



# Die Spritze



2/05

## Themen:

- Zertifizierung nach KTQ
- Schlafmedizin
- Ernährungstherapie
- Kind-Mutter-Rehabilitation
- Bewegungstherapie
- Der allergische Marsch

## Inhalt

Titel: In der Klinik beginnen,  
Zuhause weitermachen  
Foto: Tina Steinhauser

### Allgemeine Themen

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| Zertifizierung nach KTQ  | 2   |
| Zum Tode von Wilhelm Uhl | 3   |
| Namen und Nachrichten    | 3-4 |

### Veranstaltungen

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Einladung Neurodermitistag | 5 |
| Veranstaltungen            | 6 |

### Medizinische Klinik

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| Qualifikation fürs Schlaflabor   | 7     |
| Hilfsmittel in der COPD-Therapie | 8-9   |
| Ernährungstherapie bei COPD      | 10-12 |
| Lungensport                      | 13    |

### Rehabilitationskinderklinik

|                                    |       |
|------------------------------------|-------|
| Interregprojekt Asthmaschulung     | 14    |
| 2. Deutscher Reha-Tag              | 15    |
| Verhaltensänderung bei ADHS        | 15-18 |
| Essstörungen im Vorschulalter      | 18-20 |
| Vorstellung des Schulungspädagogen | 21    |
| Bewegungsmangel                    | 22-24 |

### Heinrich-Brügger-Schule

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Hauptschulprüfung gemeistert | 25 |
|------------------------------|----|

### Kinderklinik

|                        |    |
|------------------------|----|
| Der allergische Marsch | 26 |
|------------------------|----|

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| Informationen und Prospekte | 27-28 |
|-----------------------------|-------|

## Allgemeine Themen

**Genau ein Jahr ist es her, dass die Fachkliniken Wangen begonnen haben, sich auf die Fremdbewertung für die KTQ-Zertifizierung vorzubereiten. Drei Tage lang Ende Juli galt es, den Fragen der akkreditierten Visitoren Rede und Antwort zu stehen. Danach war es geschafft. Die Gutachter sprachen sich dafür aus, dass die Fachkliniken Wangen von der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) das Qualitätszertifikat verliehen bekommen.**

Erleichterung und große Freude über das Bestehen der Zertifizierungsvorgaben war nach Bekanntgabe des Ergebnisses am Dienstagabend bei den Mitarbeiter/-innen deutlich spürbar. „Wir waren aufgeregt wie bei einer Prüfung, die wir monatelang vorbereitet haben“, so Hans-Jürgen Wolf, Krankenhausdirektor der Fachkliniken Wangen. Der stringenten Projektleitung von Dr. med. Armin Schneider, Leiter der Anästhesie und Intensivmedizin der Fachkliniken Wangen, und dem hohen Engagement vieler Mitarbeiter/-innen ist es zu verdanken, dass die umfassende Arbeit innerhalb von 12 Monaten erfolgreich bewerkstelligt wurde, so Wolf.

### ► Hohe medizinische Qualität

Mit der erfolgreichen Zertifizierung haben die Fachkliniken Wangen einen weiteren Beweis für ihre hohe medizinische Qualität erbracht. „Wir fühlen uns in unserem konsequenten Qualitätsweg bestätigt“, so Ellio Schneider, Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken.

## Qualitätsnachweis nach KTQ

# Fachkliniken Wangen schließen Zertifizierung erfolgreich ab

KTQ ist ein krankenhausspezifisches Instrument zur Darstellung der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. Das KTQ-Verfahren unterzieht das interne Qualitätsmanagement von Krankenhäusern einer detaillierten Kontrolle und legt dabei medizinische, pflegerische und verwaltungstechnische Abläufe offen. In der Folge können Behandlungsprozesse im Sinne der Patientenorientierung effizienter gestaltet werden. Die Fachkliniken Wangen mussten dazu eine umfangreiche Selbstbewertung durchführen, Prozesse hinterfragen und ihre Arbeit „selbst“ beurteilen.

Um die KTQ-Zertifizierung erfolgreich zu bestehen, wird der Umgang mit den Patienten genauso überprüft wie die Themen Arbeitsorganisation, stetige Weiterbildung, Sicherheitsvorkehrungen bei Notfällen und das Management. Die Kategorien decken folgende Bereiche ab: Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement

### ► Patienten- und Mitarbeiterorientierung

Das Bestreben, sich nach KTQ zertifizieren zu lassen, ist Ausdruck des Leitgedankens zur Schaffung von Transparenz der vorhandenen Struktur- und Prozessqualität. Im Zentrum aller Qualitätsbemühungen steht die Verbesserung der Patientenversorgung, aber auch die Mitarbeiterorientierung, denn

die Zertifizierung fördert die Optimierung der Leistungserbringung und damit die Prozessqualität.

Im Rahmen einer Zertifizierungsfeier wird das Zertifikat überreicht sowie mit den Mitarbeiter/-innen und den Geschäftspartnern der Fachkliniken Wangen gefeiert.

Dr. Constanze Müller  
Geschäftsbereichsleiterin  
Qualitäts- und Produktmanagement /  
Public Relations  
Waldburg-Zeil Kliniken



KTQ-Zertifikat

An der Spitze der Verwaltung von 1969 bis 1982

## Verwaltungsdirektor a.D. Wilhelm Uhl fand seine letzte Ruhestätte

Am 17.09.05 starb der ehemalige Verwaltungsdirektor Herr Wilhelm Uhl. Von 1969 bis 1982 führte er 13 Jahre lang die Verwaltung. Die Fachkliniken trugen damals die Namen Kinderheilstätte Wangen bzw. Fachklinik für Kinder und Jugendliche und standen unter der Trägerschaft des Caritasverbandes für Württemberg e.V. Herr Uhl arbeitete noch einige Jahre mit dem Einrichtungsgründer Herr Prof. Dr. Heinrich Brügger (1928–1971) zusammen. Die beiden anderen Chefarzte dieser Zeit waren Herr Dr. Harry Doesel (1971–1973) und Herr Dr. Alfred Hofmann (1973–1988).

Die Zeit von 1969 bis 1982 war die Zeit des Übergangs der Fachkliniken Wangen von einer Tuberkuloseeinrichtung zu einem modernen Klinikum, in dem neben Kindern und Jugendlichen auch Erwachsene behandelt werden. Als Bürgermeister der Stadt Wangen von 1946 bis 1968 hatte Herr Uhl die Fachkli-

niken unterstützt und ihr zusätzliches Gelände überlassen. Damit war eine bauliche Erweiterung möglich, und es entstand ein Diagnosezentrum als Anbau an das Hauptgebäude und die Heinrich-Brügger-Schule. Dass Kinder und Jugendliche während der Krankheits- und Rehabilitationszeit Schulunterricht erhalten, war Professor Dr. Brügger ein zentrales Anliegen. Mit dem Bau der Heinrich-Brügger-Schule konnte der Unterricht nun in einem eigenen Schulgebäude abgehalten werden.

Eine wichtige Aufgabe Herrn Uhls war die Neustrukturierung des Personaleinsatzes mit weltlichen Kräften. 1969 waren zwar noch über 50 Ordensschwestern der Franziskanerinnen vom Kloster Sießen in allen Bereichen tätig. Aufgrund der Altersstruktur der Schwestern und des Nachwuchsmangels war das Kloster jedoch gezwungen, immer mehr Ordensschwestern zurückzuziehen.

Herr Uhl blieb auch nach seiner Pensionierung den Fachkliniken sehr verbunden. So besuchte er regelmäßig als „Ehemaliger“ Veranstaltungen und Betriebsfeiern der Klinik.

Alwin Baumann  
Fachkliniken Wangen



Besprechen die weiteren Ausbaupläne (1970): Verwaltungsdirektor Wilhelm Uhl, Oberbürgermeister Dr. Jörg Leist, Prof. Dr. Heinrich Brügger, Prälat Helmut Mohn (von links nach rechts)

Foto: Archiv

### NACHRUF

Wir trauern um unseren langjährigen  
Verwaltungsdirektor

## Herrn Wilhelm Uhl

Als Verwaltungsdirektor hat Herr Uhl 1969 die Verwaltungsleitung der damaligen Fachklinik für Kinder und Jugendliche in Trägerschaft des Caritasverbandes für Württemberg e.V. übernommen. Bis zu seiner Pensionierung 1982 hat er in enger Zusammenarbeit mit dem Klinikgründer Prof. Dr. Brügger und dem nachfolgenden Chefarzt Dr. Alfred Hofmann die Weiterentwicklung unseres Hauses zu einem bekannten Zentrum für Atemwegserkrankungen vorangetrieben. Sein Verdienst ist vor allem der Bau des Diagnosezentrums und der Heinrich-Brügger-Schule.

Wir sind ihm sehr zu Dank verpflichtet und werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Unser Mitgefühl gilt seiner Frau und seiner Familie.

Geschäftsführung, Krankenhausleitung,  
Mitarbeiter und Betriebsrat der

## Waldburg-Zeil Kliniken Fachkliniken Wangen

## Namen & Nachrichten

Im Rahmen des Wangener CF-Tages 2005 wurde die Gruppensprecherin der Regionalgruppe Hegau-Bodensee **Frau Helga Weller** verabschiedet. Frau Weller hat die Selbsthilfegruppe über 15 Jahre lang geleitet. Mit ihrer ruhigen und besonnenen Art wurde sie nicht nur zu einer wichtigen Stütze für die betroffenen Patienten und deren Familien, sondern auch für die betreuenden Einrichtungen. Frau Weller engagierte sich für die Verbesserung der CF-Behandlung, dabei lag ihr die psychosoziale Versorgung besonders am Herzen. Durch ihre guten Verbindungen konnte sie viele Spendengelder organisieren, die sowohl den Patienten vor Ort als auch den Patienten in den Fachkliniken Wangen zugute kamen. Mit Bedacht hat Frau Weller ihren Rückzug vorbereitet. Bereits 2001 gewann sie **Frau Renate Weißhaar** als ihre Stellvertreterin. Diese führt nun die Gruppe als Gruppensprecherin weiter. Die Fachkliniken Wangen bedanken sich sehr bei Frau Weller und wünschen ihr eine gute Zeit!



CF-Gruppensprecherin Frau Helga Weller wird nach 15 Jahren verabschiedet: Frau Helga Weller, Frau Renate Weißhaar (Nachfolgerin), Herr Dr. Michael Rau (Oberarzt der Kinderklinik der Fachkliniken Wangen).

Foto: Baumann

Die Fachkliniken Wangen haben ein **Klinisches Ethikkomitee** gegründet. Das zwölfköpfige Gremium soll die Menschenwürde der Patienten zur Geltung bringen und einen Beitrag zur Patientenversorgung leisten, wie es in der Ende Juni verabschiedeten Satzung heißt. Das Klinische Ethikkomitee hat zwölf Mitglieder, darunter Ärzte und Pflegende, katholische und evangelische Seelsorger sowie der Krankenhausdirektor. Vorsitzender ist der Chefarzt der Neurologischen Klinik, Herr Dr. Raimund Weber. Sein Stellvertreter ist der evangelische Krankenhauspfarrer Herr Peter Steinle. Neben der Diskussion ethischer



Chefarzt Dr. Raimund Weber



Pfr. Peter Steinle

Grundsatzfragen und der Information und Weiterbildung für die Mitarbeitenden gehören auch so genannte ethische Konsile zu den Aufgaben des Ethikkomitees. Dabei können in aktuellen ethischen Konfliktsituationen Beratungen am Krankenbett durchgeführt werden. Das Ethikkomitee kann tätig werden auf Antrag von Ärzten, Pflegenden, Patienten oder deren Angehörigen. Es hat jedoch immer und ausschließlich beratende Funktion; die konkrete Entscheidungsbefugnis verbleibt bei den tatsächlich Verantwortlichen.



Bei einem Besuch des Bundestagsabgeordneten Franz Romer im Rahmen der Sympathiekampagne „Freiwilligendienste hautnah“ konnten die drei derzeitigen Absolventen des **Freiwilligen Sozialen Jahres** in den Fachkliniken Wangen, Sandra Ficociello, Sonja Kämmerle und Bettina Wucher über ihre Tätigkeiten in der Neurologischen Klinik und im Kind-Mutter-Bereich der Rehabilitationskinderklinik berichten. Sie sehen das soziale Jahr als wertvolle persönliche und berufliche Orientierung. Für die Fachkliniken Wangen bietet das FSJ die Möglichkeit, junge Menschen für Berufe im Gesundheitswesen zu interessieren. Die drei „FSJ'lerinnen“ absolvieren ihr Freiwilliges Soziales Jahr in den Fachkliniken Wangen über den Bund der Deutschen Katholischen Jugend (BDKJ) der Diözese Rottenburg-Stuttgart, einer von über 20 Anlaufstellen in Baden-Württemberg, bei denen ein soziales bzw. ökologisches Jahr beantragt werden kann. Die Nachfrage nach den begehrten Plätzen ist derzeit größer als das Angebot, so dass künftig mehr Plätze angeboten werden sollen.



MdB Franz Romer (links)



Unter die Buchautoren ist der Leiter der Schulpädagogik der Rehabilitationskinderklinik, Diplom-Sportlehrer **Robert Jaeschke**, gegangen. Sein 150-Seiten-Werk mit dem Titel „Lust auf Bewegung“ ist eine Spielsammlung für Schule, Alltag und Therapie und kostet im Buchhandel EUR 14,90 (ISBN 3-937252-5, Care-Line-Verlag). Alle vorgestellten Spiele sind variabel einsetzbar und somit für Kinder und Jugendliche unterschiedlichen Alters oder Leistungsvermögens geeignet. Für Patientenschulungen werden



eine Vielzahl an indikationsspezifischen Variationen dargestellt.

Schulpädagoge Robert Jaeschke



Sehr zufrieden mit der Behandlung und Betreuung in der **Thoraxchirurgischen Klinik** war eine Patientin aus dem Stuttgarter Raum. So griff sie zur Feder und veröffentlichte am 10.09.05 in der Schwäbischen Zeitung folgenden Leserbrief: „Die Waldburg-Zeil Kliniken – als großer Überbegriff für ein kleines Klinik-Imperium – sind nicht mehr nur in Süddeutschland und im Allgäu bekannt, sondern sowohl im Bereich der Reha als auch der Akutmedizin ein Begriff für hervorragende medizinische Versorgung, liebevolle intensive Betreuung und Geborgenheit. Diese Erfahrung habe ich im Juni 2005 in den Fachkliniken Wangen, Am Vogelherd 14 gemacht. Zehn

Tage Aufenthalt in der Thoraxchirurgischen Klinik Station 7 wurden so nach schwieriger Operation durch Chefarzt Dr. Holdt erträglich für mich und ich konnte mit viel frohem Mut und großer Zuversicht in die Zukunft entlassen werden. Alle Ärzte, die mich betreuten – auch in der Nachsorge – nahmen sich Zeit für mich und beantworteten meine Fragen, die sich, inzwischen wieder daheim, ergeben hatten. Ihnen und dem gesamten medizinischen



Personal gebührt meinen besonderen Dank.“

Chefarzt Dr. Holger Holdt



**Herr Dr. Thomas Spindler**, Oberarzt der Rehabilitationskinderklinik, wurde in den Vorstand der Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin Süd e.V. (München) gewählt. Die Arbeitsgemeinschaft vertritt die allergologisch tätigen Kinder- und Jugendärzte/Innen im Süden der Republik, ist in der Weiter- und Fortbildung allergologisch



interessierter Kinder- und Jugendärzte/Innen tätig und beteiligt sich an der Qualitätssicherung im Bereich pädiatrische Allergologie.

Oberarzt Dr. Thomas Spindler

# Veranstaltungen

## Tagungseinladung

## Wangener Neurodermitistag

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir laden Sie ganz herzlich zu unserem Neurodermitis-Tag am Samstag, 26. November 2005 um 9.00 Uhr in unsere Fachkliniken nach Wangen im Allgäu ein.

Wir möchten uns gebietsübergreifend – pädiatrisch und dermatologisch – mit der Neurodermitis im Kindesalter befassen. Um die unterschiedlichen Sichtweisen zu berücksichtigen, haben wir bekannte Referenten aus Klinik und Praxis eingeladen.

So werden wir uns in Vorträgen mit den unterschiedlichen Aspekten dieser Erkrankung (u.a. Medizin, Pflege, Ernährung und Psychologie) befassen und auch die Frage beantworten, was eine Rehabilitationsmaßnahme und Neurodermitis-Schulungen leisten können.

Eine Vielzahl von Workshops bieten Ihnen die Gelegenheit, Theoretisches im kleineren Kreis zu hinterfragen, um das Erlernete in praktischer Form mit nach Hause nehmen zu können. Wir bieten Ihnen Fortbildung und Gastfreundschaft in malerischer Allgäulandschaft im unverändert historisch zauberhaften Wangen.

Für die Fachkliniken Wangen mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Wolfgang Franck  
FA für Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Tagungsleitung  
Neurodermitistrainer der AGNES

Dr. Thomas Spindler  
FA für Kinderheilkunde und Jugendmedizin  
Oberarzt der Rehabilitationskinderklinik  
Neurodermitisdozent der AGNES

Dr. Johannes Otto  
FA für Kinderheilkunde und Jugendmedizin  
Chefarzt der Rehabilitationskinderklinik und der Kinderklinik

► **Veranstaltung:**  
Wangener Neurodermitistag

► **Ort:**  
Fachkliniken Wangen im Allgäu, Bewegungszentrum

► **Termin:**  
Samstag, 26. November 2005, 09.00 Uhr bis 15.30 Uhr

► **Tagungsleitung:**  
Dr. Wolfgang Franck, Rehabilitationskinderklinik, Fachkliniken Wangen

► **Vorträge:**

- Neues und Bewährtes in der Therapie des atopischen Ekzems (Prof. Dr. D. Abeck, Dermatologe, München)
- Umsetzbarkeit der Therapie bei Neurodermitis aus der Sicht eines niedergelassenen Kollegen (Dr. F. Friedrichs, niedergelassener Kinderarzt, Aachen, im Vorstand der Gesellschaft für Päd. Allergologie)
- Was kann eine Rehabilitationsmaßnahme bei Neurodermitis leisten? (Dr. Th. Spindler, Wangen)
- Nahrungsmittelallergie – ja oder nein? Ein sinnvoller diagnostischer Weg (Dr. W. Franck, Wangen)

- Was ist „Neuro“ an der Neurodermitis – wie kann die Krankheitsverarbeitung in betroffenen Familien unterstützt werden? (C. Mell, Dipl.-Psychologin, Wangen)
- Wirksamkeit von Neurodermitisschulungen – praktische Umsetzung (R. Jaeschke, Schulpädagoge und Dr. W. Franck, Wangen)

- **Workshops:**
- Nahrungsmittelprovokation (F. Hellmond, Oecotrophologe, Wangen)
  - Neurodermitisschulung bei Kindern – Austausch didaktischer Möglichkeiten (R. Jaeschke, Schulpädagoge, Wangen)
  - Spezielle Pflege bei Neurodermitis (D. Wolff, Kinderkrankenschwester, Wangen)
  - Krankheitsverarbeitung in betroffenen Familien (C. Mell, Dipl.-Psychologin, Wangen)

► **Zertifizierung:**  
Für diese Veranstaltung sind 10 Fortbildungspunkte bei der Landesärztekammer bewilligt.



