



Nachrichten

Polio-Nachrichten
Nr. I/2015, 15.02.2015
vierteljährlich
ISSN 1619-0661
www.polio-selbsthilfe.de

Zeitschrift des Bundesverbandes Poliomyelitis e. V. – Informationen zu Polio (Kinderlähmung) und Post-Polio-Syndrom



Titelthema:
**PPS &
Atemmuskulatur**

International:
**Polio
in der Türkei**

Reise & Urlaub:
**Im Land der Schafe
und des Whiskys**

Impressum

Herausgeber:

Bundesverband Poliomyelitis e. V.
Beratungs- und Geschäftsstelle
Freiberger Str. 33
09488 Thermalbad Wiesenbad
Tel.: 03733 504-1187
Fax: 03733 504-1186
E-Mail: info@polio-selbsthilfe.de
Internet: www.polio-selbsthilfe.de

Redaktion:

Carola Hiedl, Annegret Lamey,
Karl Otterbein, Karin Schweiger

Layout:

Rosquelle.de • Karin Schweiger
Tristlstraße 9 • 84186 Vilsheim
Tel.: 08706 9499-40 • Fax: -818
E-Mail:
karin.schweiger@polio-selbsthilfe.de

Druck:

AWS Medienverlag GmbH
Goethestraße 12 a, 76275 Ettlingen
Tel.: 07243 9455-0 – Fax: -11
E-Mail: info@rehatreff.de

Bankverbindung für Spenden:

Konto-Nr. 7 43 05 99 • BLZ: 860 205 00
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE05 8602 0500 0007 4305 99
BIC: BFSWDE33LPZ

Nachdrucke:

Nachdrucke mit Quellenangabe
nach Rücksprache mit der Redaktion
erwünscht.

Verantwortlich i. S. des Presserechts:

Reiner Müller, 1. Vorsitzender
Bundesverband Poliomyelitis e.V.

Namentlich gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Medizinische Empfehlungen sollten mit dem behandelnden Arzt besprochen werden. Die Redaktion behält sich das Recht vor, eingereichte Artikel und Leserbriefe zu kürzen.

Unsere Arbeit wird in erster Linie von den gesetzlichen Krankenkassen unterstützt.

ISSN 1619-0661 • Auflage: 4 100

Editorial

Liebe Mitglieder des Bundesverband Polio e. V.,

erstmals erhalten Sie mit dieser Ausgabe Ihre vertrauten Polio-Nachrichten (PN) gemeinsam mit der Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e. V. (DGM), dem Muskelreport (MR).

Grundlage hierfür sind die gemeinsamen Bemühungen Ihres Vorstandes mit dem Vorstand der DGM, künftig enger miteinander zu kooperieren. Die erste Stufe der getroffenen Vereinbarungen ist dabei die Beilage der Polio-Nachrichten in den Muskelreport. Ein weiterer wichtiger Schritt ist die gegenseitige Öffnung der Gesprächskreise und Regionalgruppen. Hierzu wurden im letzten MR die Kontaktdaten der Regionalgruppen und Kontaktstellen des BV Polio e. V. abgedruckt. Sie finden die Termine und Adressen der DGM im vorliegenden MR auf den Terminseiten.

Wir sind sicher, dass auch für Sie als (Post-)Polio-Betroffene viele Inhalte im Muskelreport interessant sein werden. Gerade die Themen, die den gesundheitspolitischen Bereich betreffen, die Frage der Hilfsmittelversorgung oder allgemeine Themen wie Reisen für Menschen mit Handicap machen nicht an einer bestimmten Diagnose Halt. Vielleicht interessiert Sie auch, was andere Diagnosegruppen in der DGM tun und welche Möglichkeiten sich durch die Einführung dieser in der DGM noch recht neuen Organisationsform ergeben.



Wir laden Sie auch herzlich ein, direkt an den Inhalten des Muskelreport mitzuwirken, indem Sie uns gerne Anregungen für Beiträge geben, einen Leserbrief verfassen oder den Anzeigenteil nutzen.

Wir sind sicher, dass die Bündelung der Interessen der Polio-Betroffenen mit denen von einer anderen neuromuskulären Erkrankung Betroffener alle voran bringt und alle stärkt. In diesem Sinne verbinden wir gerne Ihr Motto „Gemeinsam sind wir stark“ mit dem Motto der DGM „Mut zur Zukunft“.

Wir freuen uns auf die künftige Zusammenarbeit.

Herzlichst

Ihr Horst Ganter
Bundesgeschäftsführer
Deutsche Gesellschaft
für Muskelkranke e. V. (DGM)



DGM

Deutsche Gesellschaft
für Muskelkranke e.V.

MAGAZIN

- 4 Sächsischer Selbsthilfefpreis für Edith Stiebing
Jubiläen in Wiesenbad
- 5 Bayerischer Verdienstorden für Margit Quell
- 6 Krankheiten vermeiden, bevor sie entstehen
Gesetzesänderungen 2015
Gute medizinische Versorgung: Keine Frage des Wohnortes
Der Nachmittag eines Fauns
BZgA:
Heidrun Thaiss neue Leiterin
Impfungen im Doppelpack
- 7 The Epidemic
Eckpunktetpapier
Krankenhausreform
Behindertenpolitischer
Aufbruch gefordert

TITELTHEMA

- 8 **Wenn die Atmungs-
muskulatur betroffen ist**
- 9 Keine Angst vor Beatmung!
- 10 Sonderfall im Schlaflabor
- 12 Aus der Literatur

AKTUELL

- 13 Ludwigsburg-Medaille für Groliks
- 13 Ärger um Ausschreibung
- 14 Würzburg: Zentrum für Seltene Erkrankungen

- 14 Versorgungsstärkungsgesetz: Nachbesserungsbedarf
- 15 Dresden: Zentrum für Seltene Erkrankungen
- 15 Austausch mit Physiotherapeuten

INTERNATIONAL

- 16 Polio-Betroffene in der Türkei

FUNDRAISING

- 19 Danke!
Jede Spende hilft

REISE & URLAUB

- 20 Im Land der Schafe und des Whiskys

REGIONALES

- 22 Vier Tage Wien ...
Gemeinsame Projektwoche
- 23 Seminar für Betroffene und Angehörige
Ehrungen bei Jahresfeier

STEUERRECHT

- 24 Steuererleichterungen
- Folge 2 -

RUBRIKEN

- 3 Herzlich willkommen!
- 26 Dies & Das
- 28 Wichtige Termine
- 28 Buchtipps

Herzlich willkommen!

Wieder stießen neue Mitglieder zum BV Polio – genau gesagt waren es zum Jahreswechsel 28 Neue! Wir begrüßen herzlich in unseren Reihen unter anderen:

Silvana Kach aus Bludenz/Vorarlberg (Österreich), Marga Frey aus Heilbronn, Renate Jahnke aus Greifswald, Wolfgang Scherzer aus Moers, Brigitte Gruss aus Rotach-Egern, Hermann Bösch aus

Ahlerstedt-Bokel, Petra Schneider aus Plankstadt, Gisela Brennecke aus Fahrenwalde, Wolfgang Palm aus Waldesch, Anita Scheinhardt aus Braunschweig, Christa Ripken aus Oldenburg, Christa Moser aus Scheyern, Angelika Behrenhoff aus Nürnberg, Jutta Weickenmeier aus Speyer, Josef Heelein aus Langenfeld, Kathi Ineichen aus Gelfingen (Schweiz) und Konrad Jäckel aus Poing.

Willkommen!



Titelfoto:

Aufatmen – wer würde das nicht manchmal gern? Was die Medizin dafür tun kann, erfahren Sie ab Seite 8. Foto: Blick über den Ammersee zu den Alpen, Gemälde von Josef Schoyerer

Sehr geehrte Mitglieder,

wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass der Mitgliedsbeitrag für das laufende Jahr fällig ist. Wir bitten um Zahlung unter Angabe Ihrer Mitgliedsnummer. Hierfür bitte ausschließlich folgende Kontoverbindung nutzen:

Bank für Sozialwirtschaft Hannover
IBAN: DE40 2512 0510 0007 4305 00
BIC: BFSWDE33HAN

Vielen Dank – Ihre Geschäftsstelle



Seite 16:

Die Uniklinik Ege in Izmir verfügt über 4000 Betten und betreut jährlich ca. 125 000 stationäre und 400 000 ambulante Patienten. Hier befindet sich das Polio-Kompetenzzentrum der Türkei



Seite 20:

Aberdour Castle und sein Terrassengarten. Zauberhafte Eindrücke brachte Ursula Schäfer aus Schottland mit

Sächsischer Selbsthilfepreis für Edith Stiebing



Anlässlich der Verleihung des Sächsischen Selbsthilfepreises der Ersatzkassen 2014 erhielt Frau Edith Stiebing am 17. Oktober 2014 zu einem Festakt in Dresden einen Anerkennungspreis. In der Einladung dazu heißt es u. a. ... die Selbsthilfe in organisierter Form hat in den neuen Ländern während der letzten zwanzig Jahre einen immensen Aufschwung erfahren. ... In ganz Deutschland bildet die Selbsthilfe eine der tragenden Säulen des Gesundheitswesens. ... Selbsthilfe heißt, sich ehrenamtlich zu engagieren. ... Selbsthilfe lebt von immer wieder neuen Ideen und von einzelnen Menschen. ... Dieses herausragende Engagement würdigt der Sächsische Selbsthilfepreis der Ersatzkassen. ...

Wir begründeten unseren Vorschlag,

Frau Stiebing diesen Preis zukommen zu lassen, folgendermaßen: Mit 58 Jahren übernahm Frau Stiebing im Jahr 1999 das Amt der Sprecherin der Polio-SHG Leipzig. Mit anfänglich 21 Mitgliedern vergrößerte sich die Gruppe sehr schnell bis auf über 100 Mitglieder. Für alle war Frau Stiebing die Person, die immer da war, wenn Gesprächsbedarf aus was für Gründen auch immer bestand. Ihre eigenen gesundheitlichen Probleme (Frau Stiebing ist auf den Rollstuhl angewiesen) ordnete sie stets denjenigen anderer unter und gab Hilfe aller Art weiter. Das betraf vor allem Hilfestellung bei der Suche nach poliokompetenten Fachärzten, der Ausfüllung von Kuranträgen und der Auswahl der Kureinrichtung, bei Beratung und

Beantragung verschiedenster Hilfsmittel, bei Beantragung des Grades der Behinderung des Schwerbehinderten-Ausweises und bei ganz alltäglichen Dingen. Neben dieser außerordentlich zeitaufwendigen Tätigkeit organisierte sie den Ablauf der 150 Gruppentreffen, warb dafür die Gäste an und legte immer das Hauptaugenmerk darauf, die Gruppenmitglieder auf den neuesten Stand der Erkenntnisse zu den Spätfolgen der Polio und dem PPS zu bringen. Sehr viel lag Frau Stiebing in all den Jahren an der Sensibilisierung der Bevölkerung zur Schutzimpfung gegen die Poliomyelitis am Herzen. Sie war die Initiatorin, mit einem eigenen Informationsstand auf der Messe Haus-Garten-Freizeit in Leipzig aufzutreten, ebenso wie immer wieder in Abständen die LVZ (Leipziger Volkszeitung) mit Informationen zum Stand Poliofälle auf unserer Erde zu füttern, da die Gefahr eines Ausbruchs der Erkrankung noch immer nicht gebannt ist.

Auch hat sie jährlich dafür gesorgt, dass gesellige Zusammenkünfte der Mitglieder stattfanden und Fahrten zu sehenswerten Zielen durchgeführt wurden. Diese Fahrten haben dazu beigetragen, dass sich innerhalb der Gruppe starke soziale Bindungen gebildet haben.

Letztlich hat sich Frau Stiebing das Motto des Bundesverbandes Poliomyelitis e. V. „Wir sind füreinander da“ und „Gemeinsam sind wir stark“ zu ihrer Lebensmaxime gemacht.

Unsere Gruppe hat sich sehr gefreut, dass Frau Stiebing von 70 eingegangenen Bewerbungen einen der vier verliehenen Anerkennungspreise erhalten hat.

Dr. Ingeborg Buchholz

60 Jahre Rehaklinik Miriquidi • 20 Jahre Therme

2015 ist das Jubiläumsjahr für die Kurgesellschaft Thermalbad Wiesenbad, und das bietet allen Unternehmungslustigen die Möglichkeit, bei zahlreichen Veranstaltungen gemeinsam mit dem Miriquidi-Team zu feiern.

Über das ganze Jahr verteilt wer-

den kulturelle und medizinische Veranstaltungen sowie besondere Aktionen angeboten.

Viele bekannte Events, wie die Wiesenbader Märkte, die Musical-Gala, der Wandertag usw., bereichern auch 2015 wie-

der das Programm, aber auch besondere Höhepunkte, wie die Gitarrennacht mit Vicente Patiz oder der Comedy-Abend mit Franziska Tröger, gibt es zu erleben.

Weiterhin finden besondere Aktionen ihren

Info: www.wiesenbad.de
E-Mail: kur@wiesenbad.de
Tel.: 03733 / 504-1199

Auszüge aus der Laudatio Bayerischer Verdienstorden für Margit Quell

überreicht von Ministerpräsident

Horst Seehofer am 17.12.2014

während eines Festaktes im

Antiquarium der Residenz in München

Margarete Quell hat im Laufe ihrer politischen Tätigkeit in der Gemeinde Mammendorf und im Kreistag wichtige Ämter besetzt und sich mit ihrer ganzen Kraft und Energie für die Belange der Gemeinde Mammendorf und des Landkreises Fürstenfeldbruck eingesetzt. Als Betroffene war es ihr immer ein besonderes Anliegen, barrierefreie Zugänge zu öffentlichen Gebäuden zu schaffen.

Als zehnmalige Goldmedaillengewinnerin bei sechs Paralympischen Spielen in Leichtathletik und Schwimmen und zweimalige Europa- und Deutsche Meisterin im Rollstuhltanz hat Margarete Quell mit außergewöhnlichen Erfolgen zur Entwicklung des Behindertensports in Bayern beigetragen. 1989 übernahm Margarete Quell zudem die Leitung der Rollstuhltanzsport-Abteilung im Universitäts-Sportclub München e. V. (USC). Ihre sportliche Erfahrung und ihren Elan gibt sie als Übungsleiterin unermüdlich an junge Sportlerinnen und Sportler weiter. Frau Quell setzt sich mit ganzer Kraft und außergewöhnlichem Engagement für den Behindertensport im „Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Bayern e. V.“, im „Deutschen Behinderten-Sportverband e. V.“ und im „Deutschen Rollstuhl-Sportverband e. V.“ in außergewöhnlicher Weise ein.

Frau Quell hat sich durch ihr besonderes Engagement hervorragende Verdienste um den Freistaat Bayern erworben, die einer Auszeichnung mit dem Bayerischen Verdienstorden mehr als würdig sind.

Bayerischer Verdienstorden für Margit Quell



Dem Sport und der Politik gilt – neben der Familie natürlich – das ganze Engagement von Margit Quell aus Mammendorf, die im Alter von 12 Jahren an Kinderlähmung erkrankte.

Wie die meisten Polio-Betroffenen hat sie das nicht gebrochen, sondern eher zu Höchstleistungen angespornt. Sportlich zählte sie über lange Jahre mit paralympischen Goldmedaillen und Meistertiteln in verschiedenen Disziplinen zu den Aushängeschildern des deutschen Behindertensports, beruflich stand sie „ihre Frau“ in der Finanzwelt.

Als Fachfrau ist Margit Quell natürlich in der Lokalpolitik gefragt – die

langjährige Gemeinderätin setzt sich unter anderem als Kreissportreferentin im Kreistag und als Verwaltungsrätin bei der Sparkasse ein. Inklusion und Barrierefreiheit zählen im Kreis Fürstenfeldbruck zur Selbstverständlichkeit. Ehrenamtlich engagiert sie sich zudem natürlich auch im Bundesverband Poliomyelitis und seiner Regionalgruppe Augsburg und als Vorsitzende der Stiftung „Ein bisschen mehr wir – ein bisschen weniger ich“.

Aus Polio-Kreisen kam der Vorschlag zur Ehrung – BV-Polio-Vorsitzender Reiner Müller wurde auch eigens vom Bayerischen Innenministerium zu dieser Feier eingeladen. ks

Miriquidi · 10 Jahre Thermal-Kräuter-Wellness

Platz im Jubiläumsprogramm. So können die Besucher vom 26.04. bis 03.05.2015 im Thermalbad *Therme Miriquidi* gemäß dem Motto „Preise wie vor 20 Jahren“ auch noch das passende Geld mitbringen. Auch können Geburtstagskinder bei Vorlage ihres Ausweises kostenfrei die Möglichkeit

zum Gesundheitsbad an ihrem Ehrentag nutzen.

Das jüngste Geburtstagskind im Reigen – die Thermal-Kräuter-Wellness – bietet vom 01.01. bis 31.12.2015 die *Kräuterauszeit zum Jubiläum* an. Diese beinhaltet ein Kräuter-Fußbad, eine Fußreflexzonenmassage,

eine Rückenverwöhnmassage und ein 2-Gang-Kräuter Menü zum Sonderpreis von 49,- € pro Person.

Die Gäste und Einwohner von Thermalbad Wiesenbad können sich also auf ein abwechslungsreiches Programm im Jubiläumsjahr 2015 freuen.

