion
Herzrhythmusstörungen	Gelenkschmerzen/Arthrose	Wirbelsäulenveränderungen/Skoliose	Rückenschmerzen
Bandscheibenvorfälle	Osteoporose	Depressionen	Kopfschmerzen
Konzentrationsstörungen	Schwindelanfälle	Heuschnupfen	

Abb. 3: Items des PPS Fragebogen

Insgesamt konnten 111 Fragebogen ausgewertet werden, davon wurden 73 von Frauen beantwortet und 33 von Männern. Bei insgesamt 91 Teilnehmern der Fragebogenaktion war die Diagnose eines PPS durch eine neurologische Untersuchung gesichert worden.

Die Befragten waren bei ihrer akuten Polioerkrankung der Mittelwert 8,12 Jahre (0-32) Jahre alt. Das Alter bei Auftreten der ersten PPS-Syndrome war im Mittelwert 45,15 (19-75) Jahre. Als Zeitspanne zwischen der akuten Polioerkrankung und dem Auftreten der PPS-Symptome konnte ein Mittelwert von 38,06 (13-60) Jahren ermittelt werden, was ziemlich genau den Angaben in der Literatur (siehe oben) entspricht.

In Übereinstimmung mit den bisherigen Daten wurden von den Befragten hauptsächlich Rückenschmerzen bzw. Probleme im muskuloskeletalen Bereich angegeben, ebenso wie eine rasche Ermüdbarkeit, Wärme- und Kälteintoleranz, Gangstörungen, Muskelschmerzen (Abb. 4).

Zusätzlich wurden auffällig oft über Schlafstörungen (56,75%), Atembeschwerden

(40,54%), Schluckbeschwerden (25,22%), Blasenstörungen (36,93%), Herzrhythmusstörungen (29,7%), Depressionen (36,03%), Kopfschmerzen (45,04%) und Konzentrationsstörungen (45,94%) berichtet.

Das gehäufte Auftreten der genannten Symptome und Probleme bei Menschen, die an einem Postpoliosyndrom (PPS) erkrankt sind, erscheint auffällig. Als weiterer Schritt muss nun festgestellt werden, ob es sich dabei, auch unter Berücksichtigung des vorgerückten Alters der Postpolio-Betroffenen, um statistisch signifikante Abweichungen von der Häufigkeit des Auftretens in der „Normalbevölkerung“ handelt, was dann den Schluss zu ließe, dass diese Symptome bei PPS-Betroffenen gehäuft vorkommen, also zum Krankheitsbild des PPS dazugehören.