Regelmäßige Pflege der Haut

► **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  
www.fachkliniken-wangen.de



Fachkliniken Wangen

**Einladung zum Wangener Neurodermitis-Tag**

**am Samstag, 26. November 2005**



In guten Händen

# Veranstaltungen

## Fachkliniken Wangen

Mittwochs bei den Waldburg-Zeil Kliniken

### Treffpunkt Gesundheit

07.12.2005

**Husten – was steckt dahinter?**

Dr. Werner Nowak

13.05.2006

### Pädiatrietag 06

**Programmverantwortung:**

Dr. Johannes Otto

**Information und Anmeldung:**

Petra Kasper

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

E-Mail: pkasper@wz-kliniken.de

## Rehabilitations- kinderklinik

26.11.2005

### Wangener

### Neurodermitistag

**Programmverantwortung:**

Dr. Wolfgang Franck

**Information und Anmeldung:**

Christina Hilsenbeck

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

E-Mail: chilsenbeck@wz-kliniken.de

## Neurologische Klinik

09.11.2005

### Tagung der Sozialdienste

**Programmverantwortung:**

Stefanie Wohlgezogen

**Information und Anmeldung:**

Stefanie Wohlgezogen

Tel.: 07522 797-1179, Fax: 07522 797-1192

swohlgezogen@wz-kliniken.de

### Fortbildungsangebote

**Einführung in die Grundlagen des Bobath-Konzeptes im Stationsalltag**

Termin: 18.-19.02.2006 und 01.-02.04.2006

**Grundlagen des Affolterkonzeptes für Pflegende**

Termin: 06.-10.03.2006

**Grundkurs Bobath – Konzept für Therapeuten**

Termin: 18.-29.09.2006 und 04.-08.12.2006

**Basale Stimulation in der Pflege®**

Termin: 18.-20.10.2006

**Grundkurs Therapie des FACIO-ORALEN-TRAKTES™**

Termin: auf Anfrage

**Kinästhetik – Grundkurs I**

Termin: auf Anfrage

**Kinästhetik – Aufbaukurs**

Termin: auf Anfrage

**Information und Anmeldung:**

Claudia Schadow

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

cschadow@wz-kliniken.de

## Heinrich-Brügger-Schule

31.03. – 01.04.2006

### 7. Fachtagung

### "Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Schule"

**Themen:**

- CF und Schule
- Pädagogik bei Krankheit
- Psychosomatische Erkrankungen und Schule

**Programmverantwortung:**

Stephan Prändl

**Information und Anmeldung:**

Schulsekretariat, Tel.: 07522 797-1352,

Fax: 07522 797-1110, E-Mail: heinrich-

bruegger-schule@wz-kliniken.de

## Asthmaakademie Baden-Württemberg

Fachkliniken Wangen/

St. Josefskrankenhaus Freiburg

(Homepage: [www.aabw.de](http://www.aabw.de))

**Theorieseminare in Wangen**

19.-20.11.2005 (Block 2)

01.-02.07.2006 (Block 1)

15.-16.07.2006 (Block 2)

**Information und Anmeldung:**

Dr. Thomas Spindler, Dr. Michael Rau

Tel.: 07522 797-0, Fax: 07522 797-1117

tspindler@wz-kliniken.de /

mrau@wz-kliniken.de

**Theorieseminar in Freiburg**

04.-05.02.2006 (Block 1)

18.-19.02.2006 (Block 2)

**Information und Anmeldung:**

Prof. Dr. Johannes Forster

Tel.: 0761 2711-2801, Fax: 0761 2711-2802

johannes.forster@rkk-sjk.de

## Adipositas-Akademie Baden-Württemberg

Fachkliniken Wangen/

PommeFRIZ Schliengen

(Homepage:

[www.adipositas-akademie-bw.de](http://www.adipositas-akademie-bw.de))

**Theorieseminare in Wangen**

20.-22.01.2006

03.-05.02.2006

**Theorieseminare in Schliengen**

04.-06.11.2005

18.-20.11.2005

*Hospitation und Supervision auf Anfrage*

**Information und Anmeldung:**

Robert Jaeschke

Tel.: 07522 797-1288, Fax: 07522 797-1117

rjaeschke@wz-kliniken.de

## Vorträge

11.11.2005, Bonn

**Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen mit dem Trainermanual**

Robert Jaeschke

## Medizinische Klinik

Die Schlafmedizin hat sich zu einem neuen „Querschnittsfach“ innerhalb der Medizin entwickelt. Seit Mitte der 50-er Jahre, mit der Entdeckung des REM-Schlafes, wird der Schlaf als aktiver Verhaltenszustand verstanden. Die Forschung dient dazu, die Organisation und Regelung des komplexen Schlafzustandes zu analysieren, um schließlich die Funktion des Schlafes für unser Überleben zu verstehen.

Klinische Schlaflabore gehören heute zu einem entwickelten medizinischen Versorgungssystem. Da es sich bei Schlaflaboren um medizinisch komplexe Einrichtungen handelt, wurden von der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) frühzeitig Maßnahmen zur Qualitätssicherung gefördert und koordiniert.

### ► Neue Ausbildungsordnung ermöglicht einheitliche Qualifikation

Als wichtigste Maßnahme des Qualitätsmanagements in der Schlafmedizin wurde eine Ausbildungsordnung für den Qualifikationsnachweis Somnologie für Ärzte, Psychologen und Naturwissenschaftler entworfen. Diese wurde 1996 in Erfurt anlässlich des 4. Kongresses für Schlafforschung und Schlafmedizin diskutiert und 1997 von der DGSM verabschiedet. Nach einer Übergangszeit haben nun auch technische und pflegerische Mitarbeiter die Möglichkeit, eine Qualifikation, die mit einer Prüfung endet, zu erlangen.

### Qualifikation für technische und pflegerische Mitarbeiter

## Qualifikationsnachweis „Somnologie“ in den Schlafmedizinischen Zentren der DGSM erworben

Der Qualifikationsnachweis in Form eines Zertifikates soll dazu beitragen, die Aus- und Weiterbildung des medizinischen, technischen und pflegerischen Personal zu dokumentieren und die Qualität der klinischen Versorgung in den Schlaflaboratorien der DGSM zu fördern.

Inhalte der Fortbildung in Theorie und Praxis sind:

- Grundkenntnisse über den normalen Schlaf
- Grundkenntnisse über den gestörten Schlaf
- spezielle Schlafstörungen
- Therapie von Schlafstörungen
- Organisation eines Schlaflabors
- technische und methodische Grundlagen
- Polysomnographie
- Verfahren zur Erfassung der Tagesmüdigkeit
- ambulante Verfahren zur Erfassung von Schlafstörungen
- Technik der nicht-invasiven Beatmungstherapie

Zur Prüfung zugelassen wird, wer folgende Voraussetzungen mitbringt:

- abgeschlossene, mindestens zweijährige medizinische Berufsausbildung
- Hospitationen in 2 Schlaflaboren anderer Fachrichtungen (je eine Woche, ganztägig)
- selbstständige Durchführung und Auswertung von 100 Polysomnographien zu verschiedenen klinischen Fragestellungen nach den Kriterien von Rechtschaffen und Kales
- Durchführung und Auswertung von 10 Polysomnographien mit erweiterter EEG-Ableitung

- selbstständige Durchführung und Auswertung von 10 MSLT/MWT Untersuchungen bzw. entsprechende Verfahren in der Pädiatrie
- selbstständige Durchführung und Auswertung von 10 apparativen Untersuchungen zur Erfassung der Vigilanz am Tage bzw. entsprechende Verfahren in der Pädiatrie
- selbstständige Durchführung und Auswertung von 10 ambulanten Untersuchungen zum Monitoring schlafbezogener Atemstörungen
- Mitbetreuung und Überwachung von 10 polysomnographischen Untersuchungen unter nasaler Beatmungstherapie (nCPAP, BiPAP)
- Durchführung einer Polysomnographie zur Selbsterfahrung am Antragsteller selbst

### ► Sechs Mitarbeiter technischer und pflegerischer Berufe haben den Qualifikationsnachweis erworben

Bundesweit erhielten bis heute 52 technische und pflegerische Mitarbeiter den Qualifikationsnachweis für Somnologie. Im Schlaflabor der Fachkliniken Wangen erhielten durch die Übergangsregelung 2 Mitarbeiter diese Qualifikation.

2004/2005 legten weitere 4 Mitarbeiter nach zweijähriger intensiver Vorbereitungszeit in Workshops, mehrwöchigen Hospitationen in anderen Schlaflaboren und hausinternen Schulungen die Prüfung in Theorie und Praxis erfolgreich ab.

Maria Theresia Gunz  
Schlaflabor Station 2  
Medizinische Klinik



Mitarbeiter mit dem Qualifikationsnachweis „Somnologie“ (von links nach rechts) – vordere Reihe: Monika Merk, Monika Ströbele, Sabine Schmieg, Theresia Gunz – hintere Reihe: Dr. Heribert Knappe (Leiter des Schlaflabors, Somnologe DGSM), Birgit Bannert, Werner Lankes  
Foto: Löchle



Zertifiziert: Das Schlaflabor hat seine Qualität erneut bestätigt bekommen

## Der Einsatz von Hilfsmitteln in der Therapie chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen

Neben der medikamentösen Therapie kommen in der Behandlung der chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen auch nicht-medikamentöse Therapien zum Einsatz. Die Versorgung des Patienten mit den richtigen Hilfsmitteln und deren Gebrauch ist Teil dieser Therapiestrategie und ermöglicht es dem Patienten, die während des stationären Krankenhausaufenthaltes erlernten Therapiemaßnahmen auch zu Hause weiterzuführen. Die Hilfsmitteltherapie hat damit wichtigen Anteil in Gesamtkonzept der COPD-Behandlung. Die in der Pneumologie vorhandenen und verordnungsfähigen Hilfsmittel werden im folgenden beschrieben und ihre Einsatzziele dargestellt.

### ► Inhaliergeräte

Inhalative Therapien haben bei der Behandlung von Atemwegserkrankungen eine wichtige Bedeutung. Sie ermöglichen eine zielgerichtete Applikation der medikamentösen Wirkstoffe direkt an dem Ort des Krankheitsgeschehens. Dadurch werden unerwünschte systemische Nebenwirkungen auf den übrigen Körper weitgehend vermieden. Inhalationsgeräte vernebeln durch Druckluft oder Ultraschall die Wirkstofflösung zu feinen Aerosoltröpfchen, die aufgrund ihrer geringen Größe mit dem Einatemstrom bis in unsere unteren Atemwege gelangen können.

*Trockeninhaliersysteme und Dosieraerosole*  
Prinzipiell können Medikamente auch in Form von trockenen feinen Pulvern oder Sprays aus

Dosierspendern inhaliert werden. Dies erfordert eine gute Koordination bei spezieller Atemtechnik und kann problemlos von größeren Kindern und Erwachsenen erlernt werden. Depositionsstudien zeigen für alle inhalierbaren Medikamente, dass auch bei optimaler Inhalierertechnik dennoch nur 15–30% der inhalierten Substanzen die tieferen Atemwege erreichen. Wie gesagt – vorausgesetzt, es liegt eine optimale Inhalationstechnik vor. Wenn die gesamte Dosis nur mit einem oder zwei Atemzugmanövern inhaliert wird, hängt die Wirkung des Medikamentes nicht nur von der verwendeten Substanz, sondern in erster Linie von der Güte und Koordination des Inhalationsmanövers ab.

Hier wird schnell erkennbar, dass diese Form der Medikamenteninhalation für Menschen mit einem körperlichen, geistigen oder motorisch-koordinativen Handicap weniger Sicherheit in der Anwendung und Wirkung bietet.

### *Nassinhaliersysteme (Düsen-/Kompressorvernebler)*

Insbesondere der ältere COPD-Patient, oft durch den Gebrauch von Theophyllin und Sympathomimetika zittrig geworden, profitiert unserer Meinung nach von der aufwändigeren, aber sichereren Inhalation mit Düsen- oder Kompressionsverneblern. Die Deposition der hier erzeugten Aerosole in den unteren Atemwegen liegt zwar in der gleichen Größenordnung von nur etwa 15–30%, jedoch sind dazu 150–200 Atemzüge notwendig, bis die Wirkstoff- und Trägerlösung von ca. 2,5 ml inhaliert ist. Dies erfordert etwa 10–15 Minu-

ten Zeit je Inhalation. Auch ihre Handhabung muss mit dem Patienten eingeübt werden, jedoch müssen keine besonderen Atemmanöver erlernt werden. Damit ist die Anwendung sehr einfach, auch für Kinder und ältere Menschen. Der Patient lernt, den Inhalierkopf mit den für ihn notwendigen Medikamenten- und Trägerlösungen zu befüllen und zu reinigen. Dies erfolgt in der Regel während des stationären Aufenthaltes. Der Kompressor selbst ist dagegen wartungsfrei und langlebig und über Jahrzehnte verwendbar. Da die Inhaliergeräte in der Regel netzabhängig betrieben werden müssen, eignen sie sich eher für den Gebrauch zu Hause als für unterwegs. Es können auch nur die kurzwirksamen bronchialerweiternden Medikamente inhaliert werden, sodass in der Regel 3–6 Inhalationen täglich durchgeführt werden müssen. Bei erfolgreicher Anwendung kann das Gerät dem Patienten verordnet und bei Entlassung mit nach Hause gegeben werden. Eine Besonderheit bietet diese Form der Inhalation: Die Inhalationszeit von 10–15 Minuten kann doppelt genutzt werden: Durch Aufsatz von weiteren Atemtherapiegeräten, etwa einem PEP-Ventil, kann neben der Medikamenteninhalation gleichzeitig die PEP-Atemtherapie durchgeführt werden. Da kommt im Laufe des Tages schon 1 Stunde Atemtherapie zusammen. Dies ist insbesondere beim Emphysematiker von Nutzen, dessen Atemströmung rein physikalisch verbessert werden kann. Für Patienten mit größerer Bronchitiskomponente und gestörter Sekretion, z. B. Bronchiektasien, bieten spezielle Inhalationsgeräte mit Perkussion-(Rüttel-)funktion im Atemstrom die Möglichkeit, das Sekret in den Atemwegen zu lockern und zu mobilisieren.

### ► Bedeutung der Inhalationstherapie

Die Inhalationstherapie stellt einen bedeutenden Baustein in der Therapie der chronisch

obstruktiven Atemwegserkrankungen dar. Es dürfen nicht nur die pharmakologischen Eigenschaften einer Wirksubstanz die Rationale für die Verordnung eines bestimmten Inhalationssystems bilden. Der Arzt muss vielmehr die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten in puncto Therapiesicherheit in der Anwendung des Inhalationssystems berücksichtigen. Er sollte sich von der Effektivität der Anwendung überzeugen. Auch hier sind Patienten- und Angehörigenschulungen notwendig, die unserer Erfahrung nach von den versorgenden medizintechnischen Firmen gar nicht geleistet werden können. Aus diesem Grund sehen wir die Hilfsmittel-Versorgung und die Inhalationsschulung noch während der stationären Behandlung als eine notwendige medizinische Leistung an, die leider anhand des bestehenden Entgeltsystems im Gesundheitswesens noch nicht honoriert wird. Neue inhalative Therapieansätze aus der Aerosol-Forschung werden sich durch die Einführung von neuen „leichteren Aerosolen, mit besseren Depositionseigenschaften in der Lunge und durch Mikroprozessor gesteuerte „intelligente Inhalationssysteme“ ergeben.

### ► Hilfsmittel zur Atemphysiotherapie

#### *Atemwegsschienung durch PEP-Therapie*

Der Elastizitätsverlust der Atemwege bei COPD bewirkt einen vorzeitigen Abbruch der Luftströmung in der Ausatmung und führt zu einem erhöhten Residualvolumen der Lunge (Überblähung), wodurch die inspiratorische Kapazität vermindert wird. Um diesen vorzeitigen Abbruch der Luftströmung während der Ausatmung zu verhindern, baut der Patient durch die Lippenbremse (als Strömungswiderstand) einen geringen intrabronchialen Druck auf. Dadurch fließt in der Ausatmung länger Luft und die bewegte Luftmenge steigt. Die Atemnot vermindert sich. Dies ist etwa so

vorzustellen, wie wenn Sie einen platten Fahrradreifen aufpumpen. Sie formen dadurch die kollaptischen Atemwege zu weite- ren Röhren (Schienungseffekt). Der effektive Überdruck bewegt sich dabei um 3–6 mbar. Dieser kann durch so genannte PEP-Ventile aufgebaut werden, die der Patient nach Art einer Pfeife in den Mund nimmt und die eine Ausatemstenose (Engstelle) besitzen, mit der ein einstellbarer Überdruck in der Ausatmung erzeugt werden kann. Die Anwendung muss nicht extra erlernt werden und ist für Mund- und Nasenatmer gleich. PEP-Ventile können COPD- und Emphysepatienten, die die Lip- penbremsetechnik nicht erlernen oder im Notfall nicht beherrschen, kassenfähig Rezep- tiert werden (Kostenpunkt ca. 40–50 €).

#### *Sekretmobilisation mit Rüttlern (Fluttern)*

Um Sekret in den Atemwegen zu lösen, muss eine Vibrations- oder Perkussionsenergie auf die Atemwege übertragen werden. Dies kann außen durch Schwingungen oder rhythmische Beklopfen des Thorax' erfolgen oder direkt der Atemströmung aufmoduliert werden. Diese Modulation der Atemströmung er-



Gehtraining bei Sauerstofflangzeittherapie

Foto: Drescher

folgt durch kurze Unterbrechungen der Aus- atemströmung mit Frequenzen von 15–60/ Sekunde. Sie werden von so genannten „Flut- tern“ erzeugt, die der Patient von der Größe einer Pfeife überall bei sich tragen und an- wenden kann. Sie erfordern in der Regel einen bestimmten Luftstrom, der sich zwischen 15– 25 l/min bewegt. Auch hier muss die Anwen- dung geübt werden. Sie wird in der Regel schnell erlernt. Diese Hilfsmittel können bei allen Erkrankungen mit gestörter Sekretdrai- nage und Sekretproblemen verordnet und kassenfähig rezeptiert werden (Kostenpunkt 50–60 €).

#### ► Sauerstoff-Langzeittherapie

Die Langzeitbehandlung mit Sauerstoff ist bei Patienten mit chronischer Hypoxämie im Sta- dium III der COPD nach den *internationalen Empfehlungen sowie den Leitlinien zur Lang- zeitsauerstofftherapie der DGP* indiziert. Pri- märe Ziele sind eine Anhebung des arteriellen Sauerstoffpartialdrucks auf Werte über 60 mm/Hg, die eine adäquate Sauerstoffversor- gung des Gewebes ermöglicht, sowie eine Entlastung der Atemmuskulatur durch einen bei Sauerstoffzufuhr verminderten zentralen Atemantrieb.