Krankheiten: Vermeiden, bevor sie entstehen

Das Bundeskabinett hat den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) beschlossen. Dazu erklärt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe: „Es geht darum, Krankheiten zu vermeiden, bevor sie überhaupt entstehen. Das gilt für jeden Einzelnen, ist aber genauso ein Anspruch an all diejenigen, die für die Gesundheit anderer mit Verantwortung tragen – in Kitas, Schulen, am Arbeitsplatz oder im Pflegeheim. Ziel muss sein, die Umgebung, in der wir leben, lernen und arbeiten, so zu gestalten, dass sie die Gesundheit unterstützt. Ich freue mich, dass es nach mehreren Anläufen in der Vergangenheit nun einen breiten Konsens darüber gibt, bei der Prävention einen wichtigen Schritt nach vorne zu gehen.“ *BMG*

www.bundesgesundheitsministerium.de/praeventionsgesetz

Gesetzesänderungen 2015: BMG informiert

Was hat sich seit Januar 2015 geändert? Wie verbessern sich die Leistungen der Pflege? Welche Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sollten die Bürger/-innen kennen? Die wichtigsten Punkte sind auf einer Übersichtswebsite zusammengestellt:

www.das-aendert-sich-2015.de

BMG

www.bundesgesundheitsministerium.de/neuregelungen_2015

Gute medizinische Versorgung: Keine Frage des Wohnorts

Das Bundeskabinett hat den Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) beschlossen. Das Gesetz zielt darauf ab, auch in Zukunft eine gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau sicherzustellen. Bundesminister Herman Gröhe: „Gute medizinische Versorgung darf auch in Zukunft keine Frage des Wohnorts

Der Nachmittag eines Fauns: Tanaquil Le Clercq

Sie war schön. Sie tanzte wie keine Zweite. Ob sie in einem klassischen Ballett auftrat oder ihr wildes Temperament sprühen ließ, wer Tanaquil Le Clercq (1929 bis 2000) jemals auf der Bühne des New York City Balletts erlebt hatte, erinnerte sich noch Jahrzehnte später an die Kunst, mit der diese große Ballerina das Tanztheater revolutionierte. Nancy Buirskis dokumentarischer Essay montiert Interviews, Fotos und historische Aufnahmen aus privaten und öffentlichen Archiven, um der Faszination nachzuspüren, die von Tanaquil Le Clercq ausging. Der Film zeigt Ausschnitte aus umjubelten Inszenierungen ihres Ehemannes Georges Balanchine und ihres Freundes Jerome Robbins. Mit ihrer ebenso zärtlichen wie expressiven Tanzkunst ließ sie Stücke wie „Feuervogel“, „Nachmittag eines Fauns“ und „Der Nussknacker“ zum Ereignis werden. Zugleich skizziert der Film den Kampf, den Tanaquil Le Clercq gegen ein unerbittliches Schicksal führte: Während einer Tournee in Europa erkrankte sie mit 27 Jahren an spinaler Kinderlähmung. Auf den Rollstuhl angewiesen gab Le Clercq ihren Traum vom modernen Ballett und von ihrer Unabhängigkeit als Frau und schöpferischer Künstlerin trotz allem nicht auf.

Seit Oktober 2014 als DVD/BluRay im Handel (1:31 Std.)

sein. Gerade im ländlichen Raum sind verstärkte Anstrengungen nötig, um eine gute Versorgung aufrechtzuerhalten. Finanzielle Anreize sind dabei ein Baustein, wichtig ist es aber auch, die Arbeitsbedingungen so zu verbessern, dass sich wieder mehr Ärzte für den Landarztberuf entscheiden. Gleichzeitig geht es darum, die Versorgung klug weiterzuentwickeln. Mit dem Innovationsfonds sollen gezielt Projekte gefördert werden, die neue Wege in der Versorgung beschreiten.“ *BMG*

www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv_versorgungsstaerkungsgesetz

BZgA: Heidrun Thaiss neue Leiterin

Frau Dr. med. Heidrun M. Thaiss hat am 1. Februar 2015 die Leitung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) übernommen. Frau Dr. Thaiss folgt auf Frau Prof. Dr. Elisabeth Pott, die aus Altersgründen ausscheidet.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe: „Ich freue mich sehr, dass wir Frau Dr. Thaiss als neue Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gewinnen konnten. Ihre hohe fachliche Kompetenz im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung qualifiziert sie in besonderer Weise für diese gesellschaftlich wichtige Aufgabe. Mit Frau Dr. Thaiss ist die

BZgA auch in Zukunft bestens aufgestellt, um die gesundheitliche Aufklärung voranzutreiben und so die Gesundheitsvorsorge in Deutschland zu stärken.“ *BMG*

Trauriger Anlass für mehr Medienecho: Impfungen im Doppelpack

Polio ist nicht nur für die Frankfurter Allgemeine wieder ein Thema (siehe Editorial III/2014), auch Spiegel online befasste sich wiederholt mit der „Rückkehr der Kinderlähmung“. Im August 2014 zitierte das Magazin in seiner Web-Ausgabe eine Studie, von der im Fachmagazin Science berichtet wurde: Polio-Impfungen „im Doppelpack“ seien wirksamer.

Das Robert Koch-Institut schreibt dazu in seinem „Epidemiologischen Bulletin“ 43 vom 27.10.2014 im Themenkomplex „Welt-Polio-Tag“: Da die Impfung mit oraler Poliovakzine (OPV) in seltenen Fällen zu Impfpolio führen kann, wird in Deutschland und anderen Industrienationen nur noch mit IPV (injizierbarer Totimpfstoff) geimpft. In vielen Entwicklungsländern wird dagegen immer noch die leicht zu verabreichende Schluckimpfung mit abgeschwächten, aber noch replikationsfähigen Erregern verwendet. Nun wird von der WHO ein Umstieg von OPV auf IPV angestrebt. Bis Ende 2015 soll weltweit zumindest

The Epidemic

Ich erinnere mich an nichts – aber ich werde es nicht vergessen

„Delfine. Die Delfine sind für mich eine wunderbare Attraktion. Vom Schwimmbad aus sehe ich herauf zu ihnen. Die Damen stehen am Rand des Beckens. Sie sehen herunter. Andere Kinder sind im Wasser, viele. Ich bin Teil einer Geschichte – einer Geschichte, die Teil von mir ist. Wieder sehe ich zu den Delfinen herauf. Es sieht aus, als lebten sie, aber sie bewegen sich nicht – eingefroren mitten im Sprung. Ich falle rückwärts ins Wasser. Ich lebe!“

So setzt Niels Frandsen seine Erinnerungen und die Geschichte seiner Familie in einem sehr bewegenden, wunderschönen Film um. Frandsen selbst erkrankte 1952 in Kopenhagen im Alter von einem Jahr während der großen Polio-Epidemie in Dänemark.

Original Dänisch, als DVD auch erhältlich in Deutsch oder Englisch (50 Min.)

Trailer (englisch): <https://vimeo.com/ondemand/epidemic>

Homepage: www.nielsfrandsen.dk/styled-6/styled-3/styled-4/

eine IPV-Dosis in alle Routine-Impfschemata eingeführt sein.

Zwei kürzlich in „Science“ und „Lancet“ veröffentlichte Studien haben zudem gezeigt, dass die kombinierte Anwendung von OPV und IPV künftig bei der weltweiten Eradikation von Polioviren helfen könnte: Kinder, die zusätzlich zur OPV-Vakzine initial eine IPV-Dosis erhalten hatten, erreichten im Vergleich zu den Gruppen ohne IPV-Impfung eine höhere Schleimhautimmunität und schieden weniger Viren mit dem Stuhl aus. IPV sollte aus diesem Grund genutzt werden, um in Ländern, die nur einen schlechten Zugang zu Impfungen haben, die Ausrottung des Virus zu beschleunigen, so die Forscher.

Krankenhausreform: Eckpunktepapier vorgelegt

Hohe medizinische Qualität, sicher und gut erreichbar: Das Krankenhaus der Zukunft soll diesen Standards entsprechen. Eine Arbeitsgruppe mit Vertretern aus Bund und Ländern hat die notwendigen Schritte für eine Krankenhausreform erarbeitet und am 5. Dezember 2014 Eckpunkte vorgelegt, die 2015 in Gesetze und Regelungen umgesetzt werden sollen.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe betonte: „Gute Versorgung und Pflege im Krankenhaus können nur

gelingen, wenn Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger nicht dauerhaft überlastet sind. Deshalb stellen wir mit einem Pflegestellenförderprogramm insgesamt 660 Millionen Euro zur Verfügung, damit Krankenhäuser mehr Pflegekräfte einstellen können, z. B. für die Betreuung von demenzkranken und pflegebedürftigen Patienten. Mit einem Strukturfonds unterstützen wir die Länder dabei, notwendige Umstrukturierungen zur Verbesserung der Versorgung voranzubringen. Dafür werden bis zu 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zur Verfügung gestellt, wenn auch die Länder sich in gleicher Höhe beteiligen.“

Das vorgelegte Eckpunktepapier formuliert klar Herausforderungen und Lösungsansätze in der Krankenhausversorgung: „Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Pfeiler in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Wir blicken in Deutschland auf eine leistungsfähige Krankenhausmedizin, die von über einer Million Beschäftigten getragen wird. Vor dem Hintergrund demografischer Veränderungen und dem medizinisch-technischen Fortschritt ist die Politik gefordert, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass auch in Zukunft in Deutschland eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden kann. Die große Koalition hat

in ihrem Koalitionsvertrag die Ziele einer modernen Krankenhauspolitik klar formuliert: Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, sicher und gut erreichbar sein. Bund und Länder stellen sich gemeinsam dieser verantwortungsvollen Aufgabe.“

BMG

vollständiges Eckpunktepapier Krankenhausreform:

www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/B/

[Bund_Laender_Krankenhaus/](#)

[Eckpunkte_Bund_Laender_Krankenhaus.pdf](#)

BAG Selbsthilfe fordert für 2015: Behindertenpolitischer Aufbruch

Anlässlich des Welttages der Menschen mit Behinderungen am 3. Dezember 2014 stellte die BAG Selbsthilfe die klare Forderung an die Politik, zukünftige Gesetze wie u. a. das Bundesteilhabegesetz und das Behindertengleichstellungsgesetz so zu gestalten, dass behinderte Menschen in unserer Gesellschaft nicht benachteiligt werden und ihnen ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen.

„Die anstehenden Reformen werden nur dann erfolgreich sein, wenn sie die Situation behinderter Menschen nachhaltig verbessern und zu bundesweit einheitlichen Regelungen und Ansprüchen führen. Deshalb müssen sie sozialpolitisch geführt und dürfen nicht von der Finanzpolitik ‚überholt und ausgebremst‘ werden“, erklärt Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe. Die Bundesregierung ist deshalb aufgefordert, substantielle Verbesserungen für Barrierefreiheit, u. a. auch durch eine effektivere Verzahnung mit dem Antidiskriminierungsrecht, zu ermöglichen.

Der Deutsche Behindertenrat (DBR), dessen Mitglied die BAG Selbsthilfe ist, hat jetzt einen Forderungskatalog erarbeitet, der auch den immensen Handlungsbedarf in den Bereichen Bildung, Wahlrecht und Barrierefreiheit aufzeigt. Darüber hinaus werden auch Maßnahmen gegen die fortwährende Gewalt an behinderten Menschen gefordert. Der Forderungskatalog des DBR umfasst 11 Positionen und ist unter www.deutscher-behindertenrat.de verfügbar.

BAG Selbsthilfe



Wenn die Atmungsmuskulatur betroffen ist ...



Von Dr. Martin Bachmann, Sektionsleiter Pneumologische Intensiv- und Beatmungsmedizin und Leiter des Schlafmedizinischen Labors im Zentrum für neuromuskuläre Erkrankungen mit Beteiligung der Atmungsmuskulatur am Thoraxzentrum der Asklepios-Klinik in Hamburg-Harburg

zwei wesentlichen Bereichen aus. Die Schwäche der Atmungsmuskulatur ist zum einen mit einem Atemversagen verbunden, zum anderen führt sie zu einer Hustenschwäche, die mit einem Sekretverhalt in den Atemwegen einhergeht.

Schwäche der Atmungsmuskulatur

Die Atmungsmuskulatur stellt die sogenannte Atempumpe dar. Ihre Aufgabe ist es, die Atemluft quasi wie ein „Blasebalg“ in die Lunge hinein und wieder heraus zu „pumpen“. Ist die Atmungsmuskulatur aus irgendeinem Grund zu schwach bzw. überlastet, so wird im Wesentlichen das im Körper produzierte Kohlendioxid nicht abgeatmet. Die Folge sind subjektive Beschwerden wie Luftnot, Kopfschmerzen, Müdigkeit oder Einschlafneigung, die die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinflussen können.

Therapeutisch besteht in diesem Fall die Möglichkeit einer Unterstützung bzw. möglichst ein Ersatz der Atmungsmuskulatur durch eine Beatmungstherapie. Im Idealfall ersetzt die Beatmungsmaschine dann die erschöpfte muskuläre Atempumpe, sodass diese sich erholen und Kraft schöpfen kann. Der Zugang zu den Atemwegen erfolgt in der Regel über eine Maske, die sich der Betroffene aufsetzt, selten über einen Luftröhrenschnitt und eine Kanüle. Die Therapie wird in der Nacht durchgeführt, da die

Das Post-Polio-Syndrom (PPS) ist in seinem klinischen Erscheinungsbild sehr unspezifisch und schwierig zu diagnostizieren. Die Betroffenen klagen über Müdigkeit, Muskel-, Gelenkschmerzen, allgemeine Schwäche, Muskelatrophien, Kraftverlust in den Extremitäten, Kälteintoleranz oder Probleme im täglichen Leben beim Gehen, Treppensteigen oder auch Ankleiden.

Schwierigkeiten bezüglich der Atmungsfunktion werden in der Regel nicht als relevantes Problem benannt. Dies führt in vielen Fällen zu einer späten oder auch ausbleibenden Diag-

nostik und Therapie. Komplikationen im Bereich der Atemwege werden u. U. nicht in Zusammenhang mit dem PPS gebracht und nicht entsprechend weiter verfolgt und therapiert.

Dieser Artikel soll einen Überblick über die systematische und stufenweise Diagnostik und Therapie der Atmungsbeteiligung bei PPS, die möglichen Komplikationen und deren Verhinderung bieten. Die subjektiven Beschwerden und die Lebensqualität der Betroffenen stehen hierbei grundsätzlich im Vordergrund.

Die Beteiligung der Atmungsmuskulatur in Rahmen des PPS wirkt sich in

Auswirkungen der erschöpften Atempumpe nachts besonders stark ausgeprägt sind.

Somit erreicht man zwei Effekte gleichzeitig. Die nächtliche Störung des Schlafes durch die schlafbezogene Atemregulationsstörung wird behoben und die Atemmuskulatur bekommt eine ausreichend lange Erholungsphase. Neben der Tatsache, dass diese Therapie sorgfältig nach den Bedürfnissen der Betroffenen eingestellt werden muss, kommt es nun darauf an, den richtigen Zeitpunkt für den Therapiebeginn zu finden. Das bedeutet, dass Beschwerden bestehen, die auf die Erschöpfung der Atemmuskulatur zurückzuführen sind und die durch eine Beatmungstherapie zu beheben sind.

Dies erfordert eine spezifische Diagnostik. Wir messen die Einatemkapazität im Sitzen und im Liegen als Parameter für die Beeinträchtigung der für die Einatmung verantwortlichen Muskulatur, insbesondere des Zwerchfells. Weiterhin sind Blutgasanalysen am Tage und in der Nacht erforderlich, um ein Bild von der Beseitigung des Kohlendioxids zu bekommen. Die Messung in der Nacht ist wichtig, da in der Nacht die Zeichen einer Erschöpfung der Atemmuskulatur zu allererst und am ausgeprägtesten zu sehen sind.

Die Diagnostik kann entweder primär im Schlaflabor erfolgen, wobei unbedingte Voraussetzung eine kontinuierliche Messung des Kohlendioxids sowie die Abnahme von Blutgasanalysen während des Schlafes ist. Alternativ kann die Diagnostik auf einer spezialisierten Beatmungsstation erfolgen, auf der eine kombinierte nächtliche kontinuierliche Kohlendioxid- und Sauerstoffsättigungsmessung und zusätzliche Blutgasuntersuchungen erfolgen. Bedarfsweise kann dort auch eine Untersuchung weiterer Atmungs- und Kreislaufparameter durchgeführt werden, in denen gegenüber dem Vorliegen eines Schlafapnoe-Syndroms unterschieden werden kann. Besteht eine nicht erklärbare Müdigkeit oder Hinweise für eine Schlafapnoe, so sollte eine Schlaflaboruntersuchung zur weiteren Klärung abgeschlossen werden.

Ergeben die Messungen und die klinischen Beschwerden eindeutige Hinweise auf eine Erschöpfung der Atempumpe, so sollte eine Beatmungstherapie begonnen werden. Diese muss sehr sorgfältig eingestellt werden, was in der Regel mindestens 7 Tage stationäre Behandlung bedeutet. In diesem Zeitraum müssen die richtige Beatmungseinstellung und eine optimal passende Maske gefunden werden. Weiterhin muss der Betroffene und möglichst seine Angehörigen den einwandfreien Umgang mit der Therapie lernen.

Einmal eingestellt, muss die Therapie in regelmäßigen Abständen kontrolliert und ggf. nachjustiert oder erweitert werden. Für Rückfragen oder Notfälle sollte das einstellende Beatmungszentrum jederzeit zur Verfügung stehen.

Insgesamt kann die Atmungssituation beim PPS durch eine häusliche (außerklinische) Beatmungstherapie sehr gut und langfristig stabilisiert werden.

Keine Angst vor Beatmung!

Erfahrungsbericht einer Patientin

Als ich mit drei Jahren an Polio erkrankte, rettete mich nur die Eiserne Lunge vor dem Ersticken. Ich erinnere mich noch, wie ich das erste Mal wieder aus dieser Eisenröhre rausgeholt wurde und mich mein Vater auf dem Arm zum Fenster trug: Einerseits war ich glücklich, dass ich wieder frei in die Landschaft gucken konnte, andererseits fühlte sich die Welt bleischwer auf meinem Brustkorb an.

An das beschwerliche Atmen gewöhnte ich mich als kleines Kind sehr schnell und fühlte mich überhaupt nicht eingeschränkt. Nur wenn ich nieste, lachten mich meine Schwestern aus: „Da hat wohl wieder eine Fliege geniest“ – so leise und schwach klang das Geräusch. Und jede Bronchitis wurde dramatisch, weil mir das Abhusten kaum gelang.