Dr. Raimund Weber
Chefarzt
Neurologische Klinik

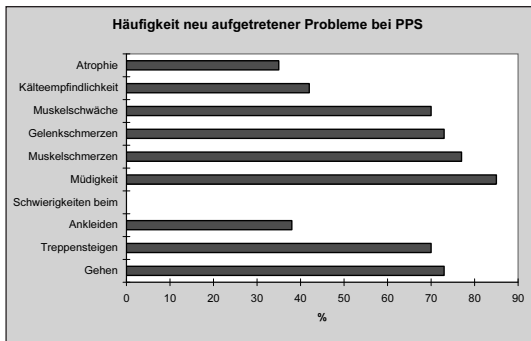


Abb. 2: Bekannte neu auftretende Probleme bei PPS

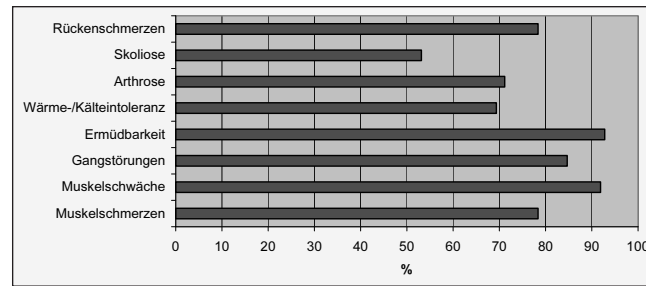


Abb. 4: Spätfolgen der Polio I

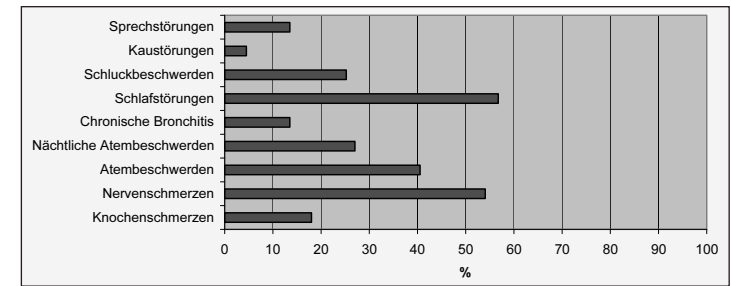


Abb. 5: Spätfolgen der Polio II

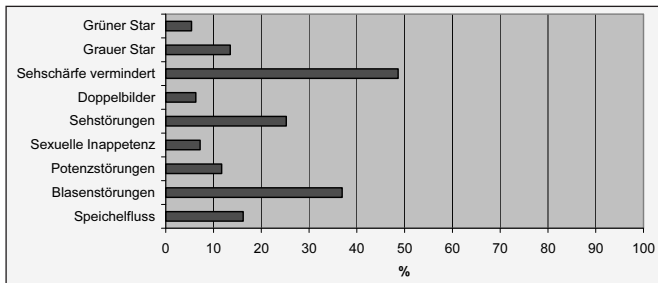


Abb. 6: Spätfolgen der Polio III

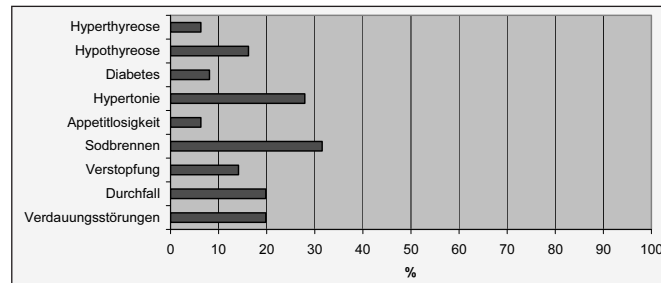


Abb. 7: Spätfolgen der Polio IV

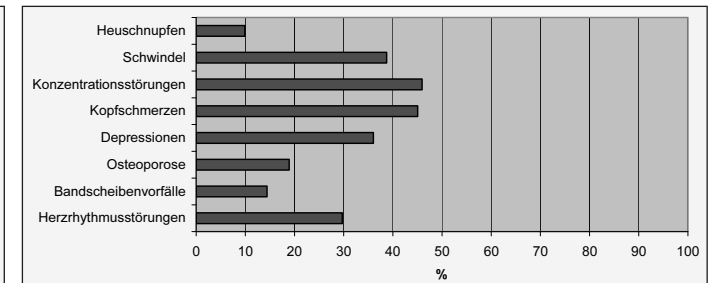


Abb. 8: Spätfolgen der Polio V

Medizinische Rehabilitation bei Epilepsie

Das Ziel ist eine gelungene soziale und berufliche Integration

Die Geschichte der Menschheit zeigt, dass manche Epilepsiekranken selbst ohne wirksame antiepileptische Therapie ihre Mitmenschen an Fähigkeiten, Intelligenz und Genialität weit überragten. Bedeutende Herrscher wie Alexander der Große, Cäsar und Zar Peter der Große litten an epileptischen Anfällen. Die Dichter Flaubert und Dostojewskij, die Musiker Händel und Paganini, der Philosoph Sokrates, die Wissenschaftler Helmholtz und Nobel und der Maler Vincent von Gogh sind nur einige aus der Vielzahl prominenter historischer

Persönlichkeiten, die trotz ihrer Epilepsie Überdurchschnittliches geleistet haben.