Die Langzeitsauerstofftherapie führt zu einer Verbesserung der Prognose bei Patienten mit chronischer respiratorischer Insuffizienz bei Anwendung über mehr als 15 Std. täglich. Weitere Effekte sind eine Verringerung der Progression des Lungenhochdrucks (pulmona- le Hypertonie) bei COPD sowie positive Aus- wirkungen auf Belastbarkeit, Atemmechanik, Hämatokrit (Blutfließeigenschaft) und neuro- psychologische Parameter. (T. Welte, Thieme- Refresher Pneumologie 10/2003, Seite 38).

Von den zur Verfügung stehenden Sauerstoff- systemen unterscheiden wir stationäre und mobile O<sub>2</sub>-Systeme. Der Sauerstoff wird ent-

weder durch Kompressoren aus der Raumluft, komprimiert in Stahldruckflaschen oder tief- gekühlt flüssig in Tanks zur Verfügung ge- stellt. Während des stationären Aufenthaltes wird neben der medizinischen Notwendigkeit auch die Therapiemenge, das heißt die Fluss- rate (in l/min) festgelegt. Da für die Versor- gungsnotwendigkeit mit mobilen O<sub>2</sub>-Syste- men keine harten medizinischen Daten existi- eren, hängt die Versorgungsfähigkeit vom subjektiv zu messenden Profit für den Patien- ten und von der Mobilitätsnotwendigkeit ab (z. B. Erhaltung der Berufstätigkeit etc.). Bei höheren Flussraten und hohem Mobilitätsbe- darf werden meist Flüssigsauerstoffsysteme eingesetzt. Die 36 l-Tanks werden alle 1–4 Wochen aus dem Tankwagen befüllt oder getauscht. Der tiefgekühlte flüssige Sauer- stoff kann vom Patienten von dort selbst in kleinere, meist 1,2 l fassende mobile Isolier- Flaschen, abgefüllt werden. Die Reichweite dieser kleineren tragbaren Behälter (ca. 3,5 kg schwer) beträgt 4–8 Stunden, abhängig von der eingestellten Flussrate. Die Reichweite kann durch Verwendung von sogenannten „Demand-Systemen“ verlängert werden. Sie geben den Sauerstoff nur in der Einatmung ab und sparen somit Sauerstoff ein.

Letztendlich entscheidet weder Arzt noch Patient über das zum Einsatz kommende Sau- erstoffsystem, sondern der Medizinische Dienst der Krankenkassen. Natürlich hat der behandelnde Arzt ein Vorschlagsrecht und muss diesen entsprechend begründen. Der Patient, der eine Langzeitsauerstofftherapie benötigt, sollte bereits während des stationä- ren Aufenthaltes im Krankenhaus mit den verschiedenen Sauerstoffsystemen vertraut ge- macht werden, um das gemeinsame Ziel einer über 15 Std. dauernden Anwendung sicherzu- stellen. Dies erfolgt bei uns in Form einer Sau- erstoffschulung, die einmal wöchentlich für Patienten und Angehörige durchgeführt wird.

#### ► Nicht-invasive Beatmungsgeräte

Nicht-invasive Beatmungsgeräte dienen zur Unterstützung und Entlastung der eigenen Atmung bei akut-einsetzendem oder chroni- schem Unvermögen eine ausreichende At- mung aufrechtzuerhalten. Damit können die Symptome der Atemerschöpfung (Müdigkeit, Schwäche, Kopfschmerzen) zwar gebessert, jedoch die Prognose der COPD-Erkrankung nicht verändert werden. Ein elektronisch ein- stellbares und auf die Bedürfnisse des Patien- ten angepasstes Beatmungsgerät erzeugt einen Überdruck, der eine Luftströmung mit- tels Schlauch und Atemmaske in die Atem- wege und Lunge des Patienten bewirkt. Diese Therapie verlangt eine sehr gute Kooperation von Patient und Maschine und viel Fingerspit- zengefühl vom Arzt hinsichtlich der Einstel- lung. Die Beatmung erfolgt intermittierend, in der Regel im Schlaf, unterbrochen vom Tages- ablauf mit Inhalationen, Ernährung, Physio- therapie, Spaziergängen etc. Profitiert der Patient von einer derartigen Therapie und kann er an die künstliche Beatmung gewöhnt werden, wird sie zu Hause langfristig als Heimbeatmung durchgeführt. Das heißt, die Beatmungsmaschine, die der Patient während des stationären Aufenthaltes (Geräteeinwei- sung und Schulung) kennengelernt hat, wird ihm nach Genehmigung durch die Kranken- kasse, zusammen mit dem verwendeten Zu- behör (Maske) direkt mit nach Hause gege- ben. Dadurch wird ein größtmögliches Maß an Anwendungssicherheit ermöglicht. Der Pa- tient hat so die Gewähr, dass das gesamte Zubehör vorhanden ist und passt. Neben dem medizinisch-technischen Kundendienst sind wir als Beatmungsschwerpunkt für die Belan- ge des Patienten medizinisch rund um die Uhr erreichbar.

Dr. Roland Drescher  
Oberarzt  
Medizinische Klinik

## Ernährungsumstellung verbessert Prognose

Schon seit dem 19. Jahrhundert ist bekannt, dass es einen Zusammenhang zwischen schweren Lungenerkrankungen und dem Ernährungsstatus gibt. Zahlreiche Ernährungsstudien zeigen, dass eine Optimierung der bestehenden Ernährung unter Berücksichtigung individueller Krankheitssymptome und ggf. der Einsatz von Zusatznahrung in Kombination mit Bewegungstherapie einen positiven Effekt auf die Lebensqualität hat. Aus diesen Erkenntnissen heraus sollten Patienten mit mittelschwerer und schwerer COPD (ab Gold II bis IV) durch kompetente Fachkräfte (Oecotrophologen, Diätassistentinnen) Ernährungstherapie erhalten.

Die „Deutsche Atemwegsliga“ beschreibt das Krankheitsbild und die Symptomatik der COPD wie folgt: „... COPD umfasst eine Symptomatik und funktionelle Beeinträchtigung der Lunge, die charakterisiert ist durch eine Kombination aus chronischem Husten, gesteigerter Sputumproduktion, Atemnot, Atemwegsobstruktion und eingeschränktem Gasaustausch ...“ (1).

Patienten mit COPD weisen häufig einen schlechten Ernährungszustand auf. Patienten mit Emphysem sind oft untergewichtig, Patienten mit chronischer Bronchitis sind eher übergewichtig. Zurückzuführen ist das Untergewicht unter anderem auf einen erhöhten Energiebedarf z.B. über die gesteigerte Atemarbeit, einen erhöhten Ruheenergieumsatz durch Medikamente (Tab.1) oder durch Entzündungsprozesse.

Unter- und Übergewicht haben neben verschiedenen anderen Faktoren (Ausprägung der Lungenerkrankung, Funktion der Skelettmuskulatur) einen großen Einfluss auf die körperliche Belastbarkeit. Untergewicht ist in der Regel immer mit einer verminderten Belastbarkeit verbunden und steht im Zusammenhang mit einer erhöhten Mortalität. Adipositas führt zu einer gesteigerten Atemarbeit, die Belastbarkeit nimmt ab (2).

### Antibiotika

z. B. abdominale Schmerzen, Appetitlosigkeit, Diarrhoe, Geschmacksstörungen, Gastritis, Glossitis, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen etc.

### Anticholinergika

Obstipation, Mundtrockenheit

### Beta-Sympathomimetika

z. B. Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Hyperglykämie, Hypoglykämie etc.

### Cromone (DNCG)

Bauchschmerzen, Diarrhoe, trockener Mund/Rachen, Geschmacksstörungen, Übelkeit

### Inhalative Kortikosteroide

Mundtrockenheit, Pilzinfektion der Mundhöhle, Reizung im Mund-/Rachenraum

Tab.1: COPD Medikamente mit Einfluss auf den Ernährungszustand (6)

### ► Evidenzbasierte Daten

Obwohl es keine evidenzbasierten Daten der Stärke 1a gibt, zeigen viele Studien, dass eine gezielte Ernährungstherapie in Verbindung mit Sport einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Belastbarkeit aus-

übt (2). Zum Beispiel konnte Tabak et al. (3) in einer durchgeführten Querschnittsstudie in drei europäischen Ländern (Finnland, Italien, Niederlande) die positive Korrelation von Vitamin E und den über dem Durchschnitt liegenden Verzehr von Obst und Gemüse auf die Lungenfunktion zeigen. Walda et al. (4) untersuchte in einer über 20 Jahre durchgeführten prospektiven Studie den Einfluss von Antioxidantien, Obst, Gemüse und Fisch auf die Mortalität von COPD-Patienten. Die Aufnahme von Obst, und Vitamin E zeigte protektive Effekte auf die Erkrankung, hingegen hatte die Zufuhr von Vitamin C, B-Carotin, Gemüse und Fisch keinen positiven Einfluss auf die Erkrankung. Tabak et al. (5) konnte diese positiven Ergebnisse durch die Aufnahme von Obst und auch Vollkornprodukten in einer Querschnittsstudie bestätigen. Auch in diesen Untersuchungen konnte kein protektiver Effekt von Gemüse und Fisch auf die COPD-Erkrankung beobachtet werden. Trotz dieser positiven wie auch negativen Ergebnisse ließ sich bei gleichzeitigem Verzehr aller Lebensmittel ein additiver positiver Effekt aufzeigen.

Ungeklärt sind weiterhin Einfluss und Menge spezieller Nährstoffe oder Lebensmittel auf die Belastbarkeit und Lungenfunktion der COPD-Patienten.

### ► Ernährungstherapeutische Maßnahmen

Trotz fehlender evidenzbasierter Daten der Stärke 1a ist die Erfassung des Ernährungszustandes (BMI und/oder BIA) bei Patienten mit COPD erforderlich.

Basis der Ernährungstherapie ist die ausgewogene Mischkost mit reichlich Obst, Vollkornprodukten, Gemüse sowie einer angepassten Energiezufuhr (vergleichbar mit dem Model der Ernährungspyramide Abb.1).

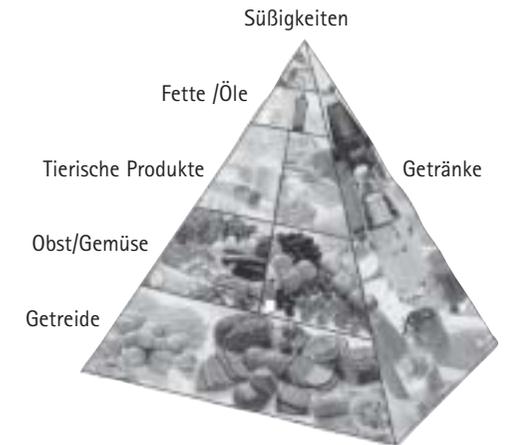


Abb.1: Ernährungspyramide nach AID

Die Ernährungspyramide zeigt die einzelnen Lebensmittelgruppen und ihren Stellenwert in der ausgewogenen Ernährung des Menschen. Je höher eine Lebensmittelgruppe in der Pyramide angesiedelt ist, umso sparsamer sollte sie verwendet werden. Im Pyramidenmodell ist zu erkennen, dass Getränke (im besonderen Wasser, ungesüßte Tees und verdünnte Säfte), sowie Lebensmittel aus Getreide, Getreideprodukten (besonders Vollkornprodukte), Kartoffeln, Obst und Gemüse den größten Teil der aufzunehmenden Lebensmittel darstellen. Die nächste Stufe der Pyramide bilden die tierischen Produkte, die reichlich Eiweiß enthalten. Fette und Öle bilden den Abschluss der empfohlenen Lebensmittel, wobei hier die pflanzlichen Fette großzügiger benutzt werden können. Als letzte Gruppe findet man Süßigkeiten und Kuchen, die sehr sparsam verwendet werden sollten.

Um die Ernährung des COPD-Patienten zu verbessern, ist es wichtig, die Familie in die Beratung mit einzubeziehen. Eine detaillierte Ernährungsanamnese (Ernährungsprotokoll), das Erfassen zusätzlicher Begleitsymptome (Tab 2) sowie das Erfragen anderer Motive wie z. B. die wirtschaftliche Lage (z. B. Preis der Lebensmittel) sind Voraussetzungen, um die bestehende Kost zu optimieren. Weiter sollte auch auf die häusliche Situation des Patienten eingegangen werden (2).

Eine Umstellung der Ernährung bedeutet für den Patienten immer auch eine Umstellung von Gewohnheiten, die über viele Jahre gewachsen sind. Diese Ernährungsgewohnheiten zu verändern, ist für viele Patienten sehr mühsam. Verunsicherungen die durch unterschiedliche Empfehlungen von einzelnen

Beratern gegeben werden, erschweren diesen Prozess zusätzlich. Alle Fachkräfte (Ernährungsberater, Ärzte, Physiotherapeuten) sollten die gleichen diätetischen Empfehlungen aussprechen, um diesen Prozess nicht unnötig zu erschweren (2).

Energie, vitamin- und eiweißreiche Kost

- Energiezufuhr untergewichtiger Patienten: 165–175 % des berechneten Ruhe-Grundumsatzes (entspricht etwa 45 kcal/kg Körpergewicht). (Wouters 2000 ID:1854)

| Symptome                | Häufigkeit bei COPD | Empfehlung  |
|-------------------------|---------------------|---|
| Schnelle Sättigung      | 87 %                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Zu Beginn der Mahlzeit hochkalorische Nahrungsmittel essen</li> <li>2 Trinkmenge während der Mahlzeit begrenzen</li> <li>3 Sich nach dem Essen hinlegen</li> <li>4 Kalte Speisen sättigen weniger stark</li> </ol>   |
| Völlegefühl, Blähungen  | 80 %                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Häufig kleine Mahlzeiten</li> <li>2 Sich genügend Zeit zum Essen nehmen</li> <li>3 Blähende Speisen vermeiden</li> </ol>   |
| Dyspnoe                 | 73 %                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Sich vor der Mahlzeit ausruhen</li> <li>2 Vor dem Essen Bronchodilatoren inhalieren</li> <li>3 Bei starker Sputumproduktion Physiotherapie vor der Mahlzeit</li> <li>4 Langsam essen und zwischen den einzelnen Bissen die Lippenbremse einsetzen</li> <li>5 Während der Mahlzeit eine Atem erleichternde Körperhaltung einnehmen</li> </ol> |
| Müdigkeit               | 60 %                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Sich vor der Mahlzeit ausruhen</li> <li>2 Einfach zuzubereitende Mahlzeiten auswählen</li> <li>3 Größere Mahlzeiten dann zu sich nehmen, wenn man weniger müde ist</li> </ol>  |
| Obstipation             | 50 %                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Ausreichende Flüssigkeit</li> <li>2 Ballaststoffreiche Ernährung</li> <li>3 Ggf. medikamentöse Therapie</li> </ol>   |
| Probleme mit den Zähnen | 30 %                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Eher weiche, leicht zu kauende Nahrungsmittel mit hoher Energiedichte auswählen</li> <li>2 Zahnstatus optimieren</li> </ol>  |

Tab. 2 Begleitsymptome und die dazugehörigen Empfehlungen (modifiziert nach (7))

### ► Allgemeine Empfehlungen zur Energie- und Nährstoffzufuhr (8)

Berechnung des Grundumsatzes (nach Moore & Angelillo 1988 ID:1698)

#### Frauen:

$515 + (14,1 \times \text{Gewicht (kg)}) + (1,85 \times \text{Größe (cm)}) - (4,68 \times \text{Alter (Jahre)})$

#### Männer:

$952 + (11,5 \times \text{Gewicht (kg)}) + (5 \times \text{Größe (cm)}) - (6,78 \times \text{Alter (Jahre)})$

- Proteinzufuhr:

#### Muskelaufbau

Energiezufuhr: 1,4–1,6-fache des Ruhegrundumsatzes

Proteinzufuhr: 1,6–2,5 g/kg Körpergewicht/Tag

#### Muskelerhalt

Energiezufuhr: 1,0–1,2-fache des Ruhegrundumsatzes

Proteinzufuhr: 1,2–1,9 g/kg Körpergewicht/Tag (Pezza, et al. 1994 ID:1926)

- Vitaminzufuhr:

Obst und Gemüse > 400g/Tag (Van Duyn/Pivona 2000 ID:1927)

### ► Ernährungsempfehlungen bei COPD

- **Normalkost vor Zusatznahrung**

Eine normale Kost wird von vielen Patienten langfristig oft besser akzeptiert als Zusatznahrung. Die individuellen Geschmacksvorlieben des Patienten müssen unbedingt in die Ernährungsempfehlungen mit eingebaut werden. Häufig sind nur schrittweise Veränderungen der Lebensmittelauswahl möglich.

- **Erhöhte Eiweißzufuhr**

Aufgrund der häufig verminderten Muskelmasse muss dafür Sorge getragen werden, dass der Patient genügend Eiweiß erhält. Je nach Geschmack des Patienten eignen sich als Snacks für zwischendurch beispielsweise selbst hergestellte Milchshakes, Puddings sowie Joghurt- oder Quarkspeisen mit frischen Früchten, die zusätzlich mit Maltodextrin angereichert werden können. Ebenfalls geeignet sind Obstsalate mit Nüssen und Eiscreme.

- **Omega-3-Fettsäuren**

Fisch, insbesondere Lachs, Hering und Makrele, ist aufgrund seines Gehalts an Omega-3-Fettsäuren (antiinflammatorische Eigenschaften) ebenfalls gut geeignet, um in den Speiseplan eingearbeitet zu werden (z. B. Lachs in Blätterteig oder Hering in Sahnesoße mit Pellkartoffeln). Gleichfalls enthalten Lein-, Raps- und Sojaöl nennenswerte Mengen an Omega-3-Fettsäuren. Als Mahlzeit ebenfalls günstig sind beispielsweise Pellkartoffeln mit Leinöl und Quark zu nennen. Eine Empfehlung zur Substitution von Omega-3-Fettsäuren mit handelsüblichen Fischölpräparaten (Fischölkapseln) gibt es aufgrund fehlender Studiendaten derzeit nicht.

- **Energieanreicherung**

Für eine Energieanreicherung ist mit Käse gratiniertes Gemüse oder Pfannengemüse mit zerlassener Butter geeignet. Bei den kalten Mahlzeiten darf das Aufstrichfett etwas großzügig verwendet und bei Käse oder Wurst eine höhere Fettstufe gewählt werden. Rohkost-Dips aus Avocadocreme eignen sich ebenfalls hervorragend zur Energieanreicherung (8).

### ► Zusatznahrung

Zusatznahrung sollte in der Ernährungstherapie bei COPD dann angewandt werden, wenn trotz einhergehender Ernährungsberatung das Gewicht des Patienten nicht stabilisiert werden konnte. Orale Supplemente in Form von Trinknahrung sind hierbei die einfachste Möglichkeit die Energiezufuhr zu erhöhen. Die Trinknahrung enthält die Nährstoffe in optimierter Zusammensetzung und muss nicht extra zubereitet werden. Die einzelnen Produkte sind in verschiedenen Geschmacksrichtungen erhältlich. Es empfiehlt sich auch, die Zusatznahrung in kleinen Portionen über den Tag verteilt aufzunehmen, beispielsweise drei Portionen bis zu 250 kcal. Wenn Patienten von Trinknahrung nicht ausreichend profitieren, kann eine Sondennahrung über Nacht hilfreich sein (1).