So vergingen 40 Jahre, in denen ich ans Atmen keinen Gedanken verschwendete. Bis ich zum ersten Mal Anfang der 90er-Jahre von einem Beatmungszentrum in Göttingen erfuhr, das sich auf Atemschwierigkeiten von Poliopatienten spezialisiert hatte. Dort wurde ich das erste Mal untersucht.

In den vergangenen 20 Jahren habe ich mich insgesamt acht mal in vier unterschiedlichen Schlaflabors bzw. Beatmungszentren untersuchen lassen. Dabei habe ich einige Erfahrungen gesammelt:

1. Keine Angst vor der maschinellen Atemunterstützung! Deshalb erste Anzeichen von Atemschwäche nicht ignorieren, sondern mutig untersuchen lassen. Hinweise auf eine Atemschwäche können sein: Tagesmüdigkeit, Schlafstörungen, Kurzatmigkeit, allgemeine Abgeschlagenheit und eindeutige Muskellähmungen im Brust- und Schulterbereich.
2. Jede Klinik bzw. jedes Schlaflabor ist anders. Es lohnt sich, vorher die Einrichtung auf die persönlich benötigte Barrierefreiheit zu prüfen. Auch der Pflegeschlüssel ist uneinheitlich. In einer Klinik weigerten sich die Schwestern, mir nur 5 Minuten bei der Intimpflege zu helfen – für so etwas hätten sie keine Zeit!
3. Die Messung der Atmung und der Schlafqualität ist zwar lästig mit bis zu 20 angeklebten Elektroden am Körper – aber meistens schläft man damit sehr viel besser, als man das vorher befürchtet hat.
4. Doch auch für diese Messungen gibt es keine Einheitlichkeit. Ich war in echten Schlaflabors mit Einzelzimmern, EEG-Ableitungen und Kamerabeobachtung. Ich wurde aber auch in Dreibettzimmer neben an frischer Bronchitis erkrankten Mitpatientinnen untergebracht mit der Erfassung von etwa drei Messwerten über die ganze Nacht. Vonseiten der Krankenkasse waren alle Zentren gleich anerkannt.
5. Selbst wenn der technische Standard der Untersuchungsverfahren hoch ist, hängt die Bewertung der Messergebnisse sehr vom Wissen und der Erfahrung der Ärzte ab. Denn manche „schlechten“ Werte können bei uns jahrelang Gelähmten hingenommen werden, andere erfordern hingegen schnelles Handeln und auch mal das Sich-Fügen in die Beatmung, auch wenn man als Betroffener sich gar nicht besonders schlecht fühlt. Man muss also der Beurteilung des Arztes vertrauen können.
6. Nicht jede Atemschwäche muss gleich mit einer nächtlichen maschinellen Beatmung unterstützt werden. Ich habe trotz teilweise schlechter Werte noch 15 Jahre nach der ersten Untersuchung frei geatmet, hatte allerdings schon ein Atemgerät angepasst bekommen, das mir z. B. in Krisensituationen wie einer Operation stundenweise enorm gut geholfen hat. Ansonsten stand es halt ungenutzt neben meinem Bett – und die Krankenkasse hatte keine Einwände dagegen.
7. Die Beachtung der Atemschwäche in der Krankengymnastik kann zu speziellen Übungen verhelfen, die auch stabilisierend wirken können.
8. Und seit etwa fünf Jahren kann ich für mich feststellen: Die nächtliche Beatmung tut wirklich gut und steigert meine Leistungsfähigkeit unmittelbar. Sie ist inzwischen so verbreitet, dass sich immer wieder sehr gute Ärzte und Medizintechniker finden lassen, die die Atemgeräte überwachen.

Carola Hiedl

Auch im Schlaflabor ein Sonderfall ...



Wer kommt normalerweise ins Schlaflabor? Das sind Schlaflose, Schnarcher, Schlafwandler und Schläfer, die im Schlaf zu schnaufen vergessen und deshalb morgens mit Kopfweh aufwachen. Die Fragebogen, die man bei der Einweisung ins Schlaflabor ausfüllen muss, sehen jedenfalls nicht vor, dass jemand wegen dauerhaften Hustens und Räusperzwangs im Schlaf beobachtet werden muss oder eine Atemmaske benötigt.

Obwohl es meines Wissens keine eindeutige wissenschaftliche Aussage darüber gibt, ob die hartnäckige Verschleimung, unter der viele Polio-Spätpatienten leiden, mit Hilfe einer nächtlichen Atemmaske gemindert werden kann, wird diese Therapiemöglichkeit in der einschlägigen Literatur erwähnt. Jedenfalls hatte ich mir vorgestellt, dass ich mit einer Atemhilfe meinen im Lauf der Jahrzehnte allmählich immer quälender werdenden Hustenzwang in den Griff kriegen könnte.

Und im letzten Winter war ich soweit. Eine akute Erkältung war dazu gekommen – und dann war die Husterei so auffällig geworden, dass ich ständig darauf angesprochen wurde. Ich suchte ärztlichen Rat. Meine Hausärztin tippte auf eine Viruserkrankung und verordnete Hustensaft und pflanzliche Mittel. Ich hielt es zunächst nicht für ratsam, von einem möglichen Post-Polio-Syndrom zu reden – es hätte ja auch sein können, dass die Medikamente helfen. Leider war das aber nicht der Fall. Deshalb riet mir die Doktorin zum großen Check mit Laboruntersuchung von Blut, Stuhl und Urin. Konnte ja nichts schaden.

Als nach einigen Wochen alle Ergebnisse vorlagen und keine beunruhigenden Befunde ergaben, wurde ich mit einem Glückwunsch ob meiner guten Konstitution entlassen. Im Übrigen sei das Wartezimmer voll von hustenden Patienten, der Frühling werde schon Besserung bringen.

Der Frühling kam und brachte keine Besserung. Da ich nicht mehr gern umherfahre, bemühte ich mich hier vor Ort um Überweisung zu und um einen Termin bei einem Lungenfacharzt mit Professortitel. Dieser griff sofort zu stärkeren Geschützen und verordnete ein Antibiotikum, dann eine Wochendosis Cortison, ohne Erfolg. Vorsichtig deutete ich jetzt an, dass es sich möglicherweise um eine Poliospätfolge handeln könne – ob eventuell eine Atemtherapie in Frage komme? Also über Erkrankungen der Atemwege wisse er schließlich Bescheid, erst einmal müssten alle anderen Möglichkeiten ausgeschlossen werden. Jetzt kamen sämtliche medizinischen Geräte zum Einsatz.

Das alles dauerte Monate, der Sommer verging, doch es konnte – Gottseidank! – weder ein Tumor in der Lunge noch eine chro-

Muskuläre Hustenschwäche

Die zweite wichtige Folge des Verlustes der Muskelkraft zum Ein- und Ausatmen kann der Verlust eines ausreichenden Hustenstoßes mit mangelnder Sekretbeseitigung aus den Atemwegen sein. Diese Problematik birgt ein hohes Gefährdungspotential für die Betroffenen und sollte die gleiche Beachtung in der Behandlung erlangen wie die Beatmungstherapie. Hauptziel ist es, zum richtigen Zeitpunkt die adäquate Maßnahme in die Wege zu leiten, um die Lebensqualität der Patienten zu verbessern, Komplikationen zu verhindern und das Leben zu verlängern. Der Kraftverlust schreitet beim PPS nur langsam voran, so dass eine stufenweise Diagnostik und Therapie stattfinden muss.

An erster Stelle können Symptome einer bestehenden bzw. drohenden Hustenschwäche erfragt werden, d. h. ob und in welcher Ausprägung und in welcher Situation Schwierigkeiten bestehen, Sekrete abzu husten oder ob häufiger wiederkehrende bronchopulmonale Infekte (Bronchitis oder Lungenentzündungen) bestehen. Luftnot im flachen Liegen weist auf eine relevante Schwäche des Zwerchfells hin. Zur Bestätigung kann die Einatemkapazität (inspiratorische Vitalkapazität) im Sitzen und im Liegen gemessen werden. Sinkt die Vitalkapazität unter 30 bis 40 % des Solls, so ist mit einer Symptomatik bzgl. der Husteninsuffizienz zu rechnen. Eine Differenz der VC von $> 20\%$ zwischen Sitzen und Liegen spricht für eine beginnende Schwäche der Zwerchfellmuskulatur.

Eine wichtige Untersuchung ist die Messung des maximalen Hustenstoßes (Peak Cough Flow) mit Hil-





fe eines Peakflow-Messgerätes, wie es in der Asthma-therapie verwendet wird. Der Patient hustet so kräftig es geht in dieses Gerät hinein und der gemessene Wert ergibt den maximalen Hustenstoß (PCF). Liegt dieser unterhalb eines bestimmten Wertes, so besteht erhöhte Gefahr eines Krankenhausaufenthaltes aufgrund einer akuten Verschlechterung der Atmung. Ein Abfall alleine der Sauerstoffsättigung weist entweder auf eine relevante Schwäche der Atmungsmuskulatur oder auf eine Sekretproblematik hin. Zur weiteren Unterscheidung müssen in einer Blutgasanalyse sowohl Sauerstoff als auch Kohlendioxid gemessen werden. Bei normalem Kohlendioxidwerten ist von einer Sekretproblematik auszugehen, vorausgesetzt es liegt keine zusätzliche Lungenerkrankung vor, die eine Störung der Sauerstoffaufnahme bedingt.

Eine Eingangsdiagnostik sollte, auch wenn noch keine beeinträchtigende Symptomatik vorliegt, zu einem frühen Zeitpunkt durchgeführt und regelmäßig verlaufs kontrolliert werden. Die Therapie kann dann stufenweise eskaliert werden. In einigen Fällen liegt der Beginn des Sekretmanagements vor dem Beginn einer Beatmungstherapie.

Ziel der therapeutischen Maßnahmen ist die künstliche Wiederherstellung eines ausreichenden Hustenstoßes durch manuelle oder maschinelle Assistenz, flankiert von Maßnahmen zur Sekretlösung. Zunächst wird versucht, wieder eine tiefe Einatmung herzustellen, als erste Komponente eines effektiven Hustenstoßes. Dies geschieht mittels Luftstapeln (Air Stacking). Hierbei wird auf die eigene Einatmung des Betroffenen zusätzliche Luft portionsweise insuffliert (gestapelt), sodass er wieder tief einatmen kann, um aus dieser Position abzu husten. Hierzu werden ein Ambu(Beatmungs-)beutel, ein Mundstück oder eine Maske verwendet. Dieses Manöver wird in der Regel mit Hilfe einer zweiten Per-

nische Bronchitis und nicht einmal ein kleines Lungenemphysem nachgewiesen werden. Es gab auch keine Reaktion auf umfassende Allergietests, die übermäßige Sekretbildung war weder auf einen Reizmagin noch auf eine unerkannte Herzinsuffizienz zurückzuführen. Bei einer ersten Kontrolluntersuchung im Schlaflabor wurden zwar etliche Atemunterbrechungen registriert, doch waren die noch nicht wirklich bedenklich.

Meine Hustenanfälle, die sich anhören wie das letzte Stadium bei einem Kettenraucher, treten leider nur dann auf, wenn ich zum Beispiel im Konzert sitze, aber gerade nicht beim untersuchenden Arzt. Deshalb war der Professor geneigt, mich als gesund zu entlassen und wollte nicht auf meine Anfrage nach einer Atemmaske eingehen. Er war es wohl gewohnt, dass seine Patienten sich mit aller Kraft dagegen wehren, was ich inzwischen gut verstehen kann! Nur zögernd und ziemlich erstaunt gab er meiner Bitte nach – „der Wille des Patienten entscheidet!“ – und verordnete die Anpassung einer Atemmaske im Schlaflabor, wo allerdings erst Ende November wieder ein Platz frei war.

Zwei Nächte waren dafür vorgesehen. In der ersten habe ich keine Minute geschlafen, konnte so verkabelt und verstopft und zusätzlich mit der über Mund und Nase reichenden Maske samt Schlauch keine Entspannung finden. Fast hätte ich aufgegeben – warum hatte ich mir diese ganze Quälerei aufgeladen? Am folgenden Abend bekam ich eine andere Maske, die nur an der Nase direkt in die Nasenlöcher geleitet wird – und hundemüde wie ich war, bin ich tatsächlich damit eingeschlafen. Jetzt waren die Messwerte überzeugend und ich glaubte schon, nach langem Ringen nun endlich der Lösung meiner Probleme nahe zu sein.

Kurz vor Weihnachten kam der Vertreter der Firma Resmed, der mir mein Gerät brachte und mich in den Gebrauch einführte. Voller Vorfreude schloss ich mich am Abend an, in der irren Hoffnung, augenblicklich vom Husten befreit zu werden.

Die kühle Luft in meinem Schlafzimmer strömte mit Druck in die Nase, die sofort ganz kalt wurde. Es fühlte sich schlecht an, außerdem fand ich es sehr schwierig, mit dem Rüssel im Gesicht und dem Gummi um den Kopf die richtige Lage zu finden. Ich kämpfte mit dem langen durchsichtigen Schlauch wie Laokoon mit der Schlange, bis ich nach Stunden das Ding entnervt herunterriss, um wenigstens gegen Morgen noch etwas Schlaf zu finden. Dann aber kam erst das böse Erwachen: Ich erlitt einen schweren Nies- und Hustenanfall, einen Zustand wie bei einem akuten Schnupfen, der stundenlang anhielt. Meine Schleimhäute waren aufs äußerste gereizt, reagierten offenbar heftig auf den kalten Luftstrom, der stundenlang hineingeblasen worden war!

Ich will's kurz machen. Natürlich wollte ich nicht aufgeben, versuchte es zuerst mit einer Erholungsnacht ohne Maske, dann mit Nasenöl aus der Apotheke, dann, weil Weihnachten war, mit einigen weiteren herrlich maskenfreien Nächten! Nach Weihnachten ein Anruf bei der Firma: Ich brauche ein Zusatzgerät zur Befeuchtung und einen anderen Schlauch zur Erwärmung der Luft. Bis das Paket kam, erholsame durchschlafene Nächte ohne Schlauch und ohne Maske! Ist ja meine Sache, dachte ich, schließlich kontrolliert mich ja niemand, wie ich damit umgehe.

Weit gefehlt! Neulich ertönte in meinem Anrufbeantworter eine strenge Stimme: „Wir haben festgestellt, dass Sie das Atemgerät bis jetzt noch fast gar nicht im Gebrauch hatten. Haben Sie ein Problem damit oder sind Sie etwa krank?“ Mir wurde ganz gruselig! Ich werde elektronisch ferngesteuert und überwacht! Was habe ich mir da eingebrockt!

Noch in derselben Nacht habe ich das Zusatzgerät installiert, abgekochtes Wasser eingefüllt, den beheizbaren Schlauch eingesteckt und mich streng diszipliniert: Das Ding bleibt heute Nacht dran! Und richtig: Die leicht angewärmte Luft streichelt die Schleimhäute sanft, ich habe etliche Stunden durchgehalten, in der nächsten Nacht noch besser – man kann sich dran gewöhnen, und es gibt keine Niesanfälle mehr. Der Firma konnte ich alles erklären, sie waren sehr verständnisvoll und möchten gern demnächst eine Erfolgsmeldung von mir haben.

Ob es diese geben wird, ist noch nicht entschieden – nach fünf bis sechs eingermaßen gut durchschlafenen Nächten stellt sich eine deutliche Entlastung meiner Atemwege noch nicht wirklich ein. Doch bin ich fest entschlossen, das Experiment über mindestens ein Vierteljahr fortzuführen – dann werde ich über Erfolg oder Misserfolg berichten.

Annegret Lamey

Aus der Literatur

In seinem 2011 in 2. Auflage erschienenen Werk „Aspekte des Post-Polio-Syndroms“ schildert der selbst betroffene Hamburger Arzt Dr. Peter Brauer auch Probleme mit der Atmung.

Ein Risiko, unter PPS zu leiden, tragen bekanntlich nicht nur Patienten, die eine Polio-Erkrankung durchgemacht haben, sondern alle Infizierten. Nicht sichtbare Schäden bzw. Vorschäden müssen bei jedem Polio-Überlebenden vermutet werden und damit auch das Risiko von Atemstörungen. Bis zu 60 % der PPS-Betroffenen leiden früher oder später unter Atemstörungen. Bis zu 50 % weisen außerdem eine Schlafstörung auf. Nicht selten ist beides kombiniert, denn Atemstörungen ziehen Schlafstörungen nach sich – man nennt das schlafbezogene Atemstörungen (SBAS).

Nach jeder bekannten Polio-Infektion ist eine Überlastung vor allem chronischer Art der Atemfunktion zu vermeiden. Wie bei allen dem PPS zuzuordnenden Störungen gilt auch für die Atemstörung: Der PPS-Patient hat fast keine Reserven, er lebt von der Substanz der noch vorhandenen Nerven und Muskeln. Bei der PPS-Atemstörung handelt es sich um eine neuromuskuläre und/oder neuroregulative Schwäche. Das Lungengewebe an sich ist intakt. Die Schwäche der Atemmuskulatur bedingt, dass schon ihre normale Funktionsbelastung eine chronische Überlastung darstellt.

Der Sauerstoffbedarf für die Arbeit der Atempumpe als Anteil an der aufgenommenen Sauerstoffmenge liegt bei Gesunden im Bereich von etwa 2 %. Bei ausgeprägter Leistungsschwäche der Lungenbelüftung kann sich das auf einen Anteil von bis zu 50 % steigern. Damit vermindert sich der Sauerstoffanteil für die lebenswichtigen Organe (Gehirn, Herz, Leber, Niere etc.) erheblich. Eine Unterbeatmung schwächt somit den gesamten Körper.