Es wird geschätzt, dass derzeit in Baden-Württemberg etwa 100.000 Menschen, davon 35.000 Kinder und Jugendliche, an einer Epilepsie leiden und medikamentös behandelt werden.

► **Größere Probleme mit der Akzeptanz in der Bevölkerung als mit der Erkrankung**

Trotz der genannten großen Vorbilder sind

Menschen mit Epilepsie oft sozial isoliert, treiben weniger Sport, sind seltener verheiratet und fühlen sich in ihrer allgemeinen Gesundheit beeinträchtigt. Ihre Mobilität wird oft durch die eingeschränkte Kraftfahrtauglichkeit beeinträchtigt.

Die sozialen Folgen der Erkrankung wiegen für die Betroffenen oft schwerer als die mit den Epilepsien einhergehenden Anfälle oder Behandlungen. Häufig entsteht ein Teufelskreis: Soziale Isolation, psychische und familiäre Belastungen können sich auf den Behandlungserfolg ungünstig auswirken.

Umgekehrt kann eine gelungene berufliche und soziale Integration krankheitsstabilisierend wirken.

Lebensqualität, Erwerbstätigkeit, Ausbildungsniveau, Schulbesuch, Freizeitverhalten, nahezu alle Aspekte des Lebens werden bei Menschen mit Epilepsien von Art und Ausprägung der Erkrankung beeinflusst.

► **Neue Chancen durch das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe)**

In den letzten Jahren haben sich in der rehabilitativen Versorgung erhebliche Veränderungen ergeben. Das neugeschaffene Sozialgesetzbuch IX enthält vielfältige Hilfsmöglichkeiten auch für Menschen mit Epilepsie.

Diese Maßnahmen kommen aber oft nicht zur Anwendung, da bei Menschen mit Epilepsie häufig unterschiedliche Hilfen mit unterschiedlicher Dauer notwendig sind. Zudem sind für die Rehabilitation von Menschen mit Epilepsie je nach Ausgangssituation unterschiedliche Träger zuständig, die Einleitung und die Verzahnung rehabilitativer Maßnahmen ist daher oft unzureichend.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Epilepsiekranken nach wie vor im beruflichen und sozialen Leben benachteiligt und diskriminiert werden und häufig nicht in den Genuss der heute verfügbaren Behandlungs- und Fördermöglichkeiten kommen.

► Was können Epilepsiekranken beruflich leisten?

Die Bereiche Ausbildung und Beruf sind für epilepsiekranken Menschen am stärksten beeinträchtigt. Knapp die Hälfte der Patienten im erwerbstätigen Alter weist unter arbeitsmedizinischen Aspekten keine oder nur eine geringe Gefährdung durch ihre Erkrankung auf. Dennoch ist die Rate der Erwerbstätigkeit bei den Befragten mit Epilepsie deutlich niedriger als in der Allgemeinbevölkerung. Sie sind in geringerem Umfang erwerbstätig und oft unterhalb ihres Qualifikationsniveaus beschäftigt. Sie werden erheblich früher und häufiger berentet als andere Arbeitnehmer.

Obwohl „Empfehlungen beruflicher Möglichkeiten von Menschen mit Epilepsie“ erarbeitet wurden, besteht weiterhin ein hohes Maß an Unsicherheit bei Betroffenen, Angehörigen, Arbeitsvermittlern und Arbeitgebern über die Einschätzung der beruflichen Möglichkeiten von Menschen mit Epilepsien. Zusätzlich wissen die Betroffenen nicht, ob und in welcher Weise sie bei Bewerbungsgesprächen ihre

Erkrankung einbringen müssen, so dass Unsicherheit die Arbeitssuche bestimmt. Bei im Erwachsenenalter neu auftretenden Epilepsien werden oft voreilig pauschalisierte Urteile über die künftige berufliche Eignung ausgesprochen, Arbeitgeber zeigen sich wenig risikobereit und über die rechtliche Situation (Haftungsfragen bei Anfällen, berufsgenossenschaftliche Regelungen) unzureichend informiert.