Da COPD den konsumierenden Erkrankungen zugeordnet wird, ist eine Rezeptierung von Zusatznahrung möglich (§31, Abs.1 SGB V; Praxisbesonderheit, §106 SGB V). Die Frage, welche Zusatznahrung (fett oder kohlenhydratreich) sich für COPD-Patienten besser eignet, wird noch kontrovers diskutiert (8).

Während Cai et al. (9) in einer randomisierten Studie an 60 COPD-Patienten eine signifikante bessere Lungenfunktion unter einer

fettreichen Zusatznahrung im Vergleich zu einer kohlenhydratreichen Supplementierung zeigte, wies eine andere Studie von Vermeeren et al. (10) auf genau das Gegenteil hin. Creutzberg et al. (11) untersuchten in einer Studie den Einfluss von Zusatznahrung und Sport bei COPD-Patienten mit einer verminderten Muskelmasse. Die Patienten nahmen täglich 400–600 kcal Zusatznahrung auf und bekamen zusätzlich Sporttherapie. Es kam zu einem signifikanten Anstieg von Körpermasse und Muskelmasse. Eine signifikante Verbesserung der Belastbarkeit war ebenfalls zu beobachten. Diese positiven Effekte waren jedoch bei Patienten unter Glukokortikoidtherapie weniger deutlich nachweisbar.

Nicht alle COPD-Patienten sprechen auf Ernährungstherapie an. Selbst wenn eine erhöhte Kalorienzufuhr verordnet wurde (auch mit Zusatznahrung), sprechen nicht alle Patienten darauf an. Ein Grund dafür ist die verstärkte systemische Entzündungsreaktion (1). Weitere Faktoren sind ein hohes Alter, Anorexie und Hypoxämie. Systemische Entzündungsprozesse gehen einher mit einem erhöhten Ruheumsatz und einem verminderten Appetit (1).

### ► Zusammenfassung

Trotz nicht eindeutiger Daten zur Ernährungstherapie bei COPD und Diskussionen um den richtigen Einsatz der Zusatznahrung, konnte

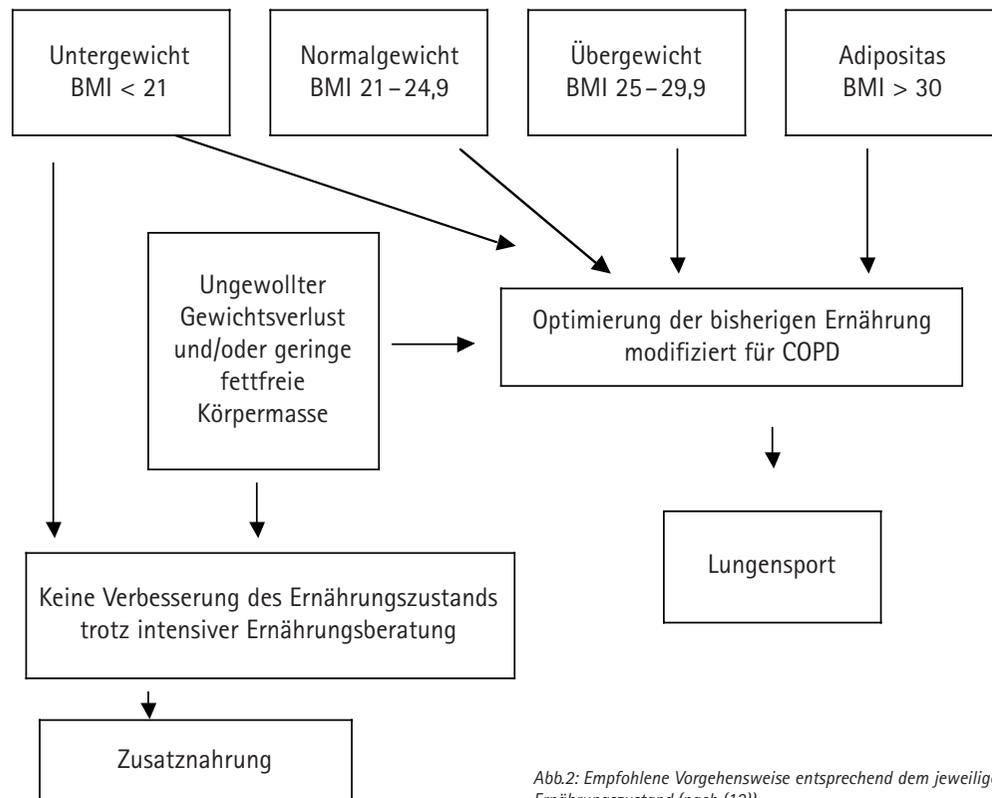


Abb.2: Empfohlene Vorgehensweise entsprechend dem jeweiligen Ernährungszustand (nach (12))

in den letzten Jahren gezeigt werden, dass mit den zur Verfügung stehenden Medikamenten einer Ernährungsumstellung sowie körperlicher Betätigung eine Verbesserung der Symptomatik und der Prognose bei COPD zu erreichen ist.

Frank Hellmond  
Diplom-Oecotrophologe  
Fachkliniken Wangen

### Literatur:

- (1) Dr. med. Gunther Boenisch: COPD und Ernährung. Respiforum, Pfrimmer Nutricia
- (2) U. Müller, J Bargon: Ernährungstherapie bei COPD. Atemw.-Lungenkrkh 30, 440–445, (9/2000).
- (3) Tabak et al.: Dietary factors and pulmonary function: a cross-sectional study in middle-aged men from three European countries. Thorax 54, 1021–1026(1999)
- (4) Walda et al.: Diet and 20 years chronic obstructive pulmonary disease mortality in middle-aged men from three European countries. Eur.J.Clin.Nutr.56,638–643 (2002).
- (5) Tabak et al.: Diet and chronic obstructive pulmonary disease: Independent beneficial effects of fruits, whole grains and alcohol (the Morgan Study). Clin. Exp. Allergy31, 747–755(2000)
- (6) Harmon-Weiss S: Nutritional strategies efficacious in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. American Academy of Family Physicians (2000)

- (7) Donahoe M et al.: Nutritional assessment and support in chronic obstructive pulmonary disease. Clin. Chest. Med.11, 487–504 (1990).
- (8) J. Bargon, U. Müller, R. Buhl: COPD eine Systemerkrankung – ernährungstherapeutische Ansätze. Medizinische Erkrankung 13 (2004).
- (9) Cal et al.: Effect of supplementing a high-fat, low-carbohydrat enteral formula in COPD patients. Nutrition,9,229–232 (2003)
- (10) Vermeeren et al.: Acute effects of different nutritional supplements on symptoms and functional capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am.J.Clin.Nutr.73,295–301(2001)
- (11) Creutzberg et al.: Effects of nutritional supplementation therapy in depleted patients with chronic obstructive pulmonary disease. Nutrition19,120–127 (2003).
- (12) Schols A: COPD, when and how to feed. Rinpe 20,113–123 (2003).

## Lungensport – ein neuer Weg zur Gesundheitsbildung

An den Fachkliniken Wangen wurde jetzt in einer Kooperation mit dem örtlichen Sportverein MTG Wangen e.V. eine ambulante Lungensportgruppe gegründet. Als Übungsleiterin konnte die langjährige Mitarbeiterin der Fachkliniken, Gisela Schmidt (Sportu. Gymnastiklehrerin und Atemtherapeutin) gewonnen werden. Die ärztliche Leitung hat Dr. Roland Drescher übernommen.

Lungensport ist ein Angebot, auch nach Krankenhausentlassung von zu Hause aus, an einem regelmäßigen Bewegungsprogramm einmal wöchentlich teilzunehmen. Er umfasst Atemübungen, Ausdauertraining, Spiele und ein Fitnessprogramm, das speziell für Atemwegs- und Lungenkranke ausgerichtet ist und von einer diesbezüglich ausgebildeten Sporttherapeutin durchgeführt wird.

Die Voraussetzungen für die Teilnahme am Lungensport sollten von einem Arzt geprüft werden. Im Anhang werden die wesentlichen medizinischen Voraussetzungen zur Teilnahme am Lungensport und die Ausschlusskriterien aufgeführt.

### ► Rechtliche Grundlage

Lungensport ist Rehabilitationssport und kommt für von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, dazu zählen auch *chronisch Lungenkranke*. Dieser Rehasport wird von besonders qualifizierten Übungsleitern im Sportverein durchgeführt mit dem Ziel, die Ausdauer und Kraft, die Koordination und Flexibilität chronisch Lungenkranker zu stärken. Es handelt sich dabei um eine *ergänzende*

*Leistung der Rehabilitationsträger* und dazu gehören auch die Krankenkassen auf der Basis des Sozialgesetzbuches IX und V. Der Deutsche Behindertensportverband hat in einer Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport vom 1.10.2003 mit den Rehabilitationsträgern festgelegt, wie dieser Lungensport ausschauen und organisiert sein soll.

### ► Organisation

Wenn auch Sie Interesse haben, an der ambulanten Lungensportgruppe teilzunehmen, erhalten Sie bei uns wichtige Details, die wir Ihnen oder Ihrem Arzt gerne zuschicken. Sie können auch vorbeikommen und probeweise mitmachen. Das ist völlig unverbindlich.

Der Lungensport findet mittwochs von 20.00–21.00 Uhr und donnerstags von 17.00–18.00 Uhr in zwei Gruppen in der *Sporthalle im Bewegungszentrum der Fachklinik Wangen* statt. Organisator ist die MTG-Abteilung Lungensport.

Bringen Sie dazu lockere Kleidung (z.B. Trainingshose etc.) und Hallensportschuhe mit. Wenn Sie dauerhaft teilnehmen wollen, ist eine Mitgliedschaft im Sportverein MTG erforderlich. Damit sind Sie automatisch versichert. Außerdem sollten Sie mit Ihrem Arzt sprechen, der entscheidet, ob Lungensport für Sie geeignet ist. Es besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport bei Ihrer Krankenkasse zu stellen. Für Sie fällt in der Regel nur der Mitgliedsbeitrag zum Sportverein an.

### ► Informationen für Patienten und Ärzte

- Dr. Drescher, Fachkliniken Wangen, Tel. 07522 797-0
- MTG-Wangen e.V. Geschäftsstelle in der Sportinsel, Argeninsel 2, Tel.: 07522 914180

Dr. Roland Drescher  
Oberarzt  
Medizinische Klinik

### ► Voraussetzungen zur Teilnahme in ambulanten Lungen-Sportgruppen

1. Mindestbelastbarkeit von 50 Watt (> 0,7 Watt/kg KG) über 3 min im steady state von Herzfrequenz und Atmung (30 min nach Inhalation von 2 Hüben eines kurz wirksamen Beta2-Sympathomimetikums)
2. FEV1 > 50 % Soll
3. Arterieller pO2 > 55 mmHg unter Belastung (50 Watt)
4. Systolischer Blutdruck < 220 mmHg, diastolischer Blutdruck < 120 mmHg unter Belastung
5. keine Ischämiezeichen oder bedrohliche Rhythmusstörungen während der Belastung

### ► Ausschlusskriterien für die Teilnahme von Patienten am Lungensport

1. Symptomatische KHK
2. Dekompensierte Herzinsuffizienz
3. Hämodynamisch wirksame Herzrhythmusstörungen
4. Hämodynamisch bedeutsame Vitien
5. Unzureichend eingestellte arterielle Hypertonie
6. Respiratorische Globalinsuffizienz
7. Bedeutsame respiratorische Partialinsuffizienz (paO2 < 50 mmHg bzw. SaO2 < 80 % in Ruhe)

8. Zustand nach Dekompensation eines Cor pulmonale
9. Rechtsherzbelastung bei pulmonaler Hypertonie in Ruhe (pulmonalarterieller Mitteldruck > 20 mmHg)
10. Hochgradige Osteoporose
11. Höhergradige Lungenfunktionseinschränkung: FEV1 < 50 % des Sollwertes, FEV1 < 60 % des Sollwertes nach Bronchospasmodolyse
12. Belastbarkeit auf dem Ergometer < 50 Watt
13. Instabiles Asthma bronchiale, exacerbierte COPD
14. Medikamentös nicht einstellbares Anstrengungsasthma
15. Starkes Übergewicht (BMI > 35)



Dr. Drescher wirbt für den Lungensport

Foto: Kündgen

## Rehabilitations- kinderklinik

Asthma ist in Mitteleuropa die häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Notwendige Schulungen für Betroffene und Angehörige sind in ganz Deutschland entstanden. Unter der Initiative der Fachkliniken Wangen ist es jetzt gelungen, eine grenzübergreifende EU-Pilotmaßnahme ins Leben zu rufen.

Bereits 1984 starteten in Deutschland die ersten Asthmaschulungen, seit 1994 werden sie professionell mit Leistungsvergleich und Qualitätssicherung betrieben. Ziel ist es, alle Fragen zum Umgang mit den Problemen der Erkrankung im Alltag von Familie, Schule und Freizeit und vor allem zur notwendigen medikamentösen Therapie zu klären. „Nur wenn die jungen Patienten und ihre Familien gut über die optimale Behandlung informiert sind, können sie ein nahezu normales Leben führen“, sagt Oberarzt Dr. Thomas Spindler von der Rehabilitationskinderklinik innerhalb der Fachkliniken Wangen.



Richtig inhalieren lernen

Foto: Schultes

### Interregprojekt Asthmaschulung

## Europa hilft asthmakranken Kindern

### ► Hilfen über Grenzen hinweg

Dr. Spindler ist es auch, der das in Vorarlberg, Südbaden und Südwürttemberg greifende EU-Projekt „Europa hilft asthmakranken Kindern und Jugendlichen“ leitet. Mit im Boot ist auf österreichischer Seite die betreffende Abteilung am LKH Bregenz, die deutsche Seite wird von der Asthmaakademie Baden-Württemberg, den Gesundheitsämtern der Landkreise Ravensburg und Bodenseekreis sowie der AOK in den Förderregionen Baden-Württembergs besetzt. Dass auch hier niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde beteiligt sind, hält Spindler für unverzichtbar: „Ohne sie sind die Schulungen nicht möglich!“

Aber auch allen anderen Ärzten möchte man die Angst vor einem Mittag nehmen. „Wir wollen keine Patienten wegnehmen“, sagt Dr. Spindler. Schließlich seien die Hausärzte und niedergelassenen Kinderärzte „der Schlüssel zum System“. Während Jörg Hempel, Geschäftsführer der AOK Ravensburg, die „Zufälligkeiten“ bei der Diagnose endgültig beenden und die aufklärenden Schulungen „in die Fläche rein tragen“ möchte, fasst es Dr. Constanze Müller, Leiterin des Qualitäts- und Produktmanagements, so zusammen: „Wir brauchen die richtige Diagnose mit der richtigen Therapie und Schulung zur richtigen Zeit!“

Was das im umgekehrten Fall bedeuten kann, davon berichtete Petra Nachbaur aus Tettang. Mit knapp drei Jahren wurde bei ihrer heute neunjährigen Tochter die Diagnose



Praktische Erfahrung für Kinder, wie „Luft“ durch die Bronchien fließt  
Foto: Schultes

„allergisches Asthma bronchiale“ gestellt. Doch ohne große Hintergrundinformation sei die Therapie nur recht „inkonsequent“ umgesetzt worden. So blieb die Angst davor, „etwas falsch zu machen“. Erst mit der ambulanten Schulung im Frühjahr kamen Sicherheit und Beruhigung. „Felizia weiß jetzt um die Zusammenhänge, und wir Eltern können nicht nur ruhig schlafen, sondern das Kind dank eines Notfallplans auch ruhig einmal allein springen lassen“, so Frau Nachbaur.

Wie so eine Unterweisung aussieht, das demonstrierte am Dienstag Schulungspädagoge Robert Jaeschke. Mit Hilfe des Heftes „Wolke 7“, in dem die beiden Allgäukühe Conny und Carsten durch die Seiten führen, werden organische und funktionale Dinge rund um „Ohne Luft kein Leben“ behandelt. Um so das „Ätzend! Ich krieg keine Luft!“ in ein „Cool, mir geht's prima!“ umwandeln zu können.

Asthma hat viele Ursachen – Allergien können ein Auslöser sein. In den Fachkliniken Wangen

wird ein gezieltes Projekt zur Unterstützung von asthmakranken Kindern und Jugendlichen initiiert.

Pro Kurs können bis zu sieben Familien teilnehmen. Kinder und Jugendliche von fünf bis 18 Jahren werden in passende Altersgruppen eingeteilt, die Elternseminare finden begleitend statt. Die Schulungen finden in der Regel an zwei Wochenenden statt und kosten pro Familie 550 Euro. In Deutschland trägt die AOK für ihre Versicherten im Projektgebiet die Kosten.

Vera Stiller  
Redakteurin  
Schwäbische Zeitung

mit freundlicher Genehmigung des Verlages

## Besuchen Sie uns im Internet

Welche Einrichtungen gehören zu den Waldburg-Zeil Kliniken?  
Welche Krankheiten werden wie behandelt?  
[www.wzk-portal.de](http://www.wzk-portal.de)

Alles über die Fachkliniken Wangen, die einzelnen Kliniken, Veranstaltungen, Jobs  
[www.fachkliniken-wangen.de](http://www.fachkliniken-wangen.de)

Kennen Sie die Heinrich-Brügger-Schule?  
Was leistet die Krankenhausschule?  
[www.heinrich-bruegger-schule.de](http://www.heinrich-bruegger-schule.de)

Möchten Sie eine Ausbildung machen?  
Zum Asthmatrainer?  
[www.aabw.de](http://www.aabw.de)  
Zum Adipositastrainer?  
[www.adipositas-akademie-bw.de](http://www.adipositas-akademie-bw.de)

## Interdisziplinäre Teams kümmern sich um Kinder

**"REchtzeitig HANdeln – durch REHA mitten im Leben" lautet das Motto des 2. Deutschen Reha-Tages am heutigen Samstag. Für die Fachkliniken ist die stationäre Kinderrehabilitation ein wichtiger Aufgabebereich. Interdisziplinäre Spezialistenteams behandeln dort ständig Kinder und Jugendliche aus ganz Deutschland.**

Frederik Fehr-Hoberg ist sechs Jahre alt. Wenn er herumtollt, kommt er schnell ins Schnaufen und muss sich hinsetzen. Die anderen Kinder rufen ihm hinterher, dass er ja langsam sei. Er hat Belastungsasthma. So bekommen viele chronisch kranke Kinder täglich nicht nur die körperlichen Defizite zu spüren, sondern sind auch psychischen Belastungen ausgesetzt.

Seit zwei Wochen ist Frederik aus Westfalen mit seiner Mutter Sandra und Schwester Ricarda nun in den Fachkliniken Wangen auf einer Kinderrehabilitationsmaßnahme. Hier werden immer mehr Kinder mit Asthma, Allergien, Neurodermitis, Adipositas und ADHS behandelt. "Kein Horrorszenario" sei da zu zeichnen, meint Oberarzt Doktor Dirk Dammann, der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber es würden hier Kinder versorgt, die ambulant nicht mehr betreut werden können.