Wegen der schleichenden Entwicklung und der weitreichenden Folgen mit unterschiedlicher Symptomatik ist bei PPS-Patienten frühzeitig schon auf Verdacht auch ohne direkten Hinweis auf eine Beeinträchtigung der Atmung nach Atemstörungen zu suchen. Neben der Entlastung und damit dem Leistungserhalt der Atempumpe sind von der Atemunterstützung folgende Vorteile zu erwarten:

- Unterstützung und Erholung der Muskulatur in der Nacht
- Wiederherstellung der normalen Empfindlichkeit gegenüber Kohlenstoffdioxid im Atemregulationszentrum
- Wahrscheinliche Verbesserung der Atemmechanik
- Hilfe in Perioden mit niedrigem Sauerstoffgehalt und Hilfe zur Verhinderung einer Stoffwechselübersäuerung
- Verbesserung der Schlafqualität
- Verbesserung des Hustenvermögens und des Schluckvermögens
- Verbesserung des Langzeitüberlebens



son durchgeführt, ist sehr einfach zu erlernen und kann zusätzlich manuell durch Kompression des Brustkorbes oder Unterstützung des Zwerchfells verstärkt werden.

Reicht diese einfache Technik nicht mehr aus, so wird eine maschinelle Hustenunterstützung mittels einer Hustenmaschine (In-/Exsufflator) notwendig. Dieses Gerät bietet die Möglichkeit, die Einatmung durch Applikation eines hohen Druckes über eine Maske zu unterstützen und dann den Hustenstoß durch Applikation eines Sogs zusätzlich zu verstärken. Betroffene und Pflegende müssen sehr gut in der praktischen Anwendung geschult und aufeinander abgestimmt sein, da der Erfolg dieses Gerätes entscheidend von der richtigen Anwendung abhängig ist. Aus diesem Grund sollte die Vermittlung des Einsatzes durch Hands-on-Schulungen und späteres Bedside-Teaching immer unter stationären Bedingungen erfolgen.

Grundsätzlich zu beachten ist, dass die Anwendung der genannten Methoden streng an das Fehlen einer relevanten Lungenerkrankung gebunden ist. Aufgrund des Auftretens einer Beteiligung der Atemmuskulatur beim PPS erst im fortgeschrittenen Alter muss in jedem Fall eine vorherige Abklärung diesbezüglich erfolgen. Weiterhin benötigt es bei der nichtinvasiven Anwendung aller Manöver eine gute Mitarbeitsfähigkeit

der Patienten. Entscheidend ist eine regelmäßige, auch prophylaktische Durchführung der Maßnahmen zum Sekretmanagement in häuslicher Umgebung. Das hat neben dem therapeutischen Aspekt auch eine Auswirkung auf den Erhalt einer ausreichenden Beweglichkeit der Brustwand als Voraussetzung für die langfristige, effektive Durchführbarkeit der Manöver.

Grundsätzlich gilt für Betroffene mit muskulär bedingter Husteninsuffizienz und einer mangelhaften Sauerstoffversorgung durch Sekretverhalt in den Bronchien, dass ursächlich die Sekrete entfernt werden müssen, ohne dass Sauerstoff gegeben wird. Eine Sauerstoffgabe kann in diesen Fällen eine gleichzeitig bestehende Schwäche der Atmungsfunktion mit Anstieg des Kohlendioxids verschlechtern, da die künstliche Sauerstoffzufuhr den Atemantrieb zusätzlich senkt.

Bei fortschreitend verlaufender Erkrankung müssen alle Therapien, ob Beatmung oder Sekretmanagement, kontinuierlich an den sich ändernden Bedarf angepasst werden. Aus diesem Grund ist die Anbindung an ein spezialisiertes Zentrum zu empfehlen.

Bei der indikationsgerechten und stufenweisen Anwendung der genannten Möglichkeiten kann in den meisten Fällen für einen langen Zeitraum eine deutliche Besserung der Lebensqualität bei Betroffenen mit Post-Polio-Syndrom erreicht werden.

„Soziales Engagement ist ein Baustein, der eine starke und vitale Stadt ausmacht“

Jutta & Rudolf Grolik wurden mit der Ludwigsburg-Medaille geehrt

Ludwigsburgs Erster Bürgermeister Konrad Seigfried lud wieder ins Kulturzentrum der Stadt ein und verlieh die geschätzten Preise für ehrenamtliches Engagement. In diesem Jahr lag der Fokus auf der Inklusion, der Teilhabe aller. Vier Medaillen wurden vergeben, zwei davon gingen an Mitglieder unseres Verbandes.

Für ihr Engagement in der vor 14 Jahren gegründeten Gruppe „Selbstbestimmt mobil“ erhielten Jutta und Rudolf Grolik den Preis aus der Hand des Bürgermeisters. Jutta Grolik war es, die ehrenamtlich als erste den Stift in die Hand nahm und für den Stadtführer vielschichtige Erhebungen zu rollstuhl- und gehbehinderten-

tauglichen Zielen dokumentierte. Natürlich liegt ihr als selbst Betroffene die Teilhabemöglichkeit für Menschen mit Handicaps am Herzen.

Zudem ist sie Vorstandsmitglied im VdK-Ortsverband Ludwigsburg-Ost und in der regionalen Arbeitsgemeinschaft Gesundheit des Kreises. Im Alten- und Pflegeheim Karlshöhe engagiert sie sich für Demenzerkrankte.

Was aber wäre eine starke Frau ohne einen starken Mann an ihrer Seite? Rudolf Grolik, ebenfalls auf den Rollstuhl angewiesen, unterstützt seine Frau seit Jahren.

Jutta und Rudolf Grolik bezeichnete der Bürgermeister als „beredtes Beispiel für ein engagiertes Ludwigsburger Ehepaar, das



trotz zunehmender Einschränkung nicht nur das persönliche Schicksal meistert, sondern auch noch einen wertvollen Beitrag zur Stadtgestaltung liefert.“

Macht Ärger: Ausschreibung von Hilfsmitteln

Mit Inkrafttreten des „Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ schuf der Gesetzgeber verschiedene Möglichkeiten zur Herbeiführung von Vertragsabschlüssen. Verträge zur Versorgung mit Hilfsmitteln können seither öffentlich, sogar EU-weit, ausgeschrieben werden.

Nach einer solchen Ausschreibung ist den jeweiligen Gewinnern Exklusivität garantiert. Die Versicherten können nicht mehr über andere Sanitätshäuser oder Apotheken mit Hilfsmitteln beliefert werden. Für den verordnenden Arzt ändert sich nichts, die Krankenkassen müssen ihre Versicherten über die versorgungsberechtigten Vertragspartner informieren.

Das klingt zunächst nach vernünftigem Haushalten. Denn viele Einmal- und Gebrauchsartikel gehen auf Dauer richtig ins Geld. Doch sieht man genauer hin, gibt es viele Fälle, in denen eine deutschland- oder gar europaweite Ausschreibung wenig Sinn macht. Das haben die Väter dieses Gesetzes durchaus auch gesehen und das kleine Nebensätzchen „... soweit dies zweckmäßig ist“ eingebaut.

Wann aber ist es zweckmäßig, nach günstigeren als lokalen Anbietern zu suchen? Das haben die Spitzenorgani-

sationen von Krankenkassen und Leistungserbringern untereinander ausgehandelt – sie haben eine gemeinsame Empfehlung zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen abgegeben.

Wie sieht es nun einige Jahre nach der Einführung dieses Gesetzes in der Praxis aus? Es häufen sich die Fälle, in denen Betroffene über Schwierigkeiten und Probleme klagen. Kritiker befürchten – offenbar nicht ganz zu Unrecht – längere Wartezeiten und Serviceprobleme. Immer wieder werden Patienten oder deren Angehörige etwa in Sanitätshäusern abgewiesen – mit der Begründung, die versichernde Kasse arbeite nicht mehr mit ihnen zusammen. Betroffene mussten feststellen, dass die Auswahl an Rollator- oder Rollstuhlmodellen drastisch geschrumpft ist.

Die in der Interessengemeinschaft Hilfsmittelversorgung (IGHV) zusammengeschlossenen medizinischen Fachverbände schlagen Alarm: „Die Ausschreibungen haben zu einem Verlust bei Produkt- und Dienstleistungsqualität, wie beispielsweise bei der persönlichen Beratung, Anpassung und Einweisung, bei Hausbesuchen, Lieferterminen und Bemusterungen, geführt.“

Individuelle Versorgung, ade? Nur noch Hilfsmittel von der Stange?

Die Online-Petition „Ausschreibung von Rollstühlen verbieten“, die auch vom DRS unterstützt wird (siehe Polio-Nachrichten IV/2014), haben inzwischen schon mehr als 25 000 Menschen unterschrieben. Patientenvertreter warnen, dass Ausschreibungen im Bereich der Hilfsmittel vor allem bei Rollstühlen „zu einer Verschlechterung der Situation von pflegebedürftigen Menschen“ führen.

Aber das Drama ist ja nicht zu Ende, wenn man beispielsweise nach zwei Wochen Wartezeit endlich seinen Rollstuhl in Empfang nehmen kann. Ein Hersteller, der nicht aus der Region kommt, kann meist weder vernünftig anpassen und einweisen noch ist ein Service wie bei einem Händler vor Ort gewährleistet. Freilich bleibt es überregional oder gar international agierenden Anbietern unbenommen, mit lokalen Fachhäusern zusammenzuarbeiten – ob die gewohnte Servicequalität aber unter dem entsprechenden Preisdruck aufrecht erhalten werden kann, ist wohl mehr als fraglich.

Der VdK spricht bereits von einer „Entmündigung der Betroffenen“, der Verband des Sanitätsfachhandels sieht „eine Existenzbedrohung für die örtlichen Sanitätshäuser“.

ks

Zentrum für Seltene Erkrankungen gegründet

Am 1. Dezember 2014 wurde am Uniklinikum Würzburg das Zentrum für Seltene Erkrankungen (ZESE) – Referenzzentrum Nordbayern gegründet. Es soll Betroffenen dabei helfen, noch schneller und effizienter zu einer qualifizierten Diagnostik, Therapie und Betreuung zu kommen.

Bei der Gründungsveranstaltung unter Leitung von ZESE-Gründungssprecher Prof. Dr. Helge Hebestreit wurden als weitere Vorstandsmitglieder Prof. Dr. Thomas Haaf und Dr. Tilmann Schweitzer in den Vorstand gewählt. Weitere Vorstandsmitglieder sind Prof. Dr. Christoph Reiners, Anja Simon sowie Prof. Dr. Matthias Frosch.

Ziel soll es sein, in Zusammenarbeit mit anderen Zentren schneller zur richtigen Diagnose und besten Behandlung zu

gelangen. Interdisziplinarität ist bei Seltenen Erkrankungen besonders essenziell, da viele von ihnen mehrere Organsysteme betreffen. „Leider gibt es nicht für jede dieser Krankheiten eine effektive Therapie. Umso mehr sind weitere Unterstützungsangebote gefragt, von der Antragstellung an die Kassen über die psychologische Betreuung der Betroffenen und ihrer Angehörigen bis zur genetischen Beratung“, erläutert Prof. Hebestreit, warum viele nicht-ärztliche Berufsgruppen wie Psychologen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten und Ernährungsberater zum ZESE gehören.

Zudem soll das Zentrum die aufgrund der geringen Fallzahlen vielfach schwierige Forschung vereinfachen. Dabei steht die im vergangenen Jahr am UKW eröffnete Interdisziplinäre Biomaterial-

und Datenbank zur Verfügung. Daneben müsse man sich auch immer mit der Frage beschäftigen, wie die Versorgung der Betroffenen über oft große Distanzen und bei limitierten Ressourcen garantiert werden kann. Nicht zuletzt wird das Zentrum auf das Lehrangebot ausstrahlen, das schon jetzt verstärkt Seltene Erkrankungen ins Visier nimmt.

Mit der Einrichtung des ZESE reiht sich das Uniklinikum Würzburg in einen bundesweiten Prozess ein, denn Zentrenbildung zählt zu den Forderungen eines im vergangenen Jahr veröffentlichten Nationalen Aktionsplans für Menschen mit Seltenen Erkrankungen der NAMSE (Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen).

Pressemitteilung

BAG Selbsthilfe sieht Nachbesserungsbedarf beim Versorgungsstärkungsgesetz:

Viel Licht, aber leider auch Schatten ...

Das Vorhaben der Bunderegierung, mit der Novellierung des Versorgungsstärkungsgesetzes eine Vielzahl von Veränderungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung auf den Weg zu bringen, muss vordergründig positiv bewertet werden. Allerdings wirft das neue Gesetz aus Sicht der Patientinnen und Patienten neben einigen Lichtblicken auch Schatten, die an einem tatsächlichen Zusatznutzen für die Versorgung zweifeln lassen. Hier ist aus Sicht der BAG Selbsthilfe Nachbesserung dringend notwendig.

„Bisher gab es beispielsweise für alle Versicherten ohne jeden Zweifel die Möglichkeit, sich eine Zweitmeinung bzgl. der Diagnose und der Behandlung einzuholen. Nun steht im Gesetzentwurf, dass es das Recht auf Zweitmeinung vor bestimmten planbaren Eingriffen gibt. Die Frage ist: Was gilt dann in allen übrigen Fällen? Ein noch zu schaffender Katalog von planbaren Leistungen könnte das Risiko in sich bergen,

dass das Recht auf eine Zweitmeinung bei allen anderen Leistungen verweigert wird; langwierige Rechtsstreitigkeiten wären die Folge. Aus der Sicht der BAG Selbsthilfe muss es ein uneingeschränktes Recht auf eine Zweitmeinung geben. Gleiches gilt bei der Wahl der Behandlungsmethode“, betont Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe. „Dies muss klarstellend im Gesetz aufgenommen werden“, so Danner weiter.

Als positiven Aspekt des neuen Versorgungsstrukturgesetzes begrüßt die BAG Selbsthilfe ausdrücklich das Anliegen der Bundesregierung, die Wartezeiten von Patientinnen und Patienten auf einen Facharzttermin zu verkürzen.

„Aus unseren Verbänden wird immer wieder berichtet, dass manche Patienten monatelang auf einen Facharzttermin warten müssen. Durch die nun im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit, über die Terminservicestellen auch Termine in Krankenhäusern zu vereinbaren,

wird es vermutlich zukünftig möglich sein, unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, die allein aufgrund der Terminschwierigkeiten in der ambulanten Versorgung erfolgen“, führt Dr. Martin Danner aus.

Das Versorgungsstärkungsgesetz sieht auch vor, dass die zahnmedizinische Versorgung für Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftige verbessert werden soll. „Das ist auch zwingend notwendig, da es in diesem Bereich erhebliche Versorgungsdefizite gab und gibt. Dem vorliegenden Gesetzentwurf fehlt bislang aber noch die Regelung, dass die Aufklärung für den Patienten verständlicher, also in barrierefreier Form zu erfolgen hat. So sollte etwa bei Menschen mit geistiger Behinderung auf die Verwendung leichter Sprache geachtet werden; Entsprechendes gilt auch bei Menschen mit Hörbehinderungen, für die ebenfalls Hilfestellungen bereitstellen sollten“, so Dr. Martin Danner.

Burga Torges/BAG

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden: *Zentrum für Seltene Erkrankungen eröffnet*

Im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden fand am 5. November 2014 die feierliche Eröffnung des UniversitätsCentrum für Seltene Erkrankungen (USE) statt. Auf persönliche Einladung konnte Frau Roselore Sickert, Vorsitzende der Landesgruppe Sachsen des BV Polio, an diesem Festakt teilnehmen.

Probleme von Patienten mit seltenen Erkrankungen sind vielfältig, betreffen neben der oft langwierigen Diagnosefindung auch die eingeschränkte Verfügbarkeit angemessener Therapieoptionen. Auch wir von Poliomyelitis und PPS Betroffenen zählen zum Personenkreis seltene Erkrankungen.

Das neue Zentrum an der Uniklinik in Dresden ist das einzige in Sachsen. Bereits jetzt ist Dresden für Spitzen-

medizin bekannt. Den Betroffenen von Seltenen Erkrankungen werden fachübergreifende medizinische Gutachten zur Verfügung gestellt, dies hat das neue USE sich zur Aufgabe gemacht. Um den Patienten eine innovative Diagnostik und Therapie anbieten zu können, sind die beteiligten Zentren auch in der Forschung aktiv, und es besteht eine enge Zusammenarbeit mit anderen Zentren dieser Art in Deutschland, außerdem mit vielen Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen. Die Schwerpunkte am USE sind gegenwärtig Immunolo-

Kontakt-Info:

UniversitätsCentrum für Seltene
Erkrankungen - Uniklinik Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74 • 01307 Dresden
Tel.: 0351 458-5608 • Fax: -4384
E-Mail: use-info@uniklinikum-dresden.de
Web: www.uniklinikum-dresden.de/use

gie-Autoinflammation-Autoimmunität-Infektion, Neurologie-Psychiatrie, Endokrinologie-Stoffwechsel und Hämatologie-Onkologie.

Zur Eröffnung des USE waren u. a. Vertreter der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, der Landesärztekammer Sachsen und des Sächsischen Staatsministeriums anwesend. Aber auch zahlreiche Vertreter von Selbsthilfeorganisationen wie der ACHSE e. V. und des GBA kamen zu Wort. Alle hoben die Bedeutung des neuen Zentrums für die Betroffenen hervor. Am Universitätsklinikum Dresden wird jetzt mit diesem Zentrum die Versorgung der Patienten mit seltenen Erkrankungen regional und überregional auf einen neuen Stand gehoben und nachhaltig verbessert.

Landesverband Sachsen

RG Augsburg besucht Physiotherapeuten-Schulen in Augsburg und Bad Wörishofen: *Austausch mit angehenden Physiotherapeuten*

Auch 2014 fanden im Dezember wieder Treffen mit der staatlichen und der privaten Schule in Augsburg sowie der Bad Wörishofer Physiotherapeutenschule statt. Jeweils an drei Freitagen waren wir in Fahrgemeinschaften unterwegs.