Obgleich sich je nach Anfallstyp und Anfallshäufigkeit Beschränkungen der in Frage kommenden Ausbildungsplätze ergeben, könnten viel mehr Menschen mit (aktiven) Epilepsien in weitaus mehr Bereichen beruflich tätig sein.

Bei einer Vielzahl von Patienten ist zusätzlich infolge ihrer Grunderkrankung und/oder der Nebenwirkungen durch die antiepileptische Medikation die körperliche Belastbarkeit und Konzentration eingeschränkt.

Dringend erforderlich ist eine bessere Aufklärung von Betroffenen, Angehörigen, Lehrern/Ausbildern, Arbeitgebern und anderen Personen, die an der Auswahl der geeigneten Ausbildungsstätte oder des geeigneten Arbeitsplatzes beteiligt sind. Mit einer besseren Einschätzung der tatsächlichen Leistungsfähigkeit eines epilepsiekranken Menschen können viele ungünstige Ausbildungsverläufe, Misserfolge in der beruflichen Karriere und manche zusätzliche Behinderung vermieden werden.

► Rehabilitation statt Rente

Bei Menschen mit Epilepsie sollte verstärkt der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ umgesetzt werden.

Medizinische Rehabilitation in der Epileptologie hat dann zur Aufgabe, Menschen zu befähigen, ihre Krankheit zu bewältigen und

Informationen über die Erkrankung Epilepsie zur Verfügung zu stellen, um Patienten in die Lage zu versetzen, ihre eigenen Möglichkeiten und Grenzen realistisch einzuschätzen, und sie darauf aufbauend zu befähigen, ihr berufliches und soziales Leben entsprechend ihrer eigenen Bedürfnisse und Fähigkeiten zu gestalten. Ein wesentlicher Schwerpunkt ist die Überprüfung der beruflichen Belastbarkeit und der beruflichen Möglichkeiten. Die medizinische Rehabilitation ist das Bindeglied zwischen medizinischer Akutbehandlung und beruflicher Rehabilitation.

Die Rehabilitation soll dann der Behandlung bzw. Beseitigung folgender Problemlagen dienen:

- unzureichende psycho-physische Belastbarkeit (z.B. Gefahr von Anfallsrezidiven oder medikamentösen Nebenwirkungen unter Belastung)
- Schwierigkeiten mit einer der Epilepsie angepassten Lebensführung im Sinne eines Krankheitssselbstmanagements (z.B. Compliance, Regulierung des Schlaf-/Wachrhythmus)
- mangelnder Informationsstand über Epilepsie (bezüglich Diagnostik, Therapie, Prognose, Verletzungsrisiken; i.d.R. nur in Verbindung mit mindestens einer weiteren Problemlage)
- erhebliche psychische Schwierigkeiten bei der Krankheitsbewältigung (Angst, depressive Krisen, Selbstwertproblematik, Stigmatisierung)
- behandlungsbedürftige epilepsie-assoziierte neuropsychologische und motorische Defizite (z.B. Gedächtnisstörungen, verlangsamt psychomotorisches Tempo)

Dr. Raimund Weber
Chefarzt
Neurologische Klinik



*Fachkliniken Wangen – Mehr als gut versorgt.
Kliniken für Internistische und Pädiatrische Pneumologie,
Allergologie, Thoraxchirurgie, Intensivmedizin, Neurologie
und Kinderrehabilitation.*

Impressum

Die Spritze

Herausgeber:
Waldburg-Zeil Kliniken
Riedstraße 16
88316 Isny-Neutrauchburg
Telefon 07562 71-1135
Fax 07562 71-1080
www.wzk-portal.de

Redaktion:

Alwin Baumann
Fachkliniken Wangen
Am Vogelherd 14
88239 Wangen
Telefon 07522 797-1260
Fax 07522 797-1117
abaumann@wz-kliniken.de