### ► Eltern werden geschult

Das kann auch Siglinde Hiller, die Mutter des vierjährigen Nick, bestätigen. Unter Asthma und Neurodermitis leidet er, die Situation sei

zuhause nicht mehr tragbar gewesen. Hier ist sie mit ihrem Sohn in eine Gruppe integriert und wird von einem interdisziplinären Team aus Ärzten, Psychologen, Kinderkrankenschwestern, Physiotherapeuten, Öcotrophologen, Sportlehrern, Sozialpädagogen und Erzieher betreut. Für die Kinder steht ein Kindergarten und eine Regelschule zur Verfügung. Aber auch die begleitenden Eltern haben "ein volles Programm". Sie erfahren in Schulungen vieles über die Krankheiten ihrer chronisch kranken Kinder und lernen einen neuen Umgang damit. "Ich hätte nie geglaubt, dass man einem Vierjährigen zeigen kann, wie man richtig abhustet", sagt Hiller, die mit Nicks Fortschritten schon nach einer Woche sehr zufrieden ist.

Es sind oft praktische Tipps wie die richtige Anwendung eines Inhalationsgerätes oder Atemtechniken, aber in erster Linie die ganzheitliche Betrachtung, die "liebvolle Fürsorge", der Austausch mit anderen Betroffenen und die zeitintensive Auseinandersetzung



mit der Krankheit, die den jungen Patienten und ihren Müttern helfen. Von zuhause kennen sie alle überfüllte Wartezimmer und Zehn-Minuten-Behandlungen. "Die Reha ist keine Kur", bekräftigt Oberarzt Doktor Thomas Spindler, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, "Reha ist Arbeit". Die Fachkliniken weisen mit ihren Kapazitäten ein sehr gutes Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten auf und sorgen für intensive Vor- und Nachbereitung. Die Beschulung sei sehr wichtig. "Viele kranke Kinder haben Schulschwierigkeiten", erklärt er, und da sei es notwendig, sie auch während des Unterrichtes zu erleben. Die Schule lobt insbesondere auch Stephanie Krekler, deren siebenjähriger Sohn Jan an ADHS leidet. "Es wird sehr darauf geachtet, dass keine Defizite entstehen", sagt sie. "Die Kinder bekommen hier sogar Hausaufgaben aus ihren heimischen Schulunterlagen". Das beruhigt sie sehr.

Für jedes Kind wird ein individueller Behandlungsplan aufgestellt. Jan lernt in speziellen Konzentrationstrainings, mit seiner Krankheit besser zu leben. "Je länger ein Störungsbild besteht, umso schwieriger ist die Behandlung", weiß Dammann. "Reha mitten im Leben" heißt damit auch langfristig die Ausgaben für die Kostenträger zu senken.

Tine Steinhauser  
Redakteurin  
Schwäbische Zeitung

mit freundlicher Genehmigung  
des Verlages/der Redaktion

*Sport, wie hier auf dem Fahrradergometer, ist ein wichtiger Bestandteil für die Patienten in der Kinderrehabilitation in den Fachkliniken Wangen.*

Foto: Steinhauser

### Kind-Mutter-Rehabilitation

## Verhaltensänderung am Beispiel einer von ADHS betroffenen Familie

Das Angebot an psychosomatischen Plätzen zur Rehabilitation von Kindern in Begleitung eines Elternteils in den Fachkliniken Wangen wurde Ende 2004 ausgebaut. Dadurch haben sich die Wartezeiten in der psychosomatischen Kind-Mutter-Rehabilitation verkürzt. Seitdem kommen mehr Kinder mit Mutter oder Vater, im Ausnahmefall auch mal mit Großmutter oder Großvater, zur Behandlung einer psychosomatischen Diagnose wie Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen, Emotionale Störungen, Enuresis, Enkopresis, Adipositas nach Wangen. Das Alter der Kinder reicht vom Kleinkind- bis zum Grundschulalter. Die Anwesenheit eines Elternteils ist dabei nicht nur aus Gründen der Betreuung von Bedeutung, sondern stellt im systemischen oder familientherapeutischen Sinne eine Ressource für den therapeutischen Prozess dar. Der folgende Fallbericht – die Namen wurden geändert – beschreibt einen typischen Aufenthalt in der Kind-Mutter-Rehabilitation der Fachkliniken Wangen im Falle einer psychosomatischen Diagnose.

Tim ist 8 Jahre und 5 Monate alt. Er besucht die 3. Klasse der Grundschule und leidet unter einem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität. Nachdem die Diagnose vor einem Jahr vom Kinder- und Jugendpsychiater gestellt worden war, wobei außerdem Schulschwierigkeiten sowie eine fein- und grobmotorische Entwicklungsstörung zutage traten, haben zunächst ambulante Behand-

lungsversuche stattgefunden. Als diese nicht den gewünschten Erfolg bringen, entscheidet sich die Familie zu einer Kind-Mutter-Rehabilitation. Der Kinderarzt stellt einen entsprechenden Antrag an den Rentenversicherungsträger und die Familie reist nach Wangen.

### ► **Aufnahmegründe und Reha-Ziele**

Hier beschreibt die Mutter Tims Symptomatik. Tim höre ihren Anweisungen nicht zu und könne sie daher nicht befolgen. Tim sei extrem bewegungsfreudig aber ungelentig, daher verletze er sich und andere. Er schreibe unleserlich, verweigere die Arbeit in der Schule, sei in der Gruppe unkonzentriert und ablenkbar, er ecke bei anderen Kindern immer wieder an und sei, wenn er provoziert wird, aggressiv gegenüber anderen Kindern. Tim beschimpfe die Mutter in der Öffentlichkeit und werfe ihr vor, sie wolle nicht mit ihm spielen und schreie ihn immer an.

Tim kommt mit seiner Mutter und der einjährigen Halbschwester Lea als Begleitkind in die Reha. Die drei leben zu Hause zusammen mit Achim, dem neuen Lebensgefährten der Mutter – und Vater von Lea. An seinen leiblichen Vater hat Tim nur eine vage Erinnerung. Er war nur kurze Zeit mit Tims Mutter zusammen. Der Kontakt zu seinem Sohn wurde bereits in dessen ersten Lebensjahren immer seltener und brach ganz ab, als Tim 4 Jahre alt war.

Aus Tims Äußerungen wird bereits im Aufnahmegespräch deutlich, dass er sich in dem Stieffamiliensystem als fünftes Rad am Wagen fühlt. Die Familie hat das bisher nicht bewusst wahrgenommen, sondern sich über Tims Eifersucht auf seine Schwester gewundert. Da Achim wiederum seine Tochter beschützen will, hat sich ein Konflikt zwi-

schen ihm und Tim entwickelt. Die Familienatmosphäre ist von Spannungen geprägt.

Aus dieser Situation heraus kommt die Teilfamilie bestehend aus Tim, Lea und der Mutter in die Rehabilitationsklinik. Die Mutter erwartet von ihrem Sohn einige Veränderungen in seinem Verhalten. Dies erhoffen sich auch ihr Lebensgefährte Achim und Tims Lehrerin. Tim hat ein anderes Anliegen. Er meint, die Mutter müsse einiges ändern, z. B. soll sie öfters mal mit ihm alleine spielen. Im Aufnahmegespräch wird trotzdem deutlich, dass Tim selbst darunter leidet, immer wieder mit Erwachsenen und anderen Kindern Schwierigkeiten zu bekommen. Die Mutter gesteht ihrerseits zu, dass sie nicht so recht weiß, ob sie sich Tim gegenüber richtig verhält.

Schließlich können Tim und seine Mutter folgenden Rehazielen zustimmen:

- Tim soll lernen, Regeln einzuhalten.
- Er soll und will einen weniger aggressiven Umgang mit anderen Kindern finden und lernen, sich friedlich auseinander zu setzen.
- Die Schulprobleme sollen genauer diagnostiziert werden, so dass am Ende der Rehabilitation klar ist, welche weitere Unterstützung er braucht.
- Außerdem soll das Verhältnis zwischen Mutter und Sohn besser werden. Dieser Punkt wird in der Zielentwicklung als letzter gefunden, nimmt aber im weiteren Verlauf eine ganz bedeutende Rolle ein.

### ► **Wie können nun diese Ziele erreicht werden?**

Dazu zunächst ein Blick auf den strukturellen Rahmen der Kind-Mutter-Rehabilitation: Der Tagesablauf ist klar strukturiert. Es gibt feste Zeiten für Physio- und Sporttherapie sowie geregelte Mahlzeiten. Der Schulbesuch an der

Klinikscheule findet im normalen Umfang statt. Nachmittags erfolgt die therapeutische Betreuung, das Angebot der Psychomotorik sowie die täglich stattfindende pädagogische Gruppe. Unter Therapie verstehen wir allerdings – im milieutherapeutischen Sinne – den gesamten Tagesablauf, einschließlich der Freizeit, die mit den anderen Familien zusammen verbracht wird.

Im Tagesverlauf begegnen Tim und seine Mutter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus unterschiedlichen Berufsgruppen, die ihre unterschiedlichen Beiträge zur Erreichung der Therapieziele leisten. In regelmäßigen Teamsitzungen werden Beobachtungen und Vorschläge der einzelnen Bereiche zusammengetragen und weitere therapeutische Schritte geplant.

Der Psychologe leitet im Falle einer psychosomatischen Rehabilitation den Therapieprozess, bietet Gruppen- und Einzelgespräche an, trifft therapeutische Vereinbarungen mit Mutter und Kind. Er wird dabei von pädiatrischer sowie kinder- und jugendpsychiatrischer Seite unterstützt. Die Erzieherinnen und Erzieher stehen in engem Kontakt mit Eltern und Kind. Sie führen in der pädagogischen Gruppe therapeutische Interventionen und Entspannungsübungen durch, verhelfen zu einem guten Kontakt mit anderen Kindern und dienen den Eltern als erzieherisches Modell. Die Krankenschwestern organisieren auch den Rehaablauf, d. h. die Terminplanung. Das bewegungstherapeutische Angebot reicht von Frühsport über verschiedene Sportarten und Schwimmen bis zum speziell auf ADHS-Patienten abgestimmten Angebot Psychomotorik, in dem die Wahrnehmung und die Körperkoordination trainiert werden.

In der Klinikscheule werden Kinder im Grundschulalter vor allem mit Montessorimateria-

lien in überschaubaren Klassen gefördert. Es besteht ein enger Kontakt zwischen der Lehrerin und den Kindern sowie zwischen der Lehrerin und den Eltern. Die Förderung der Konzentration und Feinmotorik hat hier ebenso ihren Platz wie die Rechtschreibförderung im Falle einer Leserechtschreibschwäche, die ja eine häufige Zweitdiagnose im Falle von ADHS ist. Die Mitpatienten und ihre Eltern sind eine ganz bedeutende „Berufsgruppe“, denn sie bieten die Gelegenheit, neue Verhaltensweisen unter realen Bedingungen zu beobachten und zu erproben. Außerdem sind Erfahrungsaustausch und gegenseitige Unterstützung sehr hilfreich.

### ► **Die therapeutische Arbeit**

Die Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen arbeiten gemeinsam mit Tim und seiner Mutter am therapeutischen Prozess. Dieser verläuft folgendermaßen: Um die genannten Rehabilitationsziele zu erreichen, müssen zwei wesentliche Bausteine in der richtigen Reihenfolge berücksichtigt werden. Der zweite Schritt ist die angestrebte Verhaltensänderung. Tim und übrigens auch seine Mutter sollen und möchten neues Verhalten erlernen. Dies kann aber nur auf der Grundlage des ersten Bausteins gelingen, den wir als emotionales Verstehen bezeichnen. Jede therapeutische Veränderung beginnt zunächst auf der emotionalen Ebene. Zwischen Tim und seiner Mutter hat sich über die Jahre ein Berg von Wut, Enttäuschung und Schuldgefühlen aufgebaut. Es ist nötig, sich durch diesen Gefühlsberg erst einmal hindurch zu arbeiten, bevor weitere Schritte folgen können. Zunächst müssen Tim und seine Mutter gefühlsmäßig wieder zueinander finden. Sonst blockieren die Angst vor neuen Fehlschlägen und gegenseitiges Misstrauen jeden weiteren gemeinsamen Schritt.

Im Falle von Tim und seiner Mutter besteht die emotionale Arbeit aus folgenden konkreten Interventionen. Im Rollentausch im Brief oder Spiel versetzen sich die Mutter und Tim in die Lage des jeweils anderen, in dessen Gefühle und Handlungsmöglichkeiten. Gemeinsame Spielzeiten bringen zum ersten Mal wieder schöne gemeinsame Erfahrungen hervor. Die Belohnung aus dem Strukturplan (einem verhaltenstherapeutischen Belohnungssystem, s. u.), erlaubt ebenfalls ein positives Miteinander. Mutter-Kind-Entspannung lässt beide zusammen zur Ruhe kommen. Bei den psychologischen Einzelgesprächen kann sich jeder mit seinen Sorgen dem Therapeuten anvertrauen und sich verstanden fühlen. Lob und positive Rückmeldung ersetzen langsam die nur aus negativen Äußerungen bestehende Kommunikation der beiden. Gleichzeitig kann jeder seine Beziehung zu sich selbst verbessern und ein positives Selbstbild entwickeln, Tim z. B. durch erfolgreich bewältigte Übungen in der Psychomotorikgruppe, seine Mutter durch Erfolge in der erzieherischen Einflussnahme.

Erst auf der Basis dieser emotionalen Arbeit können Interventionen zur Verhaltensänderung greifen: Alle Fachleute, die mit Tim und seiner Mutter zusammen arbeiten, beteiligen sich an der Verhaltensbeobachtung, die Auskunft über den Ist-Stand gibt. Durch die angeleitete Selbstbeobachtung der Familie entdecken Tim und seine Mutter, wo Konfliktquellen liegen und was sie selbst tun, um den Konflikt am Leben zu erhalten. Aus den Beobachtungen lassen sich Regeln ableiten. Das Einhalten der Regeln fällt leichter, wenn der äußere Rahmen durch feste Abfolgen und Rituale überschaubar und planbar ist.

Da das Ausprobieren neuer Regeln nicht so einfach ist, gibt es tatkräftige Unterstützung

im Reha-Alltag, z. B. Anleitung in pädagogischer Gruppe und Bewegungstherapie. Wenn etwas nicht klappt, wird das genauso zurückgemeldet (gespiegelt), wie wenn ein Verhalten gut funktioniert. Auch die Mutter muss neue Verhaltensweisen lernen. Sie muss z. B. wissen, wie man eine Regel oder Anweisung überhaupt an das Kind heranbringt. Dazu gehört auch die Überlegung: Wie stelle ich sicher, dass mein Kind zuhört? Z. B. durch Herstellen von Blickkontakt, Fernseher ausstellen usw. Im päd. Gespräch und in der von der Sonderpädagogik angebotenen „Schulung zu Erziehungsfragen“ erhält sie Tipps dazu.

Einige besonders erwünschte Verhaltensweisen, die Tim aber noch nicht so recht beherrscht (z. B. Konflikte mit Worten zu lösen), werden Teil des Strukturplans; d. h. Tim erhält hierfür eine Belohnung, z. B. in Form von Spielzeit mit der Mutter. Solche verhaltenstherapeutische Belohnungssysteme sind vielerorts üblich. Es gibt jedoch Unterschiede in der Handhabung. Der erste Unterschied zwischen diesem Strukturplan und anderen Punkteplänen, die Tims Mutter auch zu Hause bereits angewendet hatte, ist der, dass dieser Plan nur positiv formulierte Verhaltensaufforderungen enthält und keine Verbote. Diese würden nämlich nicht weiterführen. Tim wüsste zwar, was nicht erlaubt ist. Aber das würde ihm noch nicht sagen, was er statt dessen tun soll. Dies erfährt er erst durch die positiv formulierten Verhaltensangebote.

Der zweite Unterschied ist, dass es in diesem Plan keine Strafen gibt sondern nur Belohnungen, z. B. gemeinsame Spielzeit mit der Mutter oder eine schöne Wochenendunternehmung. Der Plan führt dadurch – wenn er eingehalten wird – zu einer guten Atmosphäre, einer Verbesserung der Beziehung zwi-

schen Tim und seiner Mutter. Wenn er nicht eingehalten wird, fällt das Schöne eben weg. Darin ist auch ein dritter Unterschied zu anderen Belohnungssystemen enthalten: Die Belohnung erfolgt immer unter Beteiligung der Mutter. Der Plan zielt also zusätzlich auf eine Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion ab.

### ► Die Schlüssel zum Erfolg

Die Schlüssel zum Erfolg stellen im Falle von Tim und seiner Mutter vier Punkte dar: Zwei davon gehören der emotionalen Ebene an und betreffen in erster Linie die Mutter. Das Verhältnis zwischen beiden entspannt sich spürbar, als Tims Mutter lernt, Tims Trauer um den abwesenden Vater trotz ihrer eigenen Wut zu akzeptieren. Im Rahmen eines Einzelgesprächs kann sie sich zu dieser Haltung durchringen. In Bezug auf das sich neu entwickelnde Familiensystem lernt sie zu akzeptieren, dass es zwischen Achim und Tim Spannungen gibt. Zudem versteht sie, dass Tim es nicht leicht hat, sich an die neue Situation mit Stiefvater und Halbschwester zu gewöhnen. Sie entwickelt ein Bewusstsein für seine Randposition im Familiensystem.

Die anderen beiden Schlüssel zum Therapieerfolg liegen auf der Verhaltensebene und betreffen in erster Linie Tim. Tim sammelt Erfolgserlebnisse mit neuem erwünschtem Verhalten. Er merkt, dass andere, auch die Mutter, darauf positiv reagieren. Er braucht das provozierende Verhalten nicht mehr, um von der Mutter gesehen zu werden. Das unerwünschte Verhalten, das Symptom, hat seine Funktion verloren.

Zum Ende des vierwöchigen Aufenthaltes, gibt es im Hinblick auf die getroffenen Therapieziele folgende Veränderungen:

- Tim versteht Regeln, weil er sich die Ruhe zum Zuhören nimmt und setzt Aufforderungen häufiger in die Tat um.
- Tim verfügt über angemessene Verhaltensweisen. Er kann Konflikte auch ohne Fäuste lösen und beschimpft seine Mutter nicht mehr in der Öffentlichkeit.
- Tim kann sich besser konzentrieren. Grundlage für die Verbesserung der Konzentration bildet der folgende Punkt:
- Tim ist emotional ausgeglichener, da er sich besser verstanden und akzeptiert fühlt.