Bei allen drei Terminen waren Annegret Lamey und Georgine Miehle-Zesch vertreten. Als Physiotherapeutin konnten wir auf Honorarbasis Simone Finkel gewinnen, die im Medaktiv-Reha-Center Augsburg tätig ist. Die weiteren Mitglieder wechselten ab, sodass wir bei jedem Besuch 6 bis 7 Polio-Betroffene mit unterschiedlichem Krankheitsbild vorstellen konnten. Nach dem Einführungsvortrag durch Annegret Lamey kam der praktische Teil mit den Fragen der jungen Leute. Wir stellten fest, dass es günstiger ist, wenn jeweils nur die dritte Klasse durch uns informiert wird. Dann sind die Fragen fundierter, weil die Schüler schon besser über Nervenkrankheiten und Behandlungsmethoden Bescheid wissen. Es ist erfreulich, dass

die Schüler ihre Freizeit für diese Unternehmung durch uns hernehmen.

Anfangs sind die Schüler noch zurückhaltend bei den Übungen und der Möglichkeit, uns anfassen zu dürfen. Stauen kommt immer wieder auf, wenn es um die unterschiedlich kalten Extremitäten und um das Spüren geht. Wir teilten die Schüler in Gruppen auf, wobei beim letzten Vortrag Gruppe und Patient getauscht wurden. Die Physiotherapeutin und die Lehrkraft begleiteten die Übungen und beantworteten praktische Fragen. Ganz wichtig ist die Befundaufnahme. Erst wenn alles geklärt ist, macht es Sinn, mit der Krankengymnastik zu beginnen.

Aus der Rückmeldung durch die Schulen ist zu schließen, dass unsere Arbeit geschätzt und anerkannt wird. Das Interesse der Lehrkräfte und der Schüler ist nach wie vor groß. Die angehenden Physiotherapeuten bekommen Anhaltspunkte, wie sie künftige Patienten spezifisch betreuen können, ohne sie



zu überfordern. Vor allem die praktische Arbeit an und mit den Patienten fanden die Schüler besonders lehrreich. Es lockerte den Vortrag ungemein auf und bleibt somit in Erinnerung.

Pro Besuch informierten wir zwischen 18 und 35 Schüler. Wir wurden herzlich gebeten, auch 2015 wieder Vorträge in den Schulen anzubieten. In Bad Wörishofen erhielt jeder von uns zum Abschied als Dankeschön eine Rose überreicht. Nach den Vorträgen haben wir uns beim gemeinsamen Essen gestärkt und untereinander ausgetauscht. Unsere Aktivitäten werden durch die Gesetzlichen Krankenkassen gefördert.

Georgine Miehle-Zesch

Polio-Betroffene in der Türkei

Prof. Dr. Arzu Yağız On von der Medizinischen Fakultät der Ege-Universität berichtet

Nachfolgend möchte ich über meine langjährigen Erfahrungen in der Behandlung von Polio-Betroffenen der Türkei berichten, in einem Land mit mehreren Besonderheiten in Bezug auf Kinderlähmung. Ich arbeite hier in Izmir an einer Universitätsklinik, die zu den größten und ältesten Krankenhäusern der Türkei zählt. Es handelt sich um ein für die westliche Region Ege zuständiges Hospital mit mehr als 4000 Betten. Es versorgt aber auch Patienten aus anderen Teilen der Türkei. Unsere Abteilung ist eine der größten Rehabilitationskliniken des Landes, die jährlich Tausende Patienten behandelt.

Erstmals befasste ich mich 1996 mit Polio, als ich im Rahmen eines Forschungsstipendiums an der Universität von Uppsala in Schweden arbeitete. Bis dahin wusste ich praktisch nichts über Kinderlähmung oder PPS. Ich begann dort mich mit diesen Patienten zu befassen und unternahm nach meiner Rückkehr dazu wissenschaftliche Untersuchungen. Um den verschiedenen Aspekten der für die Polio-Betroffenen geltenden Bedürfnissen auf abgestimmte Weise gerecht zu werden, haben wir an unserer Fakultät eine PPS-Klinik eingerichtet.

Bevor ich die Situation der Polio-Betroffenen darstelle, möchte ich zunächst einen Rückblick auf die getroffenen Maßnahmen zur Ausrottung der Kinderlähmung in der Türkei bieten. 1963 begann man mit der Schluckimpfung, die aber nur etwa 20 % der Kinder erreichte. Bis 1985 stieg mit den Impfkampagnen die Rate auf etwa 70 %. Das als Teil der globalen WHO-Kampagne konzipierte Programm zur Ausrottung der Polio startete 1989. Seit 1995 gibt es einen nationalen Tag der Immunisierung,

mit dem breit angelegte Kampagnen begannen und der jedes Jahr wiederholt wird. Dank dieser Bemühungen stieg die Impfrate auf 100 %, was bedeutet, dass alle Kinder der jeweiligen Altersgruppen gegen Polio geimpft wurden.

Europas letzter Fall von durch mutierte Viren ausgelöste Polioerkrankung wurde 1998 im Osten der Türkei registriert. Der Junge war damals 2 Jahre alt. Unser Bemühen ist darauf gerichtet, ihn das letzte Kind bleiben zu lassen, das in der Türkei an den Poliofolgen leidet, da wir von Ländern umgeben sind, in denen Polioviren noch auftreten. Zudem liegen wir auf dem Weg der Flüchtlinge aus diesen Staaten nach Europa.

Leider ist die Türkei weiterhin ernsthaft von Polio bedroht, nachdem vor zwei Jahren im Nachbarland Syrien die Kinderlähmung wieder aufgetreten ist. Gegenwärtig halten sich in der Türkei mehr als 600 000 syrische Flüchtlinge auf. Deshalb werden seit 2012 nicht nur in den Flüchtlingslagern, sondern auch in den durch die Krankheit gefährdeten Regionen und selbst in Istanbul umfassende Impfkampagnen durchgeführt.

Derzeitiger Status der Polio-Betroffenen in der Türkei

Bei einem so stark auf die Ausrottung der Polio gerichteten Fokus wurden die Bedürfnisse der unter den Poliofolgen

leidenden Patienten nicht hinreichend berücksichtigt. Sich ergebende Gesundheitsprobleme, mögliche Rehabilitationsmaßnahmen und die für ihr weiteres Leben geltenden sozialen, finanziellen und psychologischen Erfordernisse wurden vernachlässigt. Es liegen derzeit keine genaueren Zahlen über die gegenwärtige Situation der Polio-Betroffenen in der Türkei vor. Viele Fragen müssen offen bleiben. So wissen wir nicht, wie viele von ihnen in der Türkei leben und wie alt sie sind. Bekanntlich ist es nicht nur in der Türkei, sondern auch weltweit betrachtet wegen der beim Auftreten von Epidemien nicht einfachen Diagnose und Erfassung der Krankheitsfälle ausgesprochen schwierig, die globalen Zahlen und deren regionale Verteilung abzuschätzen. Nach den nationalen Berichten zur Zahl der Erkrankungen zwischen 1961 und 1999 waren es nur etwa 13 000 Fälle. Das dürfte nicht der Realität entsprechen. Bedenkt man, dass nur 10 % der Polio-Erkrankungen vom nationalen Überwachungssystem erfasst wurden, dann leben in der Türkei Tausende Polio-Betroffene, von denen viele jünger als 50 Jahre sind. Diese relativ jungen Patienten haben im Unterschied zu älteren, zumeist in Industrieländern lebenden Polio-Betroffenen spezifische Bedürfnisse und stellen eine besondere Herausforderung dar für die medizinische Versorgung und Rehabilitation sowie ihre soziale Integration und ökonomische Eigenständigkeit.

Dennoch wissen wir wenig über das Ausmaß, in dem die Polio und die damit verbundenen wohnungsbezogenen Einschränkungen langfristig ihre Ausbildung, Beschäftigung und das allgemeine Wohlbefinden beeinträchtigen.

Eine zusätzliche Herausforderung stellt das Auftreten des Post-Polio-Syndroms dar. Die damit verbundenen Gesundheitsprobleme beeinträchtigen



nicht nur die Aussicht auf Beschäftigung, sondern haben auch Auswirkungen auf der psychologischen Ebene und begrenzen Unabhängigkeit sowie soziale Teilhabe. Dies ist in der Türkei sehr wichtig, da viele Polio-Betroffene künftig mit PPS-Folgen rechnen müssen. Es wird zunächst für eine weitere Generation eine Hauptsorge bleiben und auch zusätzliche Anforderungen an das nationale Gesundheitssystem stellen.

Post-Polio-Abteilung der Ege-Universitätsklinik

Zunächst einige Informationen zu unserer Arbeit:

Zusammensetzung des Teams

Leider ist das Team derzeit nicht ganz zufriedenstellend zusammengesetzt. Es besteht vor allem aus einem oder zwei Fachärzten für krankengymnastische Behandlungsmethoden, einem Physiotherapeuten und einem Bandagisten. Bedauerlicherweise fehlt uns für ein ideales Team das benötigte akademisch ausgebildete Personal. Die verfügbaren Mitglieder müssen daher auch dessen Verantwortung übernehmen.

Untersuchungsprotokoll

Polio-Patienten werden in unserer Klinik jeden Montag auf ihren gesundheitlichen Zustand untersucht. Zunächst füllen die Patienten einen detaillierten Fragebogen zum medizinischen Verlauf der Krankheit aus, die Verwendung von Orthesen oder Gehhilfen, der jeweiligen sozialen Situation und Lebensweise sowie neu aufgetretene neuromuskuläre und den Bewegungsapparat betreffende Symptome, einschließlich Schmerzempfinden, Ermüdungserscheinungen, Muskelschwäche und Veränderungen im funktionalen Status.

Danach schaut sich der Facharzt für krankengymnastische Methoden die Krankheitsgeschichte des Patienten an und nimmt eine genaue neurologische und auf den Bewegungsapparat bezogene Untersuchung vor. Wir ermitteln unter Verwendung von wissenschaftlich abgesicherten Skalen das Ausmaß und die Folgen der Ermüdungserscheinungen sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität. Ein Physiotherapeut misst die Be-

wegungsfähigkeit sowie die verbliebene Muskelkraft und bewertet den Mobilitätsstatus. Zudem bestimmt der Bandagist gemeinsam mit dem Facharzt für Rehabilitation und einem Physiotherapeuten, ob Orthesen oder ambulante Hilfen notwendig sind. Bei allen Patienten, die zum ersten Mal in unsere Klinik kommen, nehmen wir eine genaue Elektromyografie-Untersuchungen vor. Falls erforderlich werden weitere fachärztliche Bewertungen vorgenommen. Nachdem zweifelsfrei Polio festgestellt wurde, bestimmen wir den möglichen Umfang einer subklinischen Behandlung oder die Diagnose von PPS erfolgt nach festgelegten Kriterien.

Demografische Angaben zu unseren Patienten

Insgesamt wurden seit 1997 in unserer Klinik 174 Patienten mit Anzeichen einer Polioerkrankung eingewiesen. In 90 % der Fälle bestätigte sich der Verdacht. Bei 16 Patienten lag eine Fehldiagnose vor. Das geschieht gelegentlich. Aufgrund der besonderen Herausforderung bei der Identifizierung und Diagnose von Polioerkrankungen sowie dem Fehlen von viralen Untersuchungen kann es vorkommen, dass beim Ausbruch von Epidemien zu schnell Polio diagnostiziert wurde. Zumeist waren es dann Encephalitis oder etwa ein Schlaganfall.

Betrachtet man die demografischen Merkmale der 158 bei uns eingewiesenen Polio-Betroffenen, ergibt sich folgendes Bild: Das durchschnittliche Alter lag bei 37 Jahren, was als relativ jung angesehen werden muss. Die Mehrzahl war weiblich und bestätigt, dass von Polio zumeist Frauen betroffen sind. Die meisten von ihnen waren verheiratet, was nicht überraschend ist, da dies in der Türkei nahezu für alle gilt, selbst



für Polio-Betroffene. Im Vergleich zu anderen Ländern ist die Scheidungsrate aufgrund traditioneller und religiöser Faktoren bei uns sehr niedrig. Das Bildungsniveau scheint im nationalen Vergleich hoch zu sein und die Mehrzahl steht in einem Beschäftigungsverhältnis. Bei den nicht erwerbstätigen Patienten handelt es sich zumeist um Hausfrauen.



Überraschenderweise war ihr soziokulturelles Niveau im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt hoch.

Allerdings bilden unsere Daten nicht den derzeitigen Status der Polio-Betroffenen in der gesamten Türkei ab, da unsere Patienten aus dem westlichen Teil des Landes kommen. Die Mehrzahl von ihnen hatten über das Internet oder



E-Mail Zugang zu unserem Zentrum. Wie wir sehen, wurde das Internet im letzten Jahrzehnt zu einer erstaunlichen Quelle für diejenigen, die nach auf Gesundheitsfragen bezogene Informationen suchen. Deshalb veröffentlichen wir entsprechende Informationen sowie auch Forschungsergebnisse in frei zugänglichen nationalen Medien, die zur Aufklärung der Patienten und des medizinischen Personals viel wichtiger sind als internationale Fachzeitschriften.

Von den Patienten leiden 55 % und damit mehr als die Hälfte unter PPS. 36 Patienten wiesen neurologische, rheumatologische und kreislaufbedingte Beeinträchtigungen oder Schilddrüsenerkrankungen auf, was zu PPS führen könnte.

Klinisches Managementprogramm

Zunächst möchte ich einen Überblick über unser klinisches Managementprogramm geben, das bei den Polio-Betroffenen nach der ersten Untersuchung zur Anwendung kommt. Es wird nach den besonderen Bedürfnissen der Patienten gestaltet und sollte alle Aspekte ihres Alltags berücksichtigen.

In einem ersten Schritt geht es um die Aufklärung der Patienten über Polio, PPS und die damit verbundenen Probleme sowie das Anbieten einer Einzel- und Familienberatung. Dazu zählen Hinweise auf kraftsparende Techniken und Arbeitserleichterungen sowie Tipps für angepasste Verfahren und Geräte, um die Teilnahme an häuslichen Aktivitäten und am Arbeitsplatz zu steigern.

Zudem werden die Patienten darin unterstützt, die notwendigen Anpassungen an die Veränderung ihrer Lebensführung zu erlernen. Gegebenenfalls überweisen wir sie an einen Psychiater oder Psychologen, um eine entspre-



chende Unterstützung anzubieten. Nach einer Beurteilung vorhandener Orthesen reparieren oder verändern wir auch ältere Anfertigungen. Meist werden jedoch neue, maßgeschneiderte Orthesen gefertigt.

Wir bieten auch Ernährungsberatung an, um Patienten zu unterstützen, die sich einer therapiebedingten oder Gewichtsreduktions-Diät unterziehen müssen.

Wir führen mit den Patienten neue Entwicklungsprogramme aus, die gezielt auf ihren funktionalen Status und ihre speziellen Bedürfnisse zugeschnitten sind. Sie sind vor allem darauf gerichtet, eine Überanstrengung zu vermeiden. Wir überwachen das jeweilige Programm mindestens zwei Monate und prüfen es sorgfältig, um es gegebenenfalls zu modifizieren.

Da Aus- und Fortbildung Kern des Behandlungsprogramms sind, erstellen wir Handbücher, um über Polio-Spätfolgen, Arbeitsvereinfachungen, sorgsamem Umgang mit der verbliebenen Muskelkraft, häusliche Gymnastik oder Orthesen aufzuklären. Dies bieten wir sowohl den Patienten als auch dem zuständigen Hausarzt an.

Obwohl Medikamente nur mit begrenztem Erfolg eingesetzt werden können, verschreiben wir zur Behandlung der mit PPS verbundenen Krankheitsfolgen Lamotrigin. Dies geschieht auf Grundlage der Ergebnisse unserer Studie, die zeigt, dass das Medikament die Symptome mindert und die Lebensqualität der PPS-Patienten verbessert.

Der Patient kommt in der Regel nach zwei oder drei Monaten zurück, um den Erfolg des Behandlungsprogramms, seine Effizienz und mögliche Nebenwirkungen zu überprüfen. Auf der Grundlage des Übungsbuches ändern wir es oder passen es an. Wir nehmen zusätzliche Bewertungen vor und passen die Behandlung gegebenenfalls an.

Was muss künftig für Polio-Betroffene in der Türkei getan werden?

Da in dem Land nur lückenhaft Daten zur gegenwärtigen Situation der Polio-Betroffenen vorliegen, hat das auch

Auswirkungen auf eine landesweite Strategie. Genauere Schätzungen zu ihrer regionalen Verteilung und dem Grad ihrer Mobilität sind erforderlich, um auf die bildungsbezogenen, sozialen und wirtschaftlichen Bedürfnisse jüngerer Erwachsener mittleren Alters zugeschnittene Programme zu konzipieren.

Aufgrund der Komplexität der Diagnose und Behandlung von PPS muss in die weitere medizinische Versorgung der Polio-Betroffenen unterschiedliches, vielfältig ausgebildetes Gesundheitspersonal koordiniert einbezogen werden. Eine solche Strategie muss auch in ärmeren Regionen der Türkei angewandt werden.

Da das medizinische Personal in der Regel wenig über PPS weiß, sollte es entsprechend aufgeklärt werden.

Das vielleicht größte Problem in der Türkei besteht darin, dass es in dem Land keine Selbsthilfe- oder Unterstützungsgruppen für Polio- oder PPS-Betroffene gibt. Obwohl viele der Herausforderungen, denen sie sich gegenübersehen, denen der übrigen Körperbehinderten ähneln, besteht vor allem bei PPS eine besondere Situation. Eine solche Organisation sollte umgehend geschaffen werden.

Positive Aspekte bei der Behandlung von Polio-Betroffenen in der Türkei

Aufgrund der familiären und kulturellen Strukturen bieten Freunde und Familienmitglieder Behinderten umfangreiche Unterstützung. Diese soziale Unterstützung gerade durch die Familie mindert die sich den Polio-Betroffenen stellenden Herausforderungen.