Erscheinungsweise: 2 Ausgaben pro Jahr
Auflage: 16 000

Druck: AZ Druck und Datentechnik, Kempten

Fax-Bestellung: 07522 797-1117

Online-Bestellung: www.fachkliniken-wangen.de

Informationen und Prospekte

Von den Informationsschriften der Fachkliniken Wangen bestelle ich unentgeltlich:

Fachkliniken Wangen

___ Exemplare: Allgemeiner Klinikprospekt

___ Exemplare: Prospekt „Mukoviszidosezentrum“

Rehabilitationskinderklinik

___ Exemplare: Allgemeiner Prospekt der Rehabilitationskinderklinik

___ Exemplare: Prospekt „Kind-Mutter-Reha“

___ Exemplare: Prospekt „Asthma bronchiale“

___ Exemplare: Prospekt „Neurodermitis“

___ Exemplare: Prospekt „Adipositas-Rehabilitation“

___ Exemplare: Prospekt „Mit Mukoviszidose leben“

___ Exemplare: Antragsformular zur Einleitung einer Rehabilitation

___ Exemplare: Prospekt „Unser Internat“

___ Exemplare: Prospekt „Heinrich-Brügger-Schule“

___ Exemplare: Prospekt „Hausaufgabenhilfe bei ADHS“

___ Exemplare: Prospekt „Kooperation mit Schulen unserer Region“

Kinderklinik

___ Exemplare: Prospekt „Allergologie, Pneumologie und Schlafmedizin“

___ Exemplare: Prospekt „Tbc-Behandlung für Kinder und Familien“

___ Exemplare: Prospekt „Obstruktive Atemwegserkrankungen“

Neurologische Klinik

___ Exemplare: Prospekt der Neurologischen Klinik

Absender _____

Kostenpflichtige Broschüren und Materialien:

Asthmaschulung „Wolke 7“

- Asthmaschulung MINI für 5- bis 8-Jährige, Bestellnr. 110774
- Asthmaschulung MIDI für 9- bis 12-Jährige, Bestellnr. 110775
- Asthmaschulung MAXI für 13- bis 18-Jährige, Bestellnr. 110776
- Asthmaschulung XXL für Eltern von Kindern mit Asthma, Bestellnr. 110777
- Schulungsordner „Asthma bronchiale im Kindes - und Jugendalter“

Bezugsquelle: CARE LINE Verlag, Fichtenstr.2, 82061 Neuried

Fax: 089 745551-13, Tel.: 089 745551-0, verlag@care-line.de, www.care-line.de

Neurodermitisschulung „Dickhäuter“

- Killefant: MINI-Schulungsheft für 5- bis 8-Jährige
- Knibbelfant: MIDI-Schulungsheft für 9- bis 12-Jährige
- Coolifant: MAXI-Heft für 13- bis 18-Jährige
- Begleitheft zur Elternschulung

Bezugsquellen: Im Buchhandel: ISBN 3-910075-43-6, Bestell-Hotline: 01 80-222 14 53, Fax 0 81 71-42 25-805 (Fa. Allergika), Im Internet über: www.allergika.de/schulung/schulung.htm

Atemtherapie für Jedermann

Boehringer Ingelheim Pharma KG, Vertriebslinie Thomae

Binger Str. 173, 55218 Ingelheim

Im Internet über: www.mucosolvan.de

Atemtherapie für Kinder

Im Buchhandel: Springer-Verlag, ISBN 3-540-54852-1



Fachkliniken Wangen

Telefon Zentrale 07522 797-0
Fax Zentrale 07522 797-1110

www.fachkliniken-wangen.de
info@fachkliniken-wangen.de

Krankenhausdirektion

Hans-Jürgen Wolf
Krankenhausdirektor Tel-DW.: -1101
Jochen Glöckner
stv. Krankenhausdirektor Tel-DW.: -1220