Übungen aus der Psychomotorik sind ein Baustein der ADHS-Therapie  
Foto: Schubert

Tim und seine Mutter fahren nach vier Wochen mit dem Gefühl nach Hause, viele neue Erfahrungen gemacht zu haben. Sie wissen aber auch, dass die Arbeit zu Hause weiter gehen muss. Das neu zusammenwachsende Familiensystem braucht weiterhin therapeutische Unterstützung, um die neue Situation so zu gestalten, dass jeder auf seine Kosten kommt. Tim wird zusätzlich in einem therapeutischen Rahmen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstrategien erarbeiten. Regeln, Rituale und Vereinbarungen haben im festen Rahmen der Rehabilitation sehr geholfen. Zu Hause muss ein solcher Rahmen noch geschaffen werden. Auch das Gespräch über Gefühle und Wünsche soll seinen festen Platz im Alltag haben. Enge Absprachen der betreu-

enden Personen (Eltern, Lehrer, Therapeuten, Kinderarzt) sind nötig, um keine neuen Verwirrungen oder gegenseitiges Ausspielen hervorzurufen. Die Erinnerung an den Vater soll einen festen Rahmen bekommen, z. B. in Form von Fotos oder Gesprächen. Der therapeutische Prozess muss also noch weiter gehen.

#### ► **Therapieerfolg in der psychosomatischen Kind-Mutter-Rehabilitation**

Ausgehend von dieser Fallvorstellung lässt sich zusammenfassen, worauf der Therapieerfolg in der Kind-Mutter-Rehabilitation beruht. Der Aufenthalt in der Kind-Mutter-Reha bietet Elternteil und Kind die Möglichkeit, eine gemeinsame Lösungssuche zu beginnen. Durch die Anwesenheit anderer Teil-

familien, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, sowie durch das therapeutische Team beginnen Kind und Elternteil sich verstanden zu fühlen. Eine einheitliche Haltung des gesamten interdisziplinären Teams sorgt für klare Strukturen. Die regelmäßigen Abläufe des Rehaalltags sorgen für Sicherheit und Berechenbarkeit im Alltag. Die Situation in der Rehaklinik ermöglicht es dem Kind und dem Elternteil, neue Verhaltensweisen zu reflektieren und sogleich auszuprobieren. Die dadurch gemachten positiven Erfahrungen helfen wiederum den zu Hause häufig bestehenden negativen Teufelskreis zu durchbrechen, bei dem die gemeinsam erlebten Enttäuschungen zu einer angespannten Beziehung und dadurch wieder zu neuen Problemen geführt haben.

In der psychosomatischen Kind-Mutter-Rehabilitation besteht die Möglichkeit, den Teufelskreis an verschiedenen Stellen gleichzeitig zu unterbrechen, nämlich durch die gezielte Unterstützung der Mütter und der Kinder in verschiedenen Bereichen: Emotionen, schulisches Lernen, Verhalten gegenüber Gleichaltrigen und Erwachsenen, Eltern-Kind-Interaktion. Hier gemachte positive gemeinsame Erfahrungen sind die beste Grundlage für einen konstruktiven gemeinsamen Weg der Familienmitglieder nach der Rehabilitation.

Michael Lassert  
Diplom-Psychologe  
Rehabilitationskinderklinik

● Cousins und Cousinen. Die Beziehungen innerhalb der Familie werden als recht harmonisch geschildert.

#### ► **Die Vorgeschichte**

● Die Eltern schildern besorgt, Nico esse kaum, er habe immer schon schlecht gegessen, probiere auch keine neuen Speisen aus. Die ganze Familie würde sich große Sorgen machen, dass Nico ernsthaft krank sei, einen Mangel oder eine psychische Störung haben könnte. Vor dem Rehabilitationsaufenthalt sei Nico krank gewesen, er habe schließlich gar nichts mehr gegessen und nur noch Vitamin-saft getrunken. Die Eltern seien darauf wiederholt beim Kinderarzt vorstellig geworden, dieser habe jedoch keinen pathologischen Organbefund benennen können und schließlich die Idee für eine Rehabilitation gehabt. Bislang wurde Nico engmaschig vom Kinderarzt betreut, zu dem die Eltern Vertrauen haben. Umfassende somatische Untersuchungen, Essprotokolle, Fragebögen zum Essverhalten und Beratung hatten keine Sicherheit und Stabilisierung innerhalb der Familie erbracht. Derzeit bekomme Nico eine homöopathische Behandlung. Dies alles habe aber an Nicos Essverhalten ebenfalls nichts geändert. Mit Schrecken denkt die Mutter daran, dass er vor einem halben Jahr bereits unterhalb der Kurve zum Untergewicht lag. Zum Aufnahmezeitpunkt wiegt Nico bei einer Körpergröße von 90 Zentimeter 12,1 Kilogramm. Damit liegt er mit einem BMI von 14,94 unter der 50. Perzentile noch im Normbereich seiner Altersgruppe.

#### ► **Erstgespräch und Therapieziele**

Im Erstgespräch ist deutlich spürbar, wie besorgt und verunsichert die Eltern sind. Sie richten hohe Erwartungen an die Rehabilita-

änderungen auf der Elternebene anzunehmen. Das folgende Fallbeispiel zeigt den Verlauf während der Kind-Mutter-Rehabilitation.

#### ► **Eine Fallvorstellung**

Nico (Name wurde geändert) ist zum Zeitpunkt seines Reha-Aufenthaltes fast 3 Jahre alt und einziges Kind seiner Eltern. Er kommt mit der Einweisungsdiagnose Verdacht auf psychogenen Essstörung. Er wird während der Aufnahme von beiden Elternteilen begleitet. Die Mutter bleibt die ganze Rehabilitationszeit – in diesem Fall 6 Wochen – und der Vater ist in der letzten Woche ebenfalls anwesend. Zu Hause wird Nico von der Mutter betreut, der Vater arbeitet als Ingenieur in Vollzeit. Es bestehe eine gute Bindung Nicos zu beiden Elternteilen. Nico hat auch regelmäßigen Kontakt zu den Großeltern mütterlicher- sowie väterlicherseits. Im Kindergarten war er noch nicht. Regelmäßig spielt er mit

## Essstörungen im Vorschulalter

# Mit therapeutischer Hilfe eigene Lösungsstrategien entwickeln

Bei psychosomatischen Erkrankungen im Kleinkindalter nehmen Essstörungen eine bedeutsame Rolle ein. Die Störung führt innerhalb der Familie oftmals zu einem hohen Leidensdruck. Nicht selten ist die Familie ganz auf das Problemverhalten und das „Problemkind“ fixiert. Es entsteht eine Eigendynamik, nicht selten verbunden mit Schuldzuweisungen, Machtkämpfen und bereits etablierten Teufelskreisläufen. Die Familie hat eigene Anstrengungen unternommen oder ambulante Hilfe gesucht, hat aber das Gefühl, nicht wirkliche Erfolge zu sehen. Die Eltern befinden sich oft schon in einer Art „Problemtrance“, die das Finden eigener Lösungsstrategien verhindert hat.

Eine Kind-Mutter-Rehabilitation kann hier erfolgreich ansetzen. Der Begleitperson wird von therapeutischer Seite geholfen, Lösungsstrategien zu entwickeln. Eltern und natürlich ihre Kinder erfahren Unterstützung, um eigene Ressourcen (wieder) zu entdecken, zu gestalten und bereits im Klinikalltag, sozusagen im Schonraum, auszuprobieren. Eltern und Kinder erfahren dabei soviel Hilfestellung als nötig – ohne belehrt oder bevormundet zu werden. Selbstverständliche therapeutische Grundhaltung dabei ist die Würdigung und Akzeptanz des Individuums, bei größtmöglicher Empathie und Transparenz. Dies erlaubt es den Eltern, Vorschläge zur Korrektur der Erziehung, der Beziehung zum Kind oder Ver-

tionsmaßnahme. Vor allem wirkt die Mutter nahezu verzweifelt, sie ist weinerlich. Sie habe Angst, etwas falsch gemacht zu haben und verstehe Nicos Essverhalten nicht. Nico selbst wirkt zurückhaltend, er beobachtet seine Umgebung genau, sucht engen Körperkontakt zu den Eltern. Nico macht einen freundlichen Eindruck, er wirkt zart und sensibel, dabei gesund, hat einen karottigen Teint. Die medizinische Untersuchung ergab keinen Befund von Krankheitswert, umfangreiche Voruntersuchungen lagen vor.

Mit den Eltern werden folgende Reha-Ziele vereinbart:

- Nico soll lernen, sich alters- u. kindgerecht gesund zu ernähren.
- Nico soll sein Gewicht im Rahmen einer altersgemäßen Entwicklung stabilisieren.
- Die Eltern sollen darin geschult werden, ihren Sohn dabei angemessen zu unterstützen.

Zusätzlich wünschen sich die Eltern, dass Nico es schafft, sich in den Kindergarten zu integrieren und sich etwas von der Mutter zu lösen. Auch erhoffen sich die Eltern eine allgemeine Stärkung ihrer Erziehungskompetenz.

Die Prognose, diese Ziele zu erreichen, ist recht günstig, da ein hoher Leidensdruck sowie eine hohe Therapiemotivation bestehen. Beide Elternteile wirken einsichtig und differenziert genug, um ein kooperatives Arbeitsbündnis mit sämtlichen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen einzugehen. Aufgrund des Alters von Nico wird der Großteil der Behandlung auf der Schulung, Beratung und Mitarbeit der Eltern beruhen. Als günstig für einen positiven Therapieverlauf ist hierbei der offene, konstruktive Kommunikationsstil der Eltern sowie die sichere, warme Grundbindung zum Sohn zu benennen.

Eltern und Kind werden im milieutherapeutischen Rahmen der Klinik in verschiedenen Bereichen von ganz unterschiedlichen Berufsgruppen erlebt und beobachtet. Nico wird einmal wöchentlich gewogen. Der therapeutische Prozess wird in Teambesprechungen weiterentwickelt und begleitet. Die Arbeit der Ärztin, Psychologin, Erzieherinnen, Krankenschwestern, Sport- und der anderen Therapeuten sowie Gespräche und Beobachtungen zwischen „Tür und Angel“ sind weiterer Bestandteil der Begleitung. Der Kinder- und Jugendpsychiater supervidiert und berät. Für Nico und seine Eltern könnte der Austausch und Kontakt mit anderen Eltern und Kindern ebenso ein wichtiger Bestandteil ihres Aufenthalts werden.

### ► Der Therapieprozess

Zunächst bekam Nicos Mutter für eine Woche die Aufgabe, ein Protokoll zu führen über alles, was er pro Tag isst und trinkt. Zusätzlich sollte sie festhalten, wie der Tag aus ihrer und Nicos Sicht erlebt wurde. Sie sollte auch ihr Verhalten und ihre Gedanken notieren. Dieses Protokoll wurde dann mit der Psychologin und dem Ernährungsberater besprochen. Nico aß die ersten Tage wie üblich, nur ein paar trockene Brötchen, ein paar Pommes oder ein paar Nudeln. Er trank aber täglich 4–5 Flaschen Saft mit Wasser gemischt.

Der Öcotrophologe stellte fest, dass Nico in der Tat einseitig und wenig ausgewogen isst und klärte die Mutter über alters- u. kindgerechte Ernährung auf. So erfährt sie z. B. dass es durchaus normal ist für Kinder, neuer, unbekannter Nahrung gegenüber zurückhaltend zu sein. Trotzdem sollte die Mutter dies ihrem Sohn anbieten. Das Kind wird vielleicht beim 20. Mal zugreifen. Ein Problem scheint das viele Trinken, v. a. vor den Mahlzeiten zu

sein. Einerseits bekommt Nico dadurch Kalorien und Vitamine ab, aber er ist andererseits auch satt. Also sollte die Mutter spätestens eine Stunde vor den Hauptmahlzeiten kein Saftfläschchen mehr geben.

Aus psychologischer Sicht fiel auf, dass Nico sobald er viel Neues, Aufregendes erlebte und darüber sein Essen oft zu vergessen schien. Gleichzeitig kreisten die Gedanken der Mutter fast ausschließlich um das Thema Essen (Hat er? Hat er nicht? Wieviel? Warum isst er nicht...?). Sie versuchte auch mit Tricks und Ablenkung oder mit Druck Nico zum Essen zu bringen. Nico bestimme auch selbst seinen und somit den Essrhythmus der Familie. Der Umgang der Eltern mit Nicos Essverhalten wurde in mehreren Einzelgesprächen bearbeitet. Es zeigte sich nochmals deutlich, wie verunsichert beide Elternteile sind. Hier konnte sachliche Aufklärung darüber, was „normal“ ist, durch die Psychologin und den Öcotrophologen rasch erste Sicherheit bringen. Nicos Mutter fühle sich auch durch entsprechende Bemerkungen aus ihrem Umfeld verunsichert und unter Druck gesetzt. Sie habe dann das Gefühl, etwas falsch zu machen oder als Mutter zu versagen. Es wurde ihr klar, dass innerhalb der Familie das Thema Essen eine große Rolle spiele. Beide Elternteile würden sich fast nur noch darüber unterhalten, ob und wieviel Nico gegessen habe. Auch für die Großeltern sei wohl das Gewicht das Interessanteste an Nico. Die Oma reagiere besonders überfürsorglich. Wenn Nico das angebotene Essen nicht anrühre, renne sie sofort und mache ihm was Anderes. Die Mutter räumte ein, dass Nico mit seinem Verhalten Macht ausüben kann und teilweise vor allem mit der Oma ein Spiel daraus macht.

### ► Veränderungen

Um Nicos Essverhalten zu normalisieren, war die Mutter bereit, einige Veränderungen bei Nico und vor allem im eigenen Verhalten auszuprobieren.

Für Nico und seine Bezugspersonen gab es ab sofort neue Essensregeln:

- Es gibt 3 feste Hauptmahlzeiten.
- Die Mutter stellt für Nico das Essen zusammen unter Berücksichtigung ihres Wissens um seine Vorlieben und kind- und altersgerechte Ernährung, einschließlich Neuem.
- Nico entscheidet selbst, was und wie viel er davon essen möchte.
- Die Mutter akzeptiert dies und verzichtet auf Tricks und Druck ihrerseits.
- Wenn Nico zu den Hauptmahlzeiten nichts essen will, gibt es als einzige Alternative Brot, erst zur Zwischenmahlzeit wieder Obst.
- Die Mutter sorgt bei Tisch für eine angenehme Atmosphäre, hört auf, ihn ständig zum Essen zu ermahnen.
- Die Mutter gibt selbst ein gutes Lernmodell ab, indem sie mit Genuss und Appetit isst.

Somit sollte Nico ein günstigeres Modell für sein sich entwickelndes Essverhalten abbekommen, andererseits der Druck von der Mutter genommen werden. Es sollte Schritt für Schritt eine Entkoppelung des gelernten Musters Essen = Stress = Problem = Machtkampf erreicht werden. Der Mutter fiel dies neue Verhalten zunächst schwer, sie erappte sich immer wieder dabei, in ihre alten Gedankengänge zu verfallen, konnte sich dann aber stoppen. Nico erschien diese Veränderung zunächst sehr unbequem, konnte er doch bisher selbst sein Essverhalten bestimmen. Je sicherer jedoch die Mutter wurde, desto eher konnte auch Nico diese neuen Regeln annehmen. Insgesamt herrschte bald ein entspannter und spielerischerer Umgang zwischen

Mutter und Sohn. Die Mutter hatte nun den Kopf frei, um gemeinsam mit ihrem Sohn schöne Zeiten zu verbringen etwa durch gemeinsame Unternehmungen und Ausflüge, teilweise mit dem Vater. Die Mutter sorgte auch besser für ihre eigenen Bedürfnisse, indem sie an den Entspannungsübungen und dem Sportprogramm für Begleitpersonen teilnahm. Mutter und Sohn nahmen regelmäßig und begeistert an der Frühgymnastik teil.

### ► Therapieerfolge

Der Ehemann, der regelmäßig zu Besuch kam, nahm erfreut deutliche Veränderungen an seiner Frau und seinem Sohn wahr. Er nahm telefonisch oder persönlich regen Anteil am Therapieprozess, war auch bei einigen Familiengesprächen mit dabei. Das Ehepaar erkannte, zunächst etwas erschrocken, dass sie seit Nicos Geburt als Paar zu kurz kamen. Sie begegneten sich als Eltern fast nur noch mit dem Hauptthema Nicos Essverhalten und besannen sich nun auf andere gemeinsame Themen und Interessen.

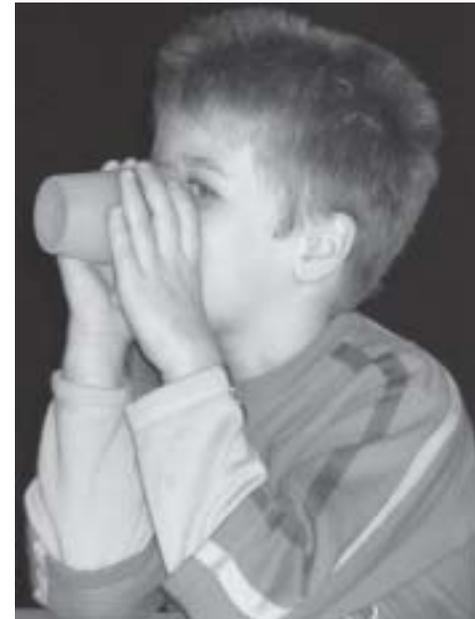
Nico gewöhnte sich recht schnell an den regelmäßigen Ablauf im Klinikaufenthalt. Er besuchte auch den klinikeigenen Kindergarten. Er hatte anfangs große Mühe, sich von der Mutter zu lösen und weinte heftig. Nach einer gewissen Zeit gelang es ihm, sich in den Kindergarten zu integrieren. Länger als eine Stunde blieb er nicht von der Mutter getrennt. Er spielte auch in der Freizeit gerne mit anderen Kindern. Er zeigte sich als sensibler Junge, der mit Jüngeren spielt und andere zu trösten verstand. Die Eltern waren erfreut über die vielen positiven Rückmeldungen über Nicos Art und Verhalten durch Mitpatienten einerseits. Vom pädagogisch-therapeutischen Fachpersonal andererseits konnte Nico ein völlig unauffälliger altersgerechter

Entwicklungsstand attestiert werden. Durch die Teilnahme an der Schulung zum Thema Erziehung fand die Mutter nochmals Bestätigung, bzw. Anregungen, ihre eigene Erziehungskompetenz zu stärken. Insgesamt konnte eine recht enge und liebevolle Mutter-Kind-Bindung, durch die Therapeutin und im pädagogischen Freizeitangebot, beobachtet werden. Mutter und Sohn gelang es, sich etwas voneinander zu lösen. Die Mutter lernte, Nico nicht nur beim Thema Essen mehr zuzutrauen, da sie selbst ruhiger und sicherer wurde. Weitere Sicherheit gewann die Mutter durch ihre aktive Teilnahme an der psychologischen Schulung zum Thema psychosomatische Störungsbilder. Hier konnte sie durch Rollenspiel und andere therapeutische Übungen Bedürfnisse und Erleben Nicos auf der emotionalen Ebene besser verstehen und erspüren und gleichzeitig eigene Grenzen und Gefühle besser wahrnehmen.