Noch wichtiger ist, dass die allgemeine Krankenversicherung in der Türkei alle Rehabilitationsleistungen (Physiotherapie in staatlichen Kliniken, Rollstuhl, die meisten Orthesen) übernimmt. Selbst die Ärmsten haben Zugang zu diesem medizinischen Angebot. Dazu zählen alle zwei Jahre die Reparatur oder Neuanfertigung normaler Orthesen. Doch wenn der Patient eine teurere, leichte und bequemere Orthese oder einen Elektrorollstuhl braucht, muss er den Aufpreis selbst übernehmen.

Übersetzung: Karl Otterbein

Liebe Freunde und Unterstützer des
BV Polio,

Jede Spende hilft

ich hoffe, Sie hatten ein besinnliches Weihnachtsfest und einen guten Start in das Jahr 2015. Ich danke Ihnen im Namen der Verantwortlichen für die wunderbare Resonanz auf unsere Weihnachtsspendenaktion. Ich verspreche, dass die gesammelten Gelder zu 100 % dem Verein und seinen Zielen zugute kommen werden. Das gilt nicht nur für die Weihnachtsspenden, mit denen Sie uns so viel Unterstützung zukommen ließen, sondern auch für jede andere Spende, mit der Sie uns

im letzten Jahr geholfen haben oder uns zukünftig helfen werden. Ihre Spenden helfen uns, die tägliche Arbeit für Sie und jeden Polio-Erkrankten, der unsere Hilfe sucht, mit aller Kraft weiterzuführen. Ich bin der festen Überzeugung, dass wir alle mit dem BV Polio auch in Zukunft viel bewegen können, aber dies schaffen wir nur gemeinsam. Dank Menschen wie Ihnen werden wir in diesem Jahr wieder vielen Erkrankten und Schwachen eine starke Hand reichen können, ihnen in schweren Zeiten beistehen und dafür Sorge tragen, dass PPS und Kinderlähmung nicht in Vergessenheit geraten.

Hierfür danke ich Ihnen aus tiefstem Herzen.

Herzliche Grüße

Ihr *Rainer Müller*



DANKE!

Promotion

Wiesenbader Kurgesellschaft im DEGEMED-Vorstand

Die Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation, kurz „DEGEMED“, konnte sich am 05.11.2014 über zwei weitere Mitglieder im Vorstand freuen. Es sind Ricarda Lorenz (33), Geschäftsführerin der Thermalbad Wiesbaden Gesellschaft für Kur und Rehabilitation mbH, und Dr. André Schmidt (46), Geschäftsführer der RHM Klinik- und Altenheimbetriebe B.V. & Co. KG.

Damit ist das Thermalbad Wiesbaden eines von acht privaten, öffentlichen und frei-gemeinnützigen Reha-Einrichtungen aus ganz Deutschland, die dem Vorstand der DEGEMED angehören.

Die DEGEMED vertritt als Spitzenverband der medizinischen Rehabilitation Einrichtungen mit öffentlichem,

privatem und frei-gemeinnützigem Hintergrund. Mit der derzeitigen Kampagne „Meine Reha – Mein Leben“ setzt sich die DEGEMED für die Interessen von Rehabilitanden, Reha-Einrichtungen und ihren Mitarbeitern ein.

Als besonders wichtig sieht die DEGEMED eine hohe Qualität in der Leistungserbringung an. Um diese zu sichern und zu verbessern, hat für die Kurgesellschaft Thermalbad Wiesbaden die Meinung der Patienten und Gäste einen hohen Stellenwert. Neben Gästebefragungen im Haus haben die Gäste aber auch bereits im Internet die Möglichkeit, ihre Erfahrungen zu kommunizieren, so zum Beispiel in dem unabhängigen Bewertungsportal www.klinikbewertungen.de



tungen.de. Aktuell wird die Rehabilitationsklinik Miriquidi mit 5 von 6 Sternen bewertet und 88,5 % der Nutzer würden die Klinik weiterempfehlen. Um diese hohe Qualität weiter zu erhalten, ist es natürlich wichtig, auf die Bedürfnisse der Patienten und Gäste einzugehen.

Schildern auch Sie Ihre Erfahrungen:
www.klinikbewertungen.de

Im Land der Schafe und des Whiskys

Ursula Schäfer war in Schottland

Die Fähre ist gebucht, das Wohnmobil gepackt – es geht wieder nach Schottland, diesmal ohne mitreisende Freunde. Die Route haben wir nur in groben Zügen ausgearbeitet; wir wollen Zeit haben, um den touristischen Hinweisen rechts und links des Weges zu folgen. Dabei kann man so manche Perle entdecken, die in keinem Reiseführer steht. Unsere erste Rast machen wir in Amble an der Seebrücke, wo uns der Wind fast wegpustet. Während mein Mann sich größte Mühe gibt, seinen Urlaubshut auf dem Kopf zu halten, füttere ich die Möwen – ihre Eleganz und ihre Flugmanöver erinnern mich an den Vers über die Möwe Emma von Hans Christian Morgenstern.

Unterhalb von Bamburgh Castle, dem gigantischen einstigen Domizil der northumbrischen Könige, übernachteten wir. Auf der Weiterfahrt am nächsten Morgen taucht über dem Meer eine Insel mit einer kleinen Burg auf. Unwirklich scheint sie über dem Wasser zu schweben. Es ist die Gezeiteninsel Holy Island, die Heilige Insel, mit dem Kloster Lindisfarne. Der Weg zum Castle ist steil, aber mein E-Mobil schafft ihn. Immer wieder gibt es neue, atemberaubende Ausblicke. Die Mauern der Priory aus rotem Sandstein glühen wie zum Sonnenuntergang, aber die Steine scheinen oft nur noch aus Gewohnheit zusammenzuhalten. Das Können und das Formgefühl der alten Baumeister nötigen uns Respekt und Bewunderung ab.

Auf dem Weg zu den Orkney-Inseln grüßt aus der Ferne die Forth Bridge, eine Stahlkonstruktion aus dem 19. Jahrhundert, gebaut als Verbindung der Lowlands mit den Highlands. An Aberdour Castle an der Küstenstraße können wir einfach nicht vorbeifahren. Es wurde um 1200 erbaut und ist die älteste noch erhaltene Burg in Schottland. Die Dame an der Kasse empfängt uns wie gern gesehene Gäste

und erklärt, welche Wege für Rollstuhlfahrer angelegt wurden. Wir bewundern den herrlichen Garten, die Sonne am makellos blauen Himmel lässt die Blüten vor den grauen Mauern regelrecht erglühen. Im unteren Garten sehen wir ein steinernes Vogelhaus, das der garteninteressierte vierte Earl of Morton im 16. Jahrhundert errichten ließ. 600 Vogelnester konnten darin untergebracht werden, und so war ein großer Teil des Fleischbedarfes während des Winters gedeckt – der Vorläufer unserer Hühnerintensivhaltung.

In der altehrwürdigen königlichen Stadt St. Andrews wollen wir etwas länger bleiben. Hier wurde vor 600 Jahren die erste schottische Universität gegründet. Die gewaltige Anlage der Priory raubt uns den Atem – eine riesige Wand mit einem Türmchen darauf ragt ungestützt in den Himmel. Wie hält das nur den Stürmen hier oben stand? Die noch erhaltenen Details sind so wunderschön und vielgestaltig, wir sind voller Hochachtung. Wir bummeln zum Hafen und durchs Uni-Viertel, vorbei am Internat, das mich ein bisschen an Harry Potters Zauberschule Hogwarts erinnert.

Auch am nächsten Morgen ist gutes Wetter, ganz ungewöhnlich für Schottland, so viele Sonnentage hintereinander. Wir „satteln“ mein E-Mobil und holen noch ein paar Sachen aus dem Auto, die Türen stehen offen. Und hast du nicht gesehen sind wir umringt von einer Gruppe Japaner, die das Wohnmobil stürmen. Eine junge Frau packt meinen Mann, um sich mit ihm fotografieren zu lassen, ein Mann steht plötzlich hinter mir im Küchentrakt. Wir müssen eine Sensation sein ...

St. Andrews ist eine hübsche, quirlige Kleinstadt, viele junge Leute sieht man in den Straßen, einige davon auch im Kilt. Nach meinen Beobachtungen scheint der zur Festtagskleidung zu mutieren. Und ich

muss gestehen, er wirkt auf mich ausgesprochen gut und männlich. Auf der Einkaufsmeile geraten wir in eine Sammelaktion des Rotarierclubs von St. Andrews. Sogar der Governor hat die Spendenbüchse in der Hand. Wir kommen ins Gespräch, haben doch Rotarier und Polios durch deren Aktionen zur weltweiten Ausrottung dieser Krankheit Berührungspunkte.

Am Abend gibt es das Finale der Fußball-WM im Fernsehen. Wir fahren in den nächsten größeren Ort, Wick, und gehen dort in einen Pub mit Fernseher und Interesse an der Übertragung. Die Stimmung ist gut, das Bier schmeckt und das Spiel ist spannend bis zum Schluss. Hurra, Deutschland hat gesiegt! Ein Gast nach dem anderen kommt zu uns, gibt uns die Hand und gratuliert zum Sieg. Von wegen zurückhaltende Schotten!

Unsere Umgebung hat sich dramatisch verändert: Kahle Berge, nur mit Erika, Ginster und Wacholder bedeckt, bestimmen das Bild. Es gibt keine Bäume mehr. Einsam und melancholisch wirkt der Landstrich. Der Gesang der Lerchen, die Rufe der Möwen und das Heulen des Windes verstärken noch den Eindruck. Dann wieder gibt es Magerrasen, viele Disteln, das Markenzeichen Schottlands, und natürlich viele Schafe. Wir sind jetzt im äußersten Nordosten des schottischen „Festlandes“. Hier, auf Duncansby Head unterhalb des Leuchtturmes, wollen wir die Nacht verbringen. Wir stellen uns direkt an einen Felsabbruch und schauen auf das weite Meer. Vor uns sind die Vogelfelsen. Jede Nische ist von brütenden oder fütternden Seevögeln besetzt. Wahnsinn, wie sie sich in die Tiefe stürzen und ins Meer tauchen. Die Lichtspiele auf dem Meer sind faszinierend. Ständig jagt der Sturm neue Wolkenformationen über den Himmel, mal ist er dunkelgrau, mal strahlt die Sonne durch ein Wolkenloch und verwandelt das Meer in flüssiges Silber. Gut geschützt im Auto, genießen wir den spektakulären Sonnenuntergang und die unwirkliche Stimmung durch den aufsteigenden Mond.

Am Morgen ist die Landschaft zwar immer noch gigantisch, aber realer. Die Sonne scheint von einem sauber gefegten Himmel, die Vögel stürzen sich wieder vom Vogelfelsen ins Meer und die ersten Touristenautos kommen den Berg herauf. Wie privilegiert wir doch sind, an solch einem fantastischen Ort übernachten zu können. In einer Stunde bringt uns die Katamaran-

fähre zu den geheimnisvollen Orkney-Inseln. Wir landen in dem kleinen Ort St. Margarets Hope und fahren direkt zur Südspitze, zum Tomb of Eagles (Grab der Adler), einem Kammergrab aus der Jungsteinzeit. Der Trampelpfad zum Grab führt entlang der Steilküste. Wir kommen durch eine dramatische Landschaft. Schroffe graue Felsen fallen fast senkrecht ins Meer. In den Nischen brüten Seevögel. Auf einem kleinen Felsen sonnen sich die Robben. Das Meer brandet gegen die Kliffs und hat im Laufe der Jahrtausende große Höhlen hineingenagt. An der Seite eines kleinen Hügels finden wir den Eingang zum Grab. Mit einem kleinen Rollwagen kann man sich liegend an einem Seil die etwa fünf Meter ins Grab ziehen.

Mit den wenigen Metern lege ich 5000 Jahre zurück und lande in der Steinzeit – lange vor der Ägyptischen Hochkultur haben unsere Vorfahren mit ihren einfachen Mitteln ein solch kompliziertes Grab gebaut, um ihre Toten zu ehren. Hier am „Ende der Welt“ muss vor 5000 Jahren eine Hochkultur existiert haben, von der wir uns noch gar keine rechten Vorstellungen machen können. Wir alle sollten uns in unserer Fortschrittsarroganz ein ganzes Stück zurücknehmen und demütig werden vor den Leistungen der alten Völker. Auf dem Rückweg kommen wir an einer bronzezeitlichen Ausgrabung vorbei. Zwei Steinmühlen stehen auf den Mauern. Wir können uns alles ansehen, alles fotografieren und anfassen – Archäologie hautnah.

Die Nacht verbringen wir bei Old St. Mary's Church. Leider wird die Kirche gerade renoviert, sodass wir sie nicht besuchen können. Wir werden aber von einem traumhaften Sonnenuntergang entschädigt. An den Churchill-Barrieren entlang (der britische Premierminister ließ sie während des Krieges von Kriegsgefangenen gegen die deutschen U-Boote errichten) und an der italienischen Kirche vorbei fahren wir zur Nachbarinsel Burray. Dort gibt es ein Fossilien-Museum, das ich unbedingt sehen möchte. Der Aufenthalt lohnt sich. Das Weltkulturerbe „Neolithic Orkney“ wartet auf uns. Die Orkneys sind ein regelrechter Hotspot für Archäologen. Auf einer

schmalen Landzunge in der Nähe der Inselhauptstadt Kirkwall häufen sich die Funde. Die Standing Stones of Stenness beeindruckt uns, vermutlich waren sie das Vorbild für Stonehenge. An der Grabungsstätte Ness of Brodgar ist viel Betrieb. Seit sieben Jahren kommen im Sommer Archäologen mit ihren studentischen Hilfskräften, um die Steinzeitniederlassung mit den bislang reichsten Funden an Steinzeitkunst auszugraben. Sogar die Einrichtung der Häuser kann man sehen, steinerne Schränke und Bettgestelle – es ist so viel kultivierter, als wir uns diese Zeit vorgestellt haben.

Am Ring of Brodgar kommt alles in Erinnerung, was ich mal von der Kraft der Steinkreise gelesen oder gehört habe. Aber zum Glück komme ich unbeschadet aus dem Kreis wieder heraus. Auf der Gezeiteninsel Brough of Birsay gibt es noch eine interessante Ausgrabung, aber die ist für mich weder mit Auto noch mit Rolli zu erreichen – schade. Dafür erkunden wir den Skiba-Geopfad entlang der Steilküste und erleben wieder mal einen traumhaften Sonnenuntergang.

Wir unternehmen noch eine Inselrundfahrt. Der Besuch in der Yellow-Bird-Galerie und ein nettes Gespräch mit der Besitzerin, deren Arbeiten mir sehr gut gefallen, macht uns viel Freude. Wir beschließen, der Hauptstadt Kirkwall noch einen Besuch abzustatten, eine Besichtigung der Magnuskathedrale lohnt auf jeden Fall. Beeindruckend, wie die Baumeister den gotischen Stil mit dem normannischen gemischt und eine Einheit geschaffen haben. Mich erinnert der Bau an den Niddasdom in Trondheim.

Zurück auf dem Festland erleben wir spektakuläre Landschaften, traumhafte Sonnenauf- und -untergänge, unerträgliche Hitze und blutrünstige Gnitzen in den Highlands. Die Ufer von Loch Lomand sind wirklich so schön wie in der alten schottischen Ballade beschrieben. Es gibt viele interessante Begegnungen und lustige Erlebnisse, aber all das näher zu schildern würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen. Eins steht fest: Schottland ist ein wunderschönes Land mit einer lebenswerten Bevölkerung. Wir würden es gerne wieder besuchen.



Oh Mensch, du wirst nie nebenbei
Der Möwe Flug erreichen.
Wofern du Emma heißest, sei
Zufrieden, ihr zu gleichen.



oben: Aktion der Rotarier in St. Andrews.
ganz oben: Hungrige Emmas.

linke Seite: Sonnenaufgang bei Old St. Mary's Church.
unten: Per Hightech in die Steinzeit.
ganz unten: Auf der Heiligen Insel.





Nachdem ich schon viele Jahre mit dem Saalfeldener Behinderten-Sportverein Pinzgau Monoski und Langlaufschlitten fahre, habe ich 2014 erstmals eine Gruppenreise mitgemacht. Mich lockte das Reiseziel Wien. Unter Leitung von Roland und Margit Trauner fand die Reise im Oktober mit einem behindertengerechten Reisebus statt.

Herrlicher Sonnenschein begleitete uns auf der langen Anfahrt nach Saalfelden am Steinernen Meer und hob unsere hochgestimmte Erwartung. Erste Station machten

Zwei Damen von der RG Augsburg unterwegs: *Vier Tage Wien ...*

wir am Mondsee in einer weitgehend behindertengerechten Raststätte mit zauberhaftem Blick auf den See. Unser barrierefreies Hotel „Kolping Wien Central“ war wirklich zentral gelegen. Den Naschmarkt konnte man gut zu Fuß erreichen. Mit unserem Bus ging es am zweiten Tag nach Schloß Schönbrunn, dem Hietzinger Tor mit Tiergarten, Schlossgarten und einem kleinen feinen Theater mit Puppenbühne, was uns an unsere Augsburger Puppenkiste erinnerte. Die Zauberflöte von Mozart wurde aufgeführt, leicht und verspielt.

Am dritten Tag ging es unter Leitung von Margit Trauner zur Stadtbesichtigung in die Wiener Innenstadt. Margit ist in Wien aufgewachsen und kennt sich bestens aus. Der riesige gotische Stefansdom mit seinem bunten Dach war beeindruckend. In der Altstadt ist schönes Pflaster verlegt, das uns Rollifahrern das Vorankommen

leicht machte. Mittags nahm uns der Bus am gotischen Rathaus auf und brachte uns in den Prater. Wir schlenderten am Riesenrad vorbei zur Attraktion „Hoher Turm“, der mich in 75 m Höhe Karussell fahren ließ. Die Aussicht über die Wiener Berge, die Donau und die Altstadt war ein Traum. Das üppige Essen im Schweizerhaus wurde von Roland noch mit einer langstieligen Rose getoppt, die jede Dame von ihm bekam.