Medizinische Klinik

für Atemwegserkrankungen und Allergien
(77 Betten)

medizinische-klinik@fachkliniken-wangen.de

Klinikleitung

Chefarzt Dr. Werner Nowak
Ursula Sailer-Langediekhoff

Sekretariat Tel-DW.: -1121
Gudrun Heinrich Fax: -1120

Ambulanzsekretariat Tel-DW.: -1124

Miriam Weber/
Sabrina Reischmann

Oberärzte

Dr. Heribert Knappe Tel-DW.: -1126
Dr. Roland Drescher Tel-DW.: -1205
Dr. Hans Wahn Tel-DW.: -1268
Dr. Michael Huber Tel-DW.: -1263

Station 1 Tel-DW.: -1201
Pneumologie -1263

Station 2 Tel-DW.: -1208
Schlaflabor Tel-DW.: -1286

Terminvergabe
Sekretariat Tel-DW.: -1187

Station 5 Tel-DW.: -1205
Pneumologie und
Tbc-Erwachsene

Kinderklinik

für Atemwegserkrankungen
und Allergien (25 Betten)

kinderklinik@fachkliniken-wangen.de

Klinikleitung

Chefarzt Dr. Johannes Otto Tel-DW.: -1624
Alwin Baumann Tel-DW.: -1260
Sekretariat Tel-DW.: -1624
Petra Reichl Fax: -1119

Ambulanzsekretariat
Petra Reichl/ Tel-DW.: -1171
Elisabeth Schormair Fax: -1119

Oberarzt
Dr. Michael Rau Tel-DW.: -1621

Station 4 Tel-DW.: -1480
Pädiatrische Pneumologie und Allergologie

Rehabilitationskinderklinik

für Atemwegserkrankungen, Allergien,
Psychosomatik (131 Betten)

rehabilitationskinderklinik@fachkliniken-wangen.de

Klinikleitung

Chefarzt Dr. Johannes Otto Tel-DW.: -1624
Alwin Baumann Tel-DW.: -1260

Oberärzte

Dr. Thomas Spindler Tel-DW.: -1211
Dr. Dirk Dammann Tel-DW.: -1302

Sekretariat Tel-DW.: -1105
Christina Hilsenbeck/ Fax: -1117
Rosemarie Rupp

Heinrich-Brügger-Schule Krankenhauschule

Schulleiter
Stephan Prändl Tel-DW.: -1351
Sekretariat Tel-DW.: -1352
Luise Schaffitel Fax: -1110

info@heinrich-bruegger-schule.de
www.heinrich-bruegger-schule.de

Thoraxchirurgische Klinik

(25 Betten)

thoraxchirurgische-klinik@fachkliniken-wangen.de

Klinikleitung

Chefarzt Dr. Holger Holdt
Maria Miller Tel-DW.: -1186
Sekretariat und Ambulanz Tel-DW.: -1320
Helga Weber Fax: -1193
Oberärztin
Dr. Bettina Knorr Tel-DW.: -1114

Station 7

Anästhesie und Intensivmedizin

(8 Betten)

anaesthesie-und-intensiv@fachkliniken-wangen.de

Klinikleitung

Chefärzte Dr. Jens Jahn · Dr. Norbert Blank
Dr. Armin Schneider
Maria Miller Tel-DW.: -1186
Sekretariat Tel-DW.: -1320
Helga Weber Fax: -1193

Station 6

Neurologische Klinik

mit Schwerpunkt Schädel-Hirnverletzte
(Phase B – 20 Betten, Phase C – 35 Betten)

neurologische-klinik@fachkliniken-wangen.de

Klinikleitung

Chefarzt Dr. Raimund Weber
Ursula Sailer-Langediekhoff
Sekretariat und Ambulanz Tel-DW.: -1218
Annette Prinz Fax: -1192

Oberärzte
Dr. Gerhard Mezger Tel-DW.: -1181
Dr. Christoph Wahl Tel-DW.: -1236

Station 8

Frührehabilitation

Station 9 und 10

Weiterführende Rehabilitation



Waldburg-Zeil Kliniken
Fachkliniken Wangen
Am Vogelherd 14
88239 Wangen

Bei Umzug oder Unzustellbarkeit
Anschreibenberechtigungskarte!

Deutsche Post
Entgelt bezahlt
88239 Wangen