### ► Erste häusliche Erprobung an Weihnachten

Selbst als Nico 2 Tage interkurrent erkrankte, blieb die Mutter gelassen. Sie wusste ja nun, dass es normal für ein krankes Kind ist, wenig Appetit zu haben. Über die Weihnachtsfeiertage wurde der Familie eine therapeutische Beurlaubung eingerichtet. Die Eltern nutzten dies auch dahingehend, das in der Klinik erworbene neue Wissen und Verhalten auch im praktischen Verhalten umzusetzen und wurden entsprechend darauf vorbereitet. Nicos Eltern traten stolz die letzten 10 Reha-Tage an und berichteten von ihren praktischen Erfolgen. So habe Nico zu Hause das erste Mal geäußert, dass er Hunger habe und habe mit Appetit gegessen, sogar etwas Neues. Die Eltern fühlten sich viel sicherer und konnten entsprechend selbstbewusst etwaigem Druck der Verwandten begegnen.

Bei der Gelegenheit eines weihnachtlichen Familienessens wurden die neuen Regeln verkündet und die Oma wurde mit sanftem Druck dazu angehalten, sich ebenfalls daran zu halten.



Wasser löscht den Durst, Fruchtsäfte stillen eher den Hunger.  
Foto: Baumann

Die therapeutische Vorgehensweise, die Eltern zu informieren, zu schulen, ihre Sorgen und Ängste ernst zu nehmen und ihnen Sicherheit zu vermitteln, unter Berücksichtigung der individuellen Situation sowie der Ressourcen der Familienmitglieder, hatte sich bewährt. Es konnte eine schrittweise Annäherung und Normalisierung des als ursprünglich sehr problematisch erlebten Essverhaltens erarbeitet werden. Die Eltern konnten den von innen und außen kommenden Druck und die damit verbundene übertriebene Sorge um Nicos Gewicht erstaunlich schnell abbauen. Sie gewannen wieder Vertrauen in ihre eigenen Kompetenzen und konnten sich dadurch den

Verwandten gegenüber besser abgrenzen und Nico angemessener unterstützen. Das im Schonraum der Klinik erworbene neue Verhalten konnte sich erfreulicherweise dank Beurlaubung auch in der Realität des Alltags als probate Lösungsstrategie behaupten.

Die Eltern wurden auch auf einen möglichen „Rückfall“ in alte Verhaltensmuster vorbereitet. Rückfälle sind normal und nicht weiter besorgniserregend, solange sich Nico weiterhin gut entwickelt. Diesbezüglich schienen die Eltern auch kaum mehr beunruhigt. Außerdem besteht weiterhin enge, gute Anbindung an den Kinderarzt, die Familie kann jederzeit noch einmal auf therapeutische Hilfe zurückgreifen. Nico und seine Eltern fahren mit dem Gefühl neuer Stärke und Sicherheit nach Hause, die sie auch auf andere Erziehungs- und Verhaltensfragen werden übertragen können.

### ► Zusätzliche Plätze bei psychosomatischen Erkrankungen in der Kind-Mutter-Rehabilitation

Die Rehabilitationskinderklinik der Fachkliniken Wangen hat sich auf die medizinische Rehabilitation von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen mit Atemwegserkrankungen, Allergien (einschl. Neurodermitis) und psychosomatischen Erkrankungen spezialisiert.

Im Bereich der jüngeren Kinder mit psychosomatischen Erkrankungen, die in Begleitung ihrer Mutter bzw. ihres Vaters in die Spezialklinik kommen, wurden durch interne Veränderungen zusätzliche Plätze geschaffen.

Christa Weingärtner  
Diplom-Psychologin  
Rehabilitationskinderklinik

## Wechsel an der Spitze der Schulungspädagogik

Der Aufbau der Patientenschulung der Fachkliniken Wangen ist wesentlich mit dem Namen Bianca Nisius verbunden. Nachdem die ersten Patienten bereits Ende der achtziger Jahre geschult wurden, wurde 1999 die Stelle einer Leitung der Schulungspädagogik zum Ausbau der Patientenschulung geschaffen. Erste Stelleninhaberin war Bianca Nisius, die nach sechsjähriger erfolgreicher Arbeit aus privaten Gründen ins Saarland wechselte. Robert Jaeschke, Wunschkandidat für die Nachfolge, übernahm die Schulungsleitung im Oktober letzten Jahres und zog mit seiner Familie von Köln nach Wangen ins Allgäu.

20 Jahre nachdem sie bei Asthma begonnen wurde, ist die Patientenschulung aus der stationären Rehabilitation der Kinder und Jugendlichen nicht mehr wegzudenken. In den Fachkliniken Wangen laufen heutzutage Schulungsprogramme bei Asthma, Neurodermitis, Mukoviszidose und Adipositas. Mit selbst entwickelten Schulungsmaterialien, die



Robert Jaeschke mit seiner Frau Sandra und seinem Sohn Mika  
Foto: privat

bundesweit eingesetzt werden können (Bezugsquellen sind der Homepage [www.fachkliniken-wangen.de](http://www.fachkliniken-wangen.de) zu entnehmen), werden die Patienten, aber auch deren Eltern geschult. Eine große Zahl der Mitarbeiter hat sich zu qualifizierten Dozenten und Trainern ausbilden lassen. An den beiden Akademien (Asthmaakademie Baden-Württemberg e.V. und Adipositas-Akademie Baden-Württemberg e.V.) können Trainerkurse besucht werden.

### ► Robert Jaeschke verbindet Praxis und Wissenschaft

Robert Jaeschke ist von Beruf Diplom-Sportlehrer und qualifizierter Dozent und Trainer in den Bereichen Asthma, Neurodermitis und Adipositas. Viele Jahre war er Lehrbeauftragter und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Deutschen Sporthochschule Köln. In den nächsten Monaten wird er sein Promotionsstudium der Sportwissenschaften abschließen. Er ist 34 Jahre alt und verheiratet. Seine Frau Sandra und er haben einen Sohn, ein Mädchen kam vor wenigen Tagen zur Welt. Als Honorarkraft organisiert Frau Jaeschke ambulante Schulungen der Fachkliniken.

Bereits während und nach seinem Studium der Sportwissenschaft mit Schwerpunkt Rehabilitation und Behindertensport sammelte Robert Jaeschke umfangreiche Erfahrungen in der Patientenschulung von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Einrichtungen, etwa beim Kölner Förderverein für das allergie- und asthmakranke Kind e.V. FFAK Köln. Bekannt wurde er uns durch Vorträge und



Neurodermitisschulung: Welche Oberfläche fühlt sich wie meine Haut an?  
Foto: Baumann

Workshops auf Tagungen und Kongressen sowie seine Mitarbeit in verschiedenen bundesdeutschen Schulungsgremien. So brachte er sich in die Entwicklung und Etablierung des Qualitätsmanagements der AG Astmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. ein und ist seit 4 Jahren Vorstandsmitglied dieser AG.

Im Bereich der Adipositas arbeitete er im Schulungsprogramm der Kölner Kinderklinik und der Sporthochschule Köln mit. Robert Jaeschke ist Gründungsmitglied der "Konsensusgruppe Adipositaschulung im Kindes- und Jugendalter (KGAS)", Sprecher und Leiter der Arbeitsgruppe „Körperliche Aktivität und Sport“ und Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG). In seinen ersten Monaten in Wangen trieb er erfolgreich die Gründung der Adipositas-Akademie Baden-Württemberg e.V. voran, deren Vorsitzender er ist.

### ► Schulung und Entwicklung

Seine Aufgaben in den Fachkliniken Wangen sind vielfältig. Der Leiter der Schulungspädagogik bleibt den Kindern und Jugendlichen nah – viele Schulungen führt er selbst durch.

Daneben organisiert er die Schulungen und entwickelt sie zusammen mit anderen Mitarbeitern weiter. Insbesondere an Wochenenden organisiert und beteiligt er sich an den Elternschulungen und den ambulanten Schulungen. Als Dozent bildet er Trainer aus und führt Hospitationen und Supervisionen durch.

Nach einem Jahr hat sich Robert Jaeschke mit seiner Familie in Wangen längst eingewöhnt. Als Sportler und zum Beispiel staatlich geprüfter Skilehrer und Segler kommt ihm das Allgäu und der Bodenseeraum mit seinen Möglichkeiten zu Lande, zu Wasser und in den Bergen sehr entgegen.

Alwin Baumann  
Klinikleiter  
Rehabilitationskinderklinik



Zertifikat: Die Adipositaschulungen in Wangen sind qualitativ geprüft

## „Hilfe, mein Kind sitzt nur rum“

„Mein Sohn sitzt jeden Nachmittag endlos vor dem Fernseher“ – „Meine Tochter kommt gar nicht mehr vom Computer weg“ – „Der sitzt den ganzen Tag vor dem Gamecube, ich weiß auch nicht mehr, was ich da machen soll“. So klingen aktuelle Aussagen von Eltern, deren Kinder kein entwicklungs- und altersentsprechendes Aktivitätsniveau aufweisen. Das sind nicht nur subjektive Wahrnehmungen besorgter Mütter oder Väter und auch keine Einzelfälle. Mittlerweile liegen wissenschaftliche Nachweise vor, dass das Freizeitverhalten von Kindern und Jugendlichen in den industrialisierten Ländern zunehmend durch Inaktivität gekennzeichnet.

Im Verlauf der letzten Jahrzehnte hat sich die Zeit, die Kinder vor dem Fernseher oder anderen Bildschirmen verbringen, stark erhöht, die tägliche Laufstrecke und die Häufigkeit anstrengender Aktivitäten deutlich reduziert und als Folge die körperliche Leistungsfähigkeit verringert.

### ► Wo führt das hin?

Körperliche Aktivität, Bewegung und Sport sind für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unentbehrlich. Sie brauchen Bewegung im Sinne dynamischer Beanspruchungen großer Muskelgruppen, um sich körperlich gesund und leistungsfähig zu entwickeln. Sobald Ausdauer- und Kraftbeanspruchungen dauerhaft unterhalb bestimmter Reizschwellen bleiben, entstehen Leistungs- bzw. Funktionsverluste und die natürliche

Entwicklung kann unterbrochen werden. Unterbliebene altersentsprechende Entwicklungen können im Erwachsenenalter kaum mehr nachgeholt werden. Doch auch für die kognitive Entwicklung wie z. B. die Lernbereitschaft, die Lernfähigkeit und für das psychosoziale Wohlbefinden sind anstrengende körperliche Bewegungen notwendig. Darüber hinaus hängt auch der Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung von der Quantität und der Qualität körperlicher Bewegungen ab. Schon Kleinkinder „begreifen“, erobern und erweitern durch Bewegungen ihre Welt. Durch körperliche Aktivitäten und Sport gliedern sich Kinder und Jugendliche in ihre „Kultur“ ein, lernen persönliche Fähigkeiten und Grenzen kennen und entwickeln Selbstkontrolle und Selbstachtung. Folgen eines übermäßigen Bewegungsmangels können einerseits eine inadäquate psychosoziale Entwicklung und andererseits eine weitere Steigerung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas mit einschlägigen Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter und erheblichen Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem sein.

Doch die Zunahme der Inaktivität betrifft nicht nur den in den Medien derzeit häufig dargestellten adipösen Jugendlichen, der sich evtl. vor den normalgewichtigen Gleichaltrigen schämt weil er einfach nicht mithalten kann und so gemeinsame sportliche Aktivitäten mit anderen Jugendlichen vermeidet, was wiederum zu einer ungünstigeren Prognose der Gewichtsentwicklung führen kann. Auch Kinder und Jugendliche mit anderen chronischen Erkrankungen, bei denen sich der

Krankheitszustand infolge „falsch“ durchgeführter sportlicher Aktivitäten verschlechtern kann, sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, körperliche und insbesondere sportliche Aktivitäten zu vermeiden. Ein Jugendlicher mit belastungsinduziertem Asthma bronchiale hat evtl. negative Erfahrungen mit anstrengenden sportlichen Aktivitäten gemacht und fährt daraufhin nicht mehr den hügeligen Weg mit dem Rad zur Schule. Ein Kind mit Neurodermitis zeigt starke Hautverschlechterungen durch Schwitzen und vermeidet daraufhin sportliche Aktivitäten. Ein ungeschulter Jugendlicher mit Cystischer Fibrose schiebt evtl. seine Erkrankung aus Ausrede vor, um Luftnot zu vermeiden oder seine geringere Leistungsfähigkeit vor Gleichaltrigen zu verstecken.

### ► Wo sind die Gründe zu suchen?

Die Gründe für eine verringerte körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen sind – wie sollte es anders sein – vielschichtig. Einerseits sind es sicherlich

- politische, strukturelle Defizite, die sich in Form von geringen finanziellen Mitteln für Vereine und öffentliche Bewegungsangebote,
- noch immer wenig Berücksichtigung von Bewegungs- und Sportangeboten in Schule und Kindergarten,
- wenig selbstständig erreichbare Spiel- und Bewegungsräume in Ballungsgebieten,
- fehlenden integrative Sportangeboten für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen und
- die häufig vorliegende Notwendigkeit des Mitverdienens von beiden Eltern mit weniger Zeit für Kinder äußern.

Aber nicht nur diese strukturellen (nur langfristig und unter großen Kraftanstrengungen veränderbare) außerfamiliäre Defizite begründen die zunehmende Bewegungsarmut.

Häufig tragen auch die Familien der gefährdeten Kinder und Jugendlichen selbst zur Inaktivität bei. Gründe sind z. B. eigene körperliche Einschränkungen der Eltern, Desinteresse an körperlichen Aktivitäten, Zeitmangel, geringe elterliche Motivation, Unkenntnis oder zu wenig eigene Bewegungsideen die den eigenen Kindern vorgelebt oder mit ihnen gemeinsam gelebt werden könnten. Was allerdings familiär nicht gewährleistet wird, kann nur in seltenen Fällen durch öffentliche Angebote aufgeholt oder kompensiert werden.

### ► Was ist also zu tun?

Bei dieser Frage sind natürlich Forderungen nach einer angemessenen und folgenreichen Thematisierung von Bewegung, körperlicher Aktivität und Sport in der Schul- und Sportpolitik, in der Gesundheits- und Familienpolitik zu stellen. Im Folgenden sollen jedoch vielmehr schneller realisierbare Ansätze aufgezeigt werden, die sich direkt auf die Familie, auf lokale Angebote, auf Möglichkeiten der niedergelassenen Ärzte und Rehabilitationsmaßnahmen beziehen.

Primäre Zielsetzung ist eine Lebensstiländerung. Diese muss eine Verringerung von unproduktiver Inaktivität wie z. B. beim Fernsehen, Chatten im Internet oder Spielen von Video- oder Bildschirmspielen, die häufig sogar noch von unkontrolliertem Essen begleitet werden, beinhalten. Allerdings wird eine simple Reduktion der Inaktivitätszeiten wenig bewirken, solange die Betroffenen über keine alternativen Betätigungsfelder verfügen. Somit muss es Ziel sein, attraktive Möglichkeiten einer körperlich aktiven Freizeitgestaltung mit den Betroffenen individuell zu erarbeiten, praktisch zu erproben und allmählich in den Alltag zu integrieren, bis eine aktive Alltagsgestaltung zur Gewohnheit wird.

Wenn keine Alternativen zum Fernsehen bestehen, wird der Betroffene zwar evtl. den Fernseher ausschalten, dann einige Minuten gelangweilt und ohne Idee was er nun tun könnte, in der Wohnung herumlaufen, dann aber auf Grund mangelnder Alternativen den Fernseher bald wieder einschalten oder evtl. seine Langeweile sogar mit unkontrolliertem Essen überbrücken.

An diesem schwierigen und langwierigen Prozess der Lebensstiländerung sind niedergelassene Ärzte, Patientenschulungseinrichtungen mit einem interdisziplinären Team aus Fachleuten, Vereine und ggf. Rehabilitationseinrichtungen beteiligt. Zentrale Figuren in dem Prozess der Lebensstiländerung der Kinder sind die Eltern, da sie – in Abhängigkeit vom Alter ihrer Kinder – meist die engste, zeitlich umfangreichste und intensivste Beziehung zu ihren Kindern haben.

Der Prozess der Lebensstiländerung beinhaltet zentrale Prinzipien, die einerseits im Familienalltag, andererseits aber auch im Rahmen professioneller Behandlungs- und Betreuungsangebote durch Fachleute berücksichtigt werden sollten. Im Folgenden sind die wichtigsten Prinzipien dargestellt:

#### *Einbindung der Familie*

Der Lebensstil von Kindern und Jugendlichen wird in der Regel über Jahre hinweg durch die Familie geprägt. Eine Änderung der Lebensgewohnheiten ist somit nicht ohne Unterstützung der Familie möglich. Die Einbindung der Familie ist in zweierlei Hinsicht notwendig: Einerseits kann der Lebensstil des Kindes durch eine Verbesserung des gesamtfamiliären Lebensstils positiv beeinflusst werden. Andererseits müssen Eltern eine Vielzahl von Verantwortungen übernehmen, um die Re-

duktion von Inaktivität und die Steigerung von körperlichen Aktivitäten im Alltag zu unterstützen. Die folgenden Prinzipien sollten auf familiärer Ebene umgesetzt werden.

#### *Berücksichtigung des „Lustprinzips“*

Damit ein Kind vielfältige bewegungsreiche körperliche Aktivitäten und insbesondere sportliche Aktivitäten dauerhaft durchführt, sich Zeit dafür nimmt – und dadurch evtl. auf etwas anderes verzichten muss – ist eine dauerhafte Motivation notwendig. Bei Kindern und teilweise bei Jugendlichen ist diese Motivation weniger durch die Vernunft oder Einsicht, sondern vielmehr durch die Lust an der jeweiligen körperlichen Aktivität und zum Teil durch zu erwartende positive Verstärker geprägt. Durch das Erleben von Spaß, Freude, Gemeinschaft oder Wettkampf kann infolge altersgerechter, interessanter und attraktiver Bewegungsformen dauerhaft Lust auf Bewegung erzeugt werden. Hier ist zu beachten, dass viele Sportarten erst dann richtig Spaß machen, wenn erste Techniken bereits erlernt sind und „man schon etwas kann“. So sind die ersten Inline-Skate-Versuche für viele zunächst mit weniger Spaß verbunden. Wenn dann nach dieser „Durststrecke“ erste Techniken erlernt sind und sich der Betroffene „sicherer fühlt“, sind der Spaß und die Lust schließlich umso größer. In diesem Rahmen kann es notwendig sein, mit betroffenen Kindern sportliche Aktivitäten zunächst in einem „Schonraum“ nur mit anderen Betroffenen durchzuführen, so dass Stigmatisierungen abgeschwächt und Misserfolge nicht zu frustrierend erlebt werden.

#### *Bereitstellung eines vielfältigen Angebots*

Wie bereits beschrieben, ist für viele Kinder weniger die Vermeidung der Inaktivität die

Schwierigkeit, sondern vielmehr das Finden attraktiver bewegungsreicher Alternativen. Aufgabe für Eltern, Berater und Behandler ist hier die Bereitstellung eines möglichst breitgefächerten Angebots an Bewegungsaktivitäten. An einer Aktivität, die ein Kind nur mäßig attraktiv findet, wird es in der Regel nicht dauerhaft teilnehmen. Diese breite Palette bezieht sich einerseits auf vielfältige Alltagsaktivitäten vom Spazieren gehen, über Basteln, Malen, Stadtbummel, Zoo- oder Theaterbesuche, Wanderungen, Schlittenausflügen, Fahrradtouren oder Kochen bis hin zu festen Aufgaben im Haushalt oder Garten. Andererseits bezieht sich dieses Prinzip auf das Anbieten vielfältiger sportlicher Aktivitäten von Individualsportarten über Mannschafts-, Rückschlag-, Winter-, Outdoor-, oder Kampfsportarten bis hin zu Fitnesstraining und Trendsportarten. Aufgabe der Familie oder des Schulungsteams ist hier das Anbieten entsprechender Aktivitäten. Sagt dem Kind eine Bewegungsaktivität zu, so ist es dann Aufgabe der Familie – oder bei sportlichen Aktivitäten die Aufgabe weiterführender öffentlicher Einrichtungen – eine langfristige Teilnahme zu fördern.