Die Rückfahrt verlief wie die vergangenen Tage bei herrlichem Sonnenschein. Wir fühlten uns als richtige Glückskinder, von der Sonne und milden Temperaturen verwöhnt. Wir hatten eine schöne Fahrt mit vielen Highlights erlebt, uns ausgetauscht und nette Bekanntschaften geknüpft. Danke an Margit und Roland für die perfekte Organisation und eure Hilfsbereitschaft! *Georgine Miehle-Zesch*



Zum vierten Mal trafen sich Mitglieder der RG Hannover und Wolfenbüttel/Salzgitter/Goslar/Harz Anfang November zu einer Projektwoche im barrierefreien Gästehaus der Fürst-Donnersmarck-Stiftung in Bad Bevensen. Die Sprecher Horst Podella und Irmgard Kollwitz konnten 38 Teilnehmer begrüßen.

Almut Jahnke-Saile, ehemalige Sprecherin der RG Hannover, hatte trotz ihrer schweren Krankheit noch die Projektwoche vorbereitet. Zum Gedenken an Almut wurde ein Foto im Versammlungsraum aufgestellt und eine Kerze angezündet.

Das Treffen stand unter dem Motto „Wohnen im Alter“. Das umfangreiche und interessante Programm beschäftigte sich insbesondere mit den Wünschen und Forderungen älter werdender Menschen, besonders wenn sie von Behinderungen und Beeinträchtigungen betroffen sind. „Wie kann ich im Alter selbstständig, selbstbestimmt und sozial eingebunden leben?“

So war der Vortrag von Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Hamburg, „Wohnen und sterben, wo ich gelebt habe“ der Einstieg ins Thema.

In Erinnerung an Almut Jahnke-Saile:

Gemeinsame Projektwoche

Der Referent machte deutlich, dass sich die Kultur des Wohnens seit 1980 verändert hat. Das Wohnen in der Familie (Blutsverwandte) wurde nach und nach abgelöst von neuen Wohnformen im Alter (Wahlverwandte).

Andrea Beerli vom FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e. V. berichtete über alternative Wohnformen für Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf, z. B. gemeinschaftliche Wohnprojekte und ambulant betreute Wohngemeinschaften, die keinen Träger erfordern. Diese Wohnformen setzen eine verbindliche Nachbarschaft voraus. Nur so kann die Forderung „ambulant vor stationär“ verwirklicht werden.

Von besonderem Interesse war der Vortrag von Doris Weissinger, Sprecherin des LV Niedersachsen, über die Nachbarschaftsinitiative Feriendorf e. V. Quakenbrück. Sie lebt selbst dort und ist Stellvertretende Vorsitzende der Nachbarschaftsinitiative. Die Initiative versteht sich als eine Gemeinschaft, die die dort lebenden älteren Menschen in der Führung eines selbstbestimmten Lebens im selbst gestalteten Zuhause unterstützt.

Gerald Sternal stellte sein Wohnprojekt „Sternenpark in Holle“ mit einer umfangreichen Fotoschau vor. In diesem Wohngebiet

werden barrierefreie Einfamilienhäuser mit Gemeinschaftseinrichtungen vermietet.

Die „Senioren Residenz Dahlke“ in Bad Bevensen stellte die Eigentümerin Beate Dahlke in einem weiteren interessanten Vortrag vor. Sie bietet in ihren Häusern Tagespflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege im stationären Bereich sowie Wohnen mit Service in unterschiedlichen Wohnungsgrößen an. Interessierte Teilnehmer hatten während der Projektwoche Gelegenheit, die Residenz zu besichtigen.

Zum Abschluss der Vortragsreihe berichtete Herbert Kollwitz, ausgebildeter Wohnberater, über Möglichkeiten und Finanzierung behindertengerechter Ein- und Umbauten in Häusern und Wohnungen. Fotos vom Kompetenzzentrum in Garrel und von Beispielwohnungen in Braunschweig und Wolfsburg ergänzten seine Ausführungen.

Während der Projektwoche sorgten Entspannungsübungen und Gymnastik für Polio-Betroffene mit Sabine Dierks, Gesundheitspädagogin aus Bad Bevensen, und gemeinsames Gedächtnistraining für eine angenehme Abwechslung.

Text: Horst Podella / Irmgard Kollwitz

Foto: Herbert Kollwitz

Seminar für Polio-Betroffene und Angehörige

Bei einem Gruppentreffen der RG Saar Mitte 2013 wurde der Wunsch geäußert, für Polio-Betroffene und Angehörige ein Seminar zu veranstalten. Ziel sollte sein, dass sich die Gruppenmitglieder besser kennenlernen und dass Angehörige besser verstehen können, was es heißt, an Kinderlähmung erkrankt zu sein und nun mit den Folgen zurechtkommen zu müssen.

Am 16. Oktober 2014 war es soweit. 15 Personen – darunter 5 Partner/innen – machten sich in Fahrgemeinschaften mit Privat-Pkw auf den Weg. Nach der Begrüßung und einer kurzen Vorstellung der Stadt Bad Sooden-Allendorf sahen wir uns gemeinsam den preisgekrönten Film „The Epidemic“ von Niels Frandsen an. Frandsen erkrankte im Alter von einem Jahr 1952 in Dänemark an Polio. Er erzählt, wie er und seine Familie seine Erkrankung erlebten. Der Film ist sehr authentisch und weckt Erinnerungen an die eigene Erkrankung. Die Teilnehmer berichteten, wie sie selbst die Erkrankung erlebten. Einigen Angehörigen wurde zum ersten Mal bewusst, was es heißt, an Kinderlähmung zu erkranken.

Am nächsten Tag fuhren wir zur Klinik Hoher Meißner. Chefarzt Dr. Schröter begrüßte uns und referierte sehr anschaulich über Polio und PPS. Er erklärte anhand von Grafiken den Ablauf der Akuterkrankung, was dabei im Körper geschieht und welche Schäden das Virus verursacht. Aus-

föhrlich ging er anschließend auf PPS ein. Danach hielt Frau Mehmke, Psychologin der Klinik, den Vortrag „Umgang mit einer chronischen Erkrankung – ignorieren oder in Watte packen?“. Sie stellte heraus, wie wichtig es ist, dass Betroffene und Partner miteinander kommunizieren und ihre Bedürfnisse und Wünsche deutlich äußern.

Der Physiotherapeut Herr Torey demonstrierte an mir die Physiotherapie beim PPS. Unbedingt wichtig ist es, den Patienten nicht zu überlasten. Herr Torey erklärte jeden Handgriff und fragte immer wieder, wie ich mich unter der Behandlung fühle.

Abschließend führte uns Dr. Schröter durch die Klinik. Neben den Therapieräumen konnten wir auch ein Patientenzimmer besichtigen. Demnächst sollen weitere Zimmer behindertengerecht umgebaut werden.

Am Samstag kamen zwei Ergotherapeutinnen der Klinik Hoher Meißner, Daniela Schulze und Anna Kiwatt, in unseren Tagungsraum im Hotel. Thema ihres locker geführten Gespräches waren Hilfsmittel: Welche gibt es, wann werden sie benötigt und welcher Kostenträger (Renten-, Kranken-, Pflegekasse) übernimmt die Finanzierung bzw. gewährt einen Zuschuss?

Carola Hiedl (Diplom-Psychologin, psychologische Therapeutin) referierte über das Thema „Älterwerden ist nichts für Feiglinge – wie viel Mut brauchen PPS-Betroffene?“ Bis spät in die Nacht hinein



diskutierten wir über die Vorträge, und für manche Teilnehmer und Begleitpersonen gab es neue Erkenntnisse.

Fazit: Das Gruppenleben hat neue Impulse erhalten. Das Seminar war sehr informativ. Angehörigen wurde die Problematik des PPS nahe gebracht. Dadurch wird die eine oder andere Verhaltensweise des Polio-Betroffenen nun besser verstanden. Auch als Betroffener nimmt man immer wieder etwas mit nach Hause, was hilft, den Alltag leichter zu bewältigen.

Die gesamte Organisation durch Ulrike und Ralf Jarolimeck war hervorragend. Wir danken der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, der IKK Südwest und der Knappschaft-Bahn-See für ihre finanzielle Unterstützung. Unser Dank gilt den kompetenten Mitarbeitern der Klinik Hoher Meißner und nicht zuletzt auch dem freundlichen Personal im Hotel Ekko's.

Von allen Teilnehmern wurde der Wunsch geäußert, ein solches Seminar zu wiederholen.

Text: Ulrike Jarolimeck

Foto: Ralf Jarolimeck



Im Rahmen der gut besuchten Jahresabschlussfeier der Regionalgruppe 22 Göttingen / Northeim im Restaurant „Seeterassen“ am Kieselsee in Northeim wurden fünf Mitglieder für ihre 20-jährige Mitgliedschaft im Bundesverband und damit auch in der Regionalgruppe geehrt. Da die Sprecherin Sigrid Rüschel selbst zu den Geehrten gehörte, überreichte Gerhard Böhme ihr sowie Erhard Braun und Hans

Regionalgruppe 22 Göttingen/Northeim:

Ehrungen bei Jahresfeier

Georg Cloos die Ehrenurkunden des Bundesverbandes und ein Geschenk der Regionalgruppe. Er bedankte sich für die langjährige Mitgliedschaft und die Teilnahme an den Veranstaltungen der Gruppe, bei Sigrid Rüschel besonders dafür, dass sie 2010 nach dem Tod von Elisabeth Sattelmeier das Amt der Gruppensprecherin übernommen hatte und dafür auch weiter zur Verfügung steht. Sigrun Fandrich und Dr. Helga Uffenorde konnten an der Feier nicht teilnehmen, sie erhalten ihre Urkunden später. Alle Geehrten sind im Laufe des Jahres 1994, dem Gründungsjahr der Regionalgruppe, dem Bundesverband beigetreten.

Sigrid Rüschel berichtete über die Aktivitäten der Gruppe im Jahre 2014. Höhepunkt war die Zweitagesfahrt nach Garrel in das Kompetenzzentrum für altersgerechtes Bauen und Wohnen. Neben der Teilnahme an Veranstaltungen des Bundesverbandes und des Landesverbandes Niedersachsen trafen sich die Mitglieder zu acht Gesprächsrunden, zum Teil mit interessanten Vorträgen. Außerdem wurde die Kontaktstelle Göttingen der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM) besucht. 2015 sind weitere gemeinsame Veranstaltungen mit der DGM geplant.

Text: Gerhard Böhme

Bild: E. Rössing

Vergünstigungen bei Lohn-/Einkommensteuer für Behinderte

von Dr. Ulrich Dürr, Neustadt

1.4 Wahlmöglichkeit

1.4.1 Abgeltungswirkung

Der Behinderten-Pauschbetrag entspricht lediglich den Mindestaufwendungen, die nach der Lebenserfahrung entsprechend der Art und Schwere der Behinderung zusätzlich anfallen. Der Pauschbetrag soll die unmittelbar infolge der Behinderung entstehenden laufenden und typischen außergewöhnlichen Belastungen abdecken. Nur für diese Aufwendungen wird der Pauschbetrag statt eines Abzugs als außergewöhnliche Belastung gewährt. Wird insoweit der Pauschbetrag geltend gemacht, scheidet eine Berücksichtigung als außergewöhnliche Belastung nach § 33 EStG aus. Nicht laufende und untypische Mehraufwendungen sind dagegen durch den Pauschbetrag nicht abgegolten und können auf Antrag nach § 33 EStG neben dem Pauschbetrag als allgemeine außergewöhnliche Belastungen geltend gemacht werden. Dasselbe gilt für die mittelbar behinderungsbedingten Aufwendungen, und zwar auch, wenn sie laufend oder typisch sind.

§ 33b Abs. 1 Satz 1 EStG konkretisiert den mit dem Pauschbetrag abgegoltenen typischen Mehraufwand. Darunter fallen Aufwendungen:

- für die Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens,
- für die Pflege sowie
- für einen erhöhten Wäschebedarf.

Alle übrigen behinderungsbedingten Aufwendungen werden von der Typisierung nicht erfasst und sind mit der Pauschalierung nicht abgegolten. Sie können daneben als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden, z. B. Kosten einer Operation, für Heilbehandlungen, Kuren, Medikamente, Ärzte, Fahrtkosten usw.

1.4.2 Pauschbetrag oder Abzug als außergewöhnliche Belastung

Der Pauschbetrag dient der Verwaltungsvereinfachung und wird ohne Rücksicht auf die Höhe der tatsächlichen Aufwendungen gewährt. Er soll dem Steuerpflichtigen das Sammeln von Belegen und dem Finanzamt deren Nachprüfung

ersparen. Stattdessen kann der behinderte Mensch sämtliche Mehraufwendungen, die ihm aufgrund seiner Behinderung entstehen, unter dem Gesichtspunkt der Krankheitskosten als allgemeine außergewöhnliche Belastung geltend machen. Die Aufwendungen sind dann im Einzelnen nachzuweisen oder glaubhaft zu machen. Sie mindern sich um die zumutbare Belastung. Ferner sind gegenzurechnen die Kostenersparnisse aufgrund von Erstattungen vonseiten Dritter, z. B. erhaltene Versicherungsleistungen oder Krankheitsbeihilfen des Arbeitgebers.

Behinderte Steuerpflichtige können daher in jedem Veranlagungszeitraum für die unmittelbar infolge der Behinderung entstandenen Aufwendungen, d. h. innerhalb der Abgeltungswirkung des Pauschbetrags, zwischen dem Abzug des Pauschbetrags oder der Geltendmachung der infolge der Behinderung entstandenen Aufwendungen als allgemeine außergewöhnliche Belastung im Rahmen des § 33 EStG wählen. Das Wahlrecht gilt auch für den erhöhten Pauschbetrag wegen Hilflosigkeit oder Blindheit von 3.700 EUR.

Wichtig:

Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen nur in bestimmten Fällen vorteilhaft

Die Geltendmachung der vom Pauschbetrag erfassten Aufwendungen als allgemeine außergewöhnliche Belastung nach § 33 EStG ist nur vorteilhaft, wenn die einzeln nachgewiesenen Aufwendungen nach Abzug etwaiger Erstattungen und der zumutbaren Belastung den Behinderten-Pauschbetrag übersteigen und sich dadurch ein höherer abziehbarer Betrag ergibt. Entsprechendes gilt für die Aufwendungen für ein behindertes Kind nach Übertragung des Pauschbetrags auf die Eltern.

Das Wahlrecht kann im jeweiligen VZ für alle mit dem Pauschbetrag abgegoltenen Aufwendungen nur einheitlich ausgeübt werden. Ein teilweiser Verzicht ist nicht möglich. Es ist nicht möglich, z. B. die Pflegekosten nach § 33 EStG und für den erhöhten Wäschebedarf den Pauschbetrag

zu beanspruchen. Das Wahlrecht kann in jedem VZ erneut ausgeübt werden.

Wichtig:

Zumutbare Belastung bei Krankheitskosten: Veranlagungen vorläufig! Der nach Familienstand und Kinderzahl gestaffelte Ansatz einer zumutbaren Belastung nach § 33 Abs. 3 EStG ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, solange dem Steuerpflichtigen ein verfügbares Einkommen verbleibt, das über dem geltenden Regelsatz für das Existenzminimum liegt. Wegen neuerdings wieder erhobener verfassungsrechtlicher Bedenken und anhängiger Musterverfahren werden Veranlagungen hinsichtlich des Abzugs einer zumutbaren Belastung bei Aufwendungen für Krankheit oder Pflege jedoch nur vorläufig durchgeführt.

Die Berücksichtigung als allgemeine außergewöhnliche Belastung setzt einen Antrag voraus. Liegen die Voraussetzungen für den Pauschbetrag vor, ist dieser jedenfalls als Mindestbetrag zu gewähren, falls die nach § 33 EStG zu berücksichtigenden Aufwendungen nach Kürzung um die zumutbare Belastung den Pauschbetrag nicht übersteigen. Da mit höheren Einkünften auch die anzurechnende zumutbare Belastung ansteigt, wirkt sich der Behinderten-Pauschbetrag bei hohen Einkommen eher vorteilhaft aus als bei niedrigeren Einkommen.

Praxis-Beispiel:

Pauschbetrag oder Abzug der tatsächlichen Aufwendungen

Bei einem GdB von 90 beträgt der Pauschbetrag 1.230 EUR. Die zumutbare Belastung soll 3 % des Gesamtbetrags der Einkünfte von 25.000 EUR = 750 EUR betragen. Nur wenn die unmittelbar behinderungsbedingten Aufwendungen höher sind als 1.980 EUR (1.230 EUR + 750 EUR), wirkt sich der Abzug als außergewöhnliche Belastung günstiger als der Behinderten-Pauschbetrag aus. Bei einem Gesamtbetrag der Einkünfte von 50.000 EUR beträgt die zumutbare Belastung (3 %) 1.500 EUR. Der Abzug als außergewöhnliche Belastung ist erst bei höheren Kosten als (1.230 EUR + 1.500 EUR) 2.730 EUR günstiger.

1.4.3 Geltendmachung als außergewöhnliche Belastung neben dem Pauschbetrag Behinderte Menschen können aber auch einerseits für die unmittelbar behin-

derungsbedingten Aufwendungen den Behinderten-Pauschbetrag in Anspruch nehmen und daneben die nicht laufenden und untypischen mit dem Leiden zusammenhängenden (einzeln nachgewiesenen) Kosten als allgemeine außergewöhnliche Belastungen geltend machen. Bei diesen Aufwendungen ist wiederum die zumutbare Belastung gegenzurechnen. Voraussetzung für eine Berücksichtigung ist allerdings, dass es sich nicht um typische laufende Mehraufwendungen infolge der Behinderung handelt (Verrichtungen des täglichen Lebens, Pflege, Wäsche), da diese bereits mit dem Pauschbetrag abgegolten sind.