#### *„Selber tun“*

Es hilft wenig, dem Kind eine Liste von geeigneten Sportarten vorzulesen und die Aufgabe zu stellen, sich nun eine für sich attraktive auszusuchen. Nur infolge einer tatsächlichen Durchführung wird ein Kind erfahren, ob ihm eine Bewegungsaktivität zusagt oder nicht. Darüber hinaus erfahren viele Kinder bei scheinbar unattraktiven Bewegungsaktivitäten (die sie aus eigener Motivation nie ausprobiert hätten) nach eigener Teilnahme unerwartet Freude und Spaß (also Lust) an der Aktivität. Nur durch eigenes praktisches Mitmachen kann das individuell zur Verfü-

gung stehende Repertoire an Bewegungsaktivitäten erweitert werden.

#### *Kleine Schritte statt unrealistische Ziele*

Der Weg von häufiger Inaktivität hin zu einem bewegungsreichen Alltag und zur regelmäßigen Teilnahme an sportlichen Aktivitäten wird nur selten kurzfristig innerhalb weniger Wochen erfolgen. Vielmehr sollten kleine Schritte und erreichbare Ziele vereinbart werden, um den Prozess nicht infolge von Frustration, Enttäuschung und „Aufgeben“ vorzeitig zum Stillstand zu bringen. So kann es schon ein Erfolg sein, pro Woche an einem Tag statt vier nur eine Stunde fern zu sehen und statt dessen eine Unternehmung mit der Familie zu machen oder einen aktiven Nachmittag mit Freunden zu verbringen. Der Umfang und der Anspruch sollte jedoch von Woche zu Woche gesteigert werden.

#### *„Vorleben“*

Kinder lernen durch Vorbilder und „Modelle“. Somit wird es nicht reichen, dem Kind die Vorzüge eines bewegten Alltags zu vermitteln wenn Bezugs- oder Schulungspersonen gleichzeitig ein konträres Bewegungs- und Aktivitätsverhalten zeigen. Zu den Aufgaben der Bezugspersonen in der Familie und teilweise auch der Behandler oder Schulungspersonen gehört es also, einen aktiven Alltag vorzuleben und sich selbst an sportlichen Aktivitäten zu beteiligen.

#### *Strukturelle Voraussetzungen schaffen*

Ein Kind wird nur unregelmäßig oder überhaupt nicht mit dem Fahrrad zur Schule fahren wenn das Fahrrad nicht verkehrstauglich oder in schlechtem Zustand ist. Es wird vermutlich weniger Spaß an einem Sportspiel

haben, wenn ihm keine geeigneten Sportschuhe zur Verfügung gestellt werden, so dass es beim Laufen und schnellen Richtungsänderungen keinen Halt findet. Wichtig ist daher, dass geeignete Sport-, Spiel- und Fortbewegungsmittel zur Verfügung gestellt und gepflegt werden, um eine regelmäßige und freudvolle Teilnahme an körperlichen Aktivitäten zu gewährleisten.

*Aufklärung, Beratung, Schulung und fachliche Unterstützung*

Die Veränderung des familiären Lebensstils ist Aufgabe der Familie selbst. Berater, Therapeuten, Behandler, Schulungspersonal und Trainer können hier nur unterstützend tätig werden. Dies geschieht neben dem praktischen Anbieten von neuen Bewegungserfahrungen insbesondere durch Aufklärung, Beratung und fachliche Unterstützung der Familien und darf nie in Form von Ermahnungen oder Sank-

tionen erfolgen. Vielmehr ist diese Arbeit durch Aufzeigen von neuen Wegen und Möglichkeiten, positive Verstärkung und ein „Vor gehen in kleinen Schritte“ geprägt.

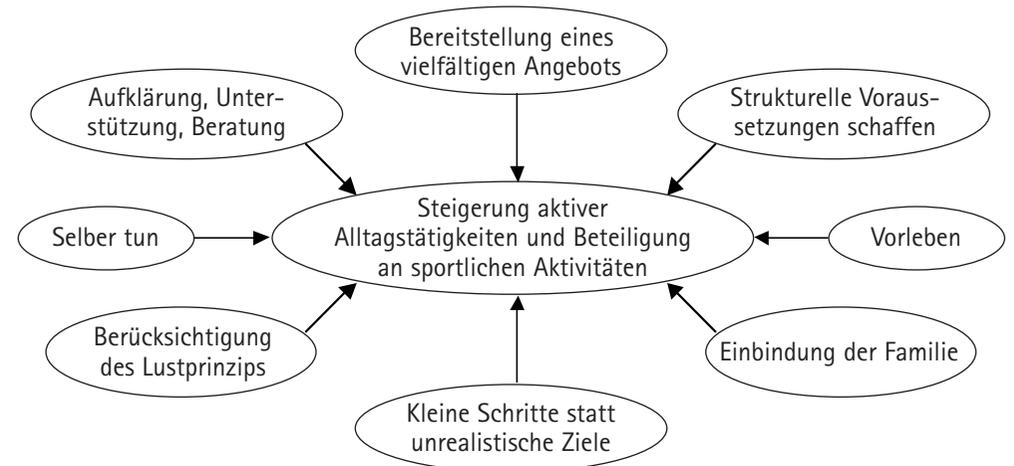
► **Aufgabe der Patientenschulung**

Patientenschulungen zielen darauf ab, durch Wissensvermittlung, praktisches Üben und Training gewünschte gesundheitsfördernde Verhaltensweisen hervorzubringen und so beispielsweise den Erkrankungsgrad zu verringern oder die Lebensqualität zu steigern. Auf Grund der genannten Zusammenhänge zwischen körperlichen Aktivitäten und einer gesunden körperlichen, psychosozialen und geistigen Entwicklung sind u. a. das Bewirken einer aktiven, bewegungsreichen Alltagsgestaltung und das Ermöglichen einer Teilnahme an körperlichen Aktivitäten Ziele der Schulungen.



*Sich nur im Sport zu bewegen, ist zu wenig.*

*Foto: Baumann*



*Abbildung: Zentrale Prinzipien zur Verringerung von Inaktivität und beim Bewirken eines aktiven Bewegungsverhaltens*

In enger interdisziplinärer und integrativer Zusammenarbeit – insbesondere zwischen Sporttherapie und Patientenschulung bzw. Psychologie und Patientenschulung – werden Techniken zur besseren Toleranz von körperlichen Anstrengungen und ihren Folgen (z.B. Schwitzen) eingeübt, Alternativen zu inaktiven Verhaltensweisen erarbeitet, erlernte Verhaltensweisen im Alltag erprobt, reflektiert, korrigiert und Erfolge bewusst gemacht. Dabei bezieht sich die Schulung nicht nur auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen sondern immer auch auf die Eltern bzw. andere Bezugspersonen. Damit ermöglicht die interdisziplinäre Patientenschulung eine Bearbeitung nahezu aller o.g. Prinzipien – sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting.

► **Fazit**

Nur durch gemeinsame Kraftanstrengungen sich ergänzender Fachrichtungen auf vielen Ebenen ist der zunehmenden Bewegungsarmut bei Kindern und Jugendlichen, deren Folgen für die Gesundheit und das Gesundheits-

system noch gar nicht abzuschätzen sind, entgegenzuwirken. Im Rahmen von ambulanten und stationären Patientenschulungen werden die Kompetenzen der verschiedenen Fachleute ideal vereint. Optimale Strategien können so im intensiven Austausch für jeden Betroffenen individuell erarbeitet und umgesetzt werden. Wichtigster Partner des Schulungs- und Behandlungsteams ist die Familie der Betroffenen.

Zur flächendeckenden Umsetzung sind noch engere Vernetzungen zwischen niedergelassenen Ärzten, Patientenschulungen, freien Ernährungsfachleuten, Psychologen, Sporttherapeuten, Vereinen und Rehabilitationseinrichtungen notwendig.

Robert Jaeschke  
Diplom-Sportlehrer, Schulungspädagoge  
Leiter der Schulungspädagogik

Peter Linse  
Sportlehrer MA  
Leiter der Bewegungstherapie

Rehabilitationskinderklinik

# Heinrich-Brügger-Schule

In der Heinrich-Brügger-Schule – Krankenhausschule der Fachkliniken Wangen – werden neben den Kindern und Jugendlichen, die für 4 bis 6 Wochen zur Rehabilitation kommen, auch die Jugendlichen der Therapeutischen Wohngruppen unterrichtet, die ganze Schuljahre lang eine medizinisch-pädagogische Betreuung benötigen.

Bei der Überschrift vom guten Jahrgang denken sicher sehr viele LeserInnen an ein bekanntes Getränk. Wein, hohes Kulturgut, braucht bis zur Lese nicht nur förderliche Umwelteinflüsse, sondern auch eine aufwendige und fürsorgliche Pflege des Winzers. Die Fachliteratur beschreibt die Arbeit im Weinberg sogar als eine, die man nur mit viel Herzblut verrichten kann.

## ► Der Weinberg Heinrich-Brügger-Schule

Dass die Arbeit in einem Weinberg etwas Besonderes ist, wird dadurch offensichtlich, dass in der katholischen Kirche oft vom Weinberg die Rede ist und sich Papst Benedikt XVI in seiner ersten Ansprache als Pontifex als Arbeiter in diesem bezeichnet hat. Ohne mich hiermit vergleichen zu wollen, so hat doch meine Tätigkeit als Lehrer auch etwas mit der Arbeit in einem Weinberg zu tun. Der Weinberg, das ist die Heinrich-Brügger-Schule; das Umfeld sind die Fachkliniken in Wangen. Die Reben sind die SchülerInnen, die mit hohen Erwartungen ihr Elternhaus verließen, um hier einen guten Schulabschluss zu schaffen.

Hauptschulprüfung sehr erfolgreich gemeistert

## 2004/05 – ein sehr guter Jahrgang

### ► Mit Geduld und Geschick

Zwei Jahre dauerte die Arbeit, und es war für uns LehrerInnen nicht immer auf Antrieb erkennbar, welchen Wildtrieb wir kappen oder nur stützen sollten, denn jeder Weinstock sollte ja seine individuellen Charaktereigenschaften behalten. Viel Geduld und Geschick waren notwendig, um den Jugendlichen klar zu machen, dass vorhandene Defizite nur aufgeholt werden können und ein positiver Abschluss angestrebt werden kann, wenn das Lernen für die Zukunft oberste Priorität bekommt.

Als diese Einsicht bei den Jugendlichen den nötigen Raum eingenommen hatte und als oberste Maxime galt, war das der Beginn einer „echten Freundschaft“. Im Kino wäre das die logische Folge zum „Happy End“ gewesen. Da wir uns aber weder im echten Weinberg und schon gar nicht im Kino bewegten, sondern auf dem harten Bogen der



Lernarbeit, kam trotz aller Mühen die Erfahrung dazu, dass Lernen Freude und Spaß machen kann.

### ► Überdurchschnittliche Leistungen

Die Zeit verging fast wie im Flug und der Tag der „Abrechnung“, die Hauptabschlussprüfung, rückte näher. Es kam wie es kommen sollte! Alexander, Bianca, Hagen, Heiko, Maximiliane und Tobias schafften die Prüfung – und waren danach ganz cool drauf.

Fast alle erreichen einen Notendurchschnitt, mit dem sie weiterführende Schulen besuchen konnten und drei von ihnen erhielten zusätzlich noch eine Belobigung. Die Präzisierung der Situation ist aber die Tatsache, dass alle Sechs entweder auf Schulen zur Mittleren Reife oder in Ausbildungsplätzen untergekommen sind – und nun ist auch klar, warum der Jahrgang 2004/05 ein sehr guter war.

Die Schüler und ich danken den Fachkliniken für das Bereitstellen des Umfeldes und allen MitarbeiterInnen für ihr Engagement mit Herzblut im „Weinberg“.

Peter Diem  
Klassenlehrer der 8. und 9. Hauptschulklasse  
Heinrich-Brügger-Schule

Die erfolgreichen Abschlusschüler eingrahmt von ihren Lehrern Michaela Nothelfer und Peter Diem.  
Foto: Frick



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

## Der allergische Marsch – gibt es ihn wirklich?

Innerhalb weniger Jahrzehnte sind allergisch bedingte oder allergisch mitbedingte Erkrankungen wie Neurodermitis, saisonale allergische Rhinokonjunktivitis oder Asthma bronchiale zu Volkskrankheiten geworden. Das Kindes- und Jugendalter ist von diesen Erkrankungen bekanntlich in besonderem Maße betroffen. Das Bewusstsein in der Bevölkerung für die Häufigkeit und die gesundheitsgefährdende Bedeutung allergisch bedingter Erkrankungen ist sicher als hoch einzustufen. Ist das Bild von den „Allergien“ in der Bevölkerung aber auch objektiv?

Bekannte Tatsachen wie „Allergien sind häufig“, „Allergien nehmen immer mehr zu“ und „Allergien können tödlich verlaufen“ werden von Teilen der Medien so in Szene gesetzt, dass eine regelrechte Drohkulisse entstanden ist, deren Angst machende Wirkung sich viele Menschen nicht entziehen können. Meine persönliche Erfahrung in der Allergiesprechstunde bestätigt das. Bei vielen Eltern wirkt sich insbesondere das Schlagwort vom „Allergischen Marsch“ angstmachend aus. Surft man im Internet, fällt zudem auf, wie häufig der Begriff „Allergischer Marsch“ für nicht immer uneigennützig Ziele benutzt oder mißbraucht wird.

### ► Angst vor Allergien

Angst vor Allergien zu entwickeln, dazu sind gerade Menschen bzw. Familien disponiert, die sich in einer sensiblen Lebensphase befinden,

den, z. B. in einer Schwangerschaft oder während der ersten Lebensjahre des Kindes. Die werdenden oder jungen Eltern haben Angst, ihr Kind könne an all den schlimmen Allergien erkranken, von denen so häufig und so Schlimmes berichtet wird. Angst ist ein schlechter Ratgeber. Angst vor Allergien kann viele bedauerliche Folgen haben:

- Seelenqualen junger Eltern, nur weil der sechs Wochen alte Säugling ein paar raue Stellen an der Haut hat.
- Unsinnige und/oder grundlose Diäten.
- Übertriebene oder vollkommen unnötige und dazu teure Allergen-karenzmaßnahmen.
- Übertriebene Inanspruchnahme medizinischer und paramedizinischer Diagnostik.
- Ständige Suche nach bzw. Inanspruchnahme von unnötigen und teuren Therapien.

Müssen all die vielen Eltern von jungen Säuglingen mit wenig Neurodermitis wirklich befürchten, dass ihr Kind sich auf der ersten Etappe des allergischen Marsches befindet? Und müssen alle Eltern, die selbst an leichtem Heuschnupfen leiden, Angst davor haben, dass ihr Kind zum allergischen Marsch verdammt ist? Oder woran lässt sich frühzeitig erkennen, dass das eigene Kind ein erhöhtes Allergierisiko hat und deshalb ggf. frühzeitig vorbeugende Maßnahmen wirklich sinnvoll sind?

Wenn wir diese Fragen möglichst gut und richtig beantworten wollen, brauchen wir Parameter, die eine individuelle Voraussage zum Allergierisiko des einzelnen Menschen erlauben. Gibt es solche Allergie-Prädiktoren?

### ► Allergievorhersage nur in bestimmten Fällen möglich

Zum tradierten Erfahrungswissen schon der alten Pädiater gehörte die Beobachtung, dass manche Kinder, die als Säuglinge an Neurodermitis erkranken und auf bestimmte Nahrungsmittel allergisch reagieren, später zusätzlich Heuschnupfen und Asthma entwickeln. Querschnittsuntersuchungen zeigten, dass die Inzidenzzahlen für Neurodermitis und Nahrungsmittelallergien in den ersten Lebensjahren, für Heuschnupfen und Asthma dagegen im Schulalter am höchsten sind. Auf diesen Beobachtungen und Ergebnissen gründet die Vorstellung vom „Allergischen Marsch“. Offen bleibt aber die Frage, für wen er gilt und in welcher Weise.

In der Vergangenheit wurde versucht, durch größere multizentrisch angelegte Studien den Verlauf allergisch bedingter Erkrankungen genauer zu erfassen, um z. B. auch bes-



Chefarzt Dr. Johannes Otto

sere Vorhersagemöglichkeiten für das individuelle Allergierisiko zu finden. Wie sehen die heutigen Vorhersagemöglichkeiten z. B. für ein neugeborenes Kind aus? Grob lässt sich der Stand so zusammenfassen:

- Eine stark positive Familienanamnese für allergisch bedingte Erkrankungen (Anreicherung von Allergiegengen) geht mit einem erhöhten Allergierisiko einher. Aber dieses betrifft nur einen kleinen Teil derer, die später allergisch bedingte Erkrankungen entwickeln.
- In dieser Gruppe erhöht sich das Allergierisiko im weiteren Verlauf definitiv, wenn sich in den ersten Lebensjahren Sensibilisierungen gegen nutritive und inhalative Allergene nachweisen lassen.
- Für die meisten Individuen, die später allergisch bedingte Erkrankungen entwickeln, ist aber keine eindeutige frühzeitige Voraussage möglich (verstreute Allergiegengen).

### ► Fazit

1. Nur für die Kinder, die aus stark allergisch vorbelasteten Familien kommen, ist das Risiko, später an Allergien zu erkranken, voraussehbar erhöht.
2. Es würde daher einleuchten, den Begriff „Allergischer Marsch“, den unnötig viele Menschen auf sich beziehen können, durch „Atopischer Marsch“ zu ersetzen, der nur diejenigen anspricht, die familiär stark allergisch belastet sind.

„Atopy is a type of hypersensitiveness subject to hereditary influence ...“ (Arthur Fernandez Coca, 1923)

Dr. Johannes Otto  
Chefarzt  
Kinderklinik  
Rehabilitationskinderklinik

Fax-Bestellung: 07522 797-1117

Online-Bestellung: [www.fachkliniken-wangen.de](http://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](mailto:verlag@care-line.de), [www.care-line.de](http://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 71-4225-805 (Fa. Allergika), Im Internet über: [www.allergika.de/schulung/schulung.htm](http://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](http://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

## 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

Alwin Baumann Tel-DW.: -1260

Sekretariat Tel-DW.: -1624

Petra Kasper Fax: -1119

Ambulanzsekretariat

Petra Kasper/ 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

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

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 Unzug oder Unzustellbarkeit  
Anschreibenberechtigungskarte!

Deutsche Post  
Entgelt bezahlt  
88239 Wangen