Neben dem Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung abziehbar sind alle – auch behinderungsbedingten – Aufwendungen, die weder als laufende noch typische Aufwendungen anfallen, somit alle einmaligen, atypischen, außerordentlichen oder ungewöhnlichen Kosten (z. B. Operationskosten, Heilbehandlungen, Kur-, Medikamenten- und Arztkosten), sowie auch mittelbare behinderungsbedingte Aufwendungen (Fahrtkosten, Aufwendungen für eine Begleitperson), deren Abzug nach § 33 EStG zugelassen ist.

Mit der Inanspruchnahme des Pauschbetrags sind jedoch alle pflegebedingten Aufwendungen abgegolten.

1.5 Übertragung des Pauschbetrags

Da Kinder häufig keine oder geringere Einkünfte als ihre Eltern oder Großeltern haben und sich der Pauschbetrag bei ihnen daher steuerlich nicht auswirkt, lässt § 33b Abs. 5 EStG bei Kindern, für die ein Kinderfreibetrag, Betreuungs-, Erziehungs- oder Ausbildungsbedarfs-Freibetrag oder Kindergeld gewährt wird, auf Antrag eine Übertragung des Behinderten-Pauschbetrags zu. Da der Pauschbetrag nur die Aufwendungen des Kindes abgilt, können die Eltern ihre eigenen zwangsläufigen Aufwendungen nach § 33 EStG geltend machen, auch wenn der Pauschbetrag nicht auf sie übertragen worden ist.

Wichtig:

Übertragung gilt nur für den jeweiligen VZ

Die Übertragung muss ggf. für jedes Kalenderjahr erneut beantragt werden. Prüfen Sie genau, ob sich der Pauschbetrag bei Ihnen oder dem Kind selbst günstiger auswirkt.

Die Übertragung auf Eltern setzt voraus:

- Der Behinderten-Pauschbetrag steht dem Kind zu, das ihn nicht in Anspruch nimmt,
- die Eltern bzw. der Elternteil erhalten bzw. haben Anspruch auf einen Kinderfreibetrag, Bedarfsfreibetrag oder Kindergeld.

Die Übertragung des Behinderten-Pauschbetrags eines Auslandskindes ist möglich, wenn

- der Steuerpflichtige Anspruch auf einen Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG oder auf Kindergeld hat,
- der Steuerpflichtige und das Kind unbeschränkt steuerpflichtig sind oder als unbeschränkt steuerpflichtig behandelt werden. Dies ist möglich, wenn das Kind und die Eltern zu mindestens 90 % Inlandseinkünfte erzielen oder ihre nicht der deutschen Einkommensteuer unterliegende Einkünfte nicht mehr als 8.130 EUR betragen.
- Für ein Kind mit Wohnsitz außerhalb eines EU-/EWR-Mitgliedstaats kann der Pauschbetrag nicht übertragen werden, wenn das Kind im Inland keine eigenen Einkünfte erzielt.

Wichtig:

Nachweis der Behinderung eines Auslandskindes

Der Nachweis der Behinderung eines Auslandskindes wird von dem zuständigen Auslandsversorgungsamt, das es für jedes Land gibt, förmlich wie vom Inlandsversorgungsamt festgestellt. Dieses fordert von dem Antragsteller ärztliche Unterlagen an, nach denen es den GdB bestimmen kann. Der Feststellungsbescheid des Auslandsversorgungsamts ist als Nachweis einzureichen.

Die Übertragung setzt nur voraus, dass der Steuerpflichtige Anspruch auf einen Kinderfreibetrag bzw. einen Bedarfsfreibetrag oder Kindergeld hat, nicht, dass es sich bei dem Kind, dem der Pauschbetrag zusteht, um ein Kind des Steuerpflichtigen handelt. Der Behinderten-Pauschbetrag kann daher auch auf Großeltern oder Stiefeltern übertragen werden, denen ein Kinderfreibetrag oder das Kindergeld für

das Kind zusteht. Eine Übertragung auf Geschwister ist nicht zugelassen, ebenso nicht eine Übertragung von den Eltern auf ein Kind.

Wichtig:

Berücksichtigung von Kindern über das 25. Lebensjahr hinaus

Kinder, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung nicht imstande sind, sich selbst zu unterhalten, sind auch über das 25. Lebensjahr hinaus beim Kinderfreibetrag (Bedarfsfreibetrag) bzw. Kindergeld zu berücksichtigen, wenn die Behinderung vor dem 25. Lebensjahr eingetreten ist. Ihr Behinderten-Pauschbetrag kann also auch später noch übertragen werden.

Der Pauschbetrag kann nur insgesamt, nicht teilweise, vom Kind auf eine andere Person übertragen werden. Eine Berücksichtigung zum Teil bei dem Kind und zum Teil bei den Eltern ist daher nicht zulässig.

Der Pauschbetrag ist grundsätzlich hälftig auf beide Elternteile zu übertragen, wenn beide Elternteile den Antrag auf Übertragung stellen. Jeder Elternteil kann aber für sich wählen, ob er den halben Pauschbetrag beanspruchen oder seine behinderungsbedingten Aufwendungen nach § 33 EStG als allgemeine außergewöhnliche Belastung (unter Anrechnung der zumutbaren Belastung) abziehen will. Abweichend hiervon kann ein Elternpaar (auch schon im Lohnsteuer-Ermäßigungsverfahren) gemeinsam eine andere als die hälftige Aufteilung beantragen, z. B. in der Weise, dass dem einen Elternteil der Pauschbetrag ganz oder zu 3/4 zustehen soll. Im Fall einer abweichenden Aufteilung ist aber die Geltendmachung der Aufwendungen nach § 33 EStG ausgeschlossen. Somit kann nicht ein Elternteil den Pauschbetrag voll in Anspruch nehmen und der andere seine Aufwendungen nach § 33 EStG absetzen.

Das Kind kann nach der Übertragung des Pauschbetrags seine tatsächlichen Aufwendungen nicht nach § 33 EStG geltend machen. Jedoch kann nach der neuesten BFH-Rechtsprechung der Steuerpflichtige, auf den der Pauschbetrag übertragen wird, eigene zwangsläufige Aufwendungen für das Kind zusätzlich zum Pauschbetrag nach § 33 EStG abziehen, da der Pauschbetrag nur die Aufwendungen des Kindes abgilt.

Dr. Dürr war bis zur Pensionierung Richter am Bundesfinanzhof

Abdruck mit freundl. Genehmigung Haufe-Lexware GmbH & Co. KG

Flächendeckende Einführung von Telemedizin: Mehrheit der Ärzte befürwortet das

Die Mehrheit der im Rahmen eines Projekts in Kaiserslautern befragten Ärzte ist für eine flächendeckende Einführung von Telemedizin zur Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz oder Herzrhythmusstörungen in ihrem Arbeitsumfeld. Sie erwarten davon unter anderem eine Optimierung der Versorgung und eine Erhöhung der Therapietreue. Eine gemeinsame elektronische Patientenakte wird von den Medizern als weniger wichtig eingeschätzt. Das sind einige Ergebnisse einer Befragung des Fraunhofer-Instituts für Software-Engineering, der Deutschen Stiftung für chronisch Kranke und des Westpfalz-Klinikums Kaiserslautern, die auf der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) in Düsseldorf präsentiert wurden.

Telemedizinische Versorgungsangebote ermöglichen es, „der Zunahme an chronischen Erkrankungen und den strukturellen Veränderungen der medizinischen Angebotssituation, zum Beispiel die abnehmende Verfügbarkeit fachärztlicher Expertise im ländlichen Raum, zu begegnen. Das gilt insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen“, so Studienautorin Silke Steinbach auf der DGK-Tagung. „Als regionaler Lösungsansatz unterstützt das Modellprojekt E. He. R. die Schaffung einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung mittels telemedizinischer Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz oder Herzrhythmusstörungen.“

Weil die Akzeptanz durch alle Beteiligten eine Voraussetzung für die nachhaltige Implementierung eines neuen Versorgungskonzeptes sei, so die Expertin, wurde im Rahmen der Projektevaluation die Einschätzung von Ärzten in der Region Westpfalz mittels Fragebögen, in Einzelinterviews und in Workshops eingeholt.

„Im Rahmen der Anforderungs- und Bedarfsanalyse legten die befragten Ärzte den Fokus auf eine Verbesserung der schnellen und effizienten Patientenversorgung“, so die Expertin. „Durch Telemedizin sollen Abläufe standardisiert und optimiert werden, um Patienten optimal zu versorgen und eine Entlastung der Ärzte herbeizuführen. Als weniger wichtig wurde eine gemeinsame IT-Infrastruktur und eine gemeinsame elektronische Patientenakte gesehen.“ Einen entscheidenden Vorteil sehen die Mediziner laut Befragung in der Erhöhung der Therapietreue von Herzinsuffizienz-Patienten durch die regelmäßige Übermittlung von Vitalparametern im Rahmen der telemedizinischen Begleitung. Generell erwarten die Mediziner ein geschärftes Bewusstsein der Patienten für ihre medizinische Situation und einen selbstständigeren Umgang mit der Erkrankung.

„Zusammenfassend steht die Mehrzahl der befragten Ärzte, nämlich 58,3 Prozent, einer flächendeckenden Einführung von Telemedizin in ihrem Arbeitsumfeld positiv gegenüber. Nur eine Minderheit von 12,5 Prozent spricht sich gegen Telemedizin aus“, so die Studienautorin. Allerdings wollen die Mediziner die Telemedizin-Leistungen auch entsprechend abgegolten sehen: 56,5 Prozent der befragten Ärzte verlangen

eine Regelvergütung dafür, 39,1 Prozent sehen eine Vergütung im Rahmen von Disease Management Programmen und 30,4 Prozent als Angebot der Integrierten Versorgung (IV) als Optionen.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

Petition für Teilhabegesetz: 20 000-Marke geknackt

Die von Matthias Keitzer aus Berlin bei openPetition eingestellte Petition „Teilhabegesetz Jetzt“, mit der für ein gutes Bundesteilhabegesetz geworben wird, hat zum Jahreswechsel die Marke von 20 000 Unterstützer/-innen geknackt. Gleichzeitig wurde die Laufzeit für die Petition bis zum 1. Mai 2015 verlängert. Dann sollte auch die Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz ihre Arbeit abgeschlossen haben.

kobinet

Gesunder Lebensstil reicht bei Bluthochdruck nicht: „Lebensalter plus 100“ ist überholt

Gesund zu leben ist die beste Therapie gegen Bluthochdruck, so lautet der Rat vieler Mediziner. Doch Experten der Deutschen Hochdruckliga (DHL) warnen vor voreiligen Schlüssen: Normalgewicht, ausgewogene Ernährung und regelmäßige Bewegung seien zwar ein Grundpfeiler der Behandlung von Bluthochdruck. Lebensstiländerungen allein ersetzen die Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten aber nicht immer. Messen Betroffene wiederholt und längerfristig Blutdruckwerte von über 140 zu 90 Millimeter auf der Quecksilbersäule (mmHg), drohen Organschäden. Wichtig sei deshalb, so die Experten der DHL, die Werte regelmäßig zu kontrollieren und, wenn nötig, ärztlich verordnete Medikamente einzunehmen.

Mit fettarmer Ernährung, täglichen Spaziergängen und höchstens einem Glas Bier am Tag bekommen viele Menschen mit Bluthochdruck ihre Werte in den Griff. „Bei mäßiger Hypertonie von bis zu 159 zu 99 sollten Ärzte zunächst immer eine Umstellung der Lebensgewohnheiten empfehlen“, erläutert Professor Dr. med. Martin Hausberg, Vorstandsvorsitzender der DHL aus Karlsruhe. Dazu gehören eine ausgewogene, salzarme Ernährung, Sport und das Ziel, Risiken so gering wie möglich zu halten: Übergewicht, Rauchen und Alkohol. Doch das reicht nicht immer aus. „Wenn die Werte trotz intensiver Bemühungen des Patienten auch nach mehreren Monaten nicht sinken, ist eine Behandlung mit Blutdruck-Medikamenten notwendig“, so Professor Hausberg, „und maßgeblich für seine Gesundheit“.

Dasselbe gelte, wenn der Blutdruck die 159/99 mmHg überschreitet oder wenn ein erhöhtes Risiko durch andere Erkrankungen der Nieren, des Herzkreislaufsystems oder Diabetes mellitus besteht. „In diesen Fällen wäre es nahezu verantwortungslos, keine Medikamente zu verschreiben“, betont der Experte. Denn je länger der hohe Blutdruck anhält, desto größer die Gefahr, dass er das gesamte Gefäßsystem und Organe wie Herz, Hirn oder Nieren schädigt.

Ältere Menschen empfinden leicht erhöhte Werte zudem

oft nicht als gefährdend. Lebensalter plus 100 – nach dieser veralteten Faustregel zur Bestimmung der Höchstwerte richten sich immer noch zu viele Patienten und auch Ärzte. Danach wäre für einen 60-Jährigen ein Blutdruck von bis zu 160 mmHg noch akzeptabel. „Diese Regel führt in die Irre“, warnt Professor Hausberg, „Langzeitstudien zeigen eindeutig, dass ein Wert über 140 mmHg auf längere Zeit in jedem Alter gesundheitsgefährdend ist und das Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall signifikant erhöht.“

European Heart Journal/medizinkommunikation.org

Stationäre Versorgung: So wird Qualität für Patienten verständlich

Es gibt bedeutsame Unterschiede in der Qualität der deutschen Kliniken. Nicht immer ist das nächste Krankenhaus das passende. Die Weisse Liste will einen Vergleich ermöglichen und Transparenz schaffen – indem sie vorhandene Qualitätsdaten verständlich aufbereitet, sie online veröffentlicht und stetig neue Informationen erschließt.

Rund 2000 Krankenhäuser gibt es in Deutschland. Nicht alle bieten jede Behandlung an. Die Qualität der Versorgung in deutschen Krankenhäusern ist insgesamt hoch, jedoch gibt es teils bedeutende Unterschiede. Und nicht immer ist das nächste Krankenhaus das passende für den jeweiligen Patienten.

Seit 2004 sind Krankenhäuser per Gesetz verpflichtet, regelmäßig über ihr Angebot und ihre Qualität zu berichten. Die sogenannten strukturierten Qualitätsberichte sollen Patienten bei der Auswahl einer Klinik unterstützen. Aber: Die Berichte sind oft mehrere hundert Seiten stark, für Laien nur schwer zu lesen und nicht alle Informationen, die für Patienten von Bedeutung sind, finden sich in den Berichten.

Die Weisse Liste bemüht sich schon seit 2008, die Inhalte der Qualitätsberichte verständlich aufzubereiten und die Informationen sinnvoll zu ergänzen. Das Projekt will Patienten bei ihrer Entscheidung für ein passendes Krankenhaus fundiert unterstützen. Zugleich soll durch die neue Transparenz zwischen den Kliniken ein fairer Wettbewerb um die beste Qualität entstehen. Das Ziel: Dieser Wettbewerb sorgt dafür, dass die Qualität insgesamt steigt.

Jeder Nutzer – ob Patient, Patientenberater oder Arzt – kann in der Krankenhaussuche der Weissen Liste nach dem passenden Krankenhaus für den individuellen Fall suchen. Ein integrierter „Diagnosen-Dolmetscher“ sorgt dafür, dass die Suche auch mit allgemeinverständlichen Begriffen wie „Zucker“ funktioniert. Rund 30 000 fachliche Regeln im Hintergrund bewirken, dass der Nutzer nur die Informationen angezeigt bekommt, die für seinen Fall wichtig sind.

Zudem hat die Weisse Liste in den vergangenen Jahren gemeinsam mit den Krankenkassen AOK und BARMER GEK eine komplett neue Datenbasis erschlossen: In einer fortlaufenden Patientenbefragung – der größten in Europa – haben allein bis Ende 2014 schon über 1,2 Millionen Patienten Auskunft zu ihren Erfahrungen im Krankenhaus gegeben.

Das Besondere ist das, was der Nutzer nicht auf den ersten

Blick sieht. Tausende, stetig aktualisierte Regeln im Hintergrund sorgen dafür, dass ich aus der Flut der vorhandenen Daten die wirklich Wichtigen angezeigt bekomme.

Bertelsmann Stiftung

Neue DGE-Infothek mit praktischen Ernährungstipps: Was tun bei chronischer Verstopfung?

Manchmal geht nichts mehr: Die Verdauung ist ins Stocken geraten. Eine gelegentliche Darmträgheit, z. B. auf Reisen oder an Festtagen mit vielen Leckerbissen und gleichzeitig wenig Bewegung, kennen die meisten Menschen. Wenn dieser Zustand häufiger vorkommt oder zu einem Dauerzustand geworden ist, könnte eine sogenannte chronische Verstopfung der Grund sein. In Deutschland sind etwa 10 bis 15 % der Erwachsenen davon betroffen, Frauen doppelt so häufig wie Männer. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Zum Teil führen einfache Änderungen des Lebensstils zu einer Besserung. Hierzu gehören eine ballaststoffreiche Ernährung, eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sowie regelmäßige Bewegung. Die wichtigste vorbeugende Maßnahme gegen Verstopfung und der erste Schritt einer Behandlung ist eine höhere Ballaststoffzufuhr, sofern der Arzt Krankheiten und Arzneimittel als Ursachen ausschließen konnte.

Wer bisher wenig Ballaststoffe verzehrt hat, sollte die Zufuhr schrittweise erhöhen. Das verbessert die Bekömmlichkeit. Damit die Ballaststoffe ihre Wirkung voll entfalten können, ist eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr unabdingbar. Der Richtwert liegt bei rund 1,5 Liter Flüssigkeit am Tag. Optimal ist es, diese Menge gleichmäßig über den Tag zu verteilen.

Zeigen diese Lebensstilmaßnahmen innerhalb von etwa vier Wochen keine Wirkung, können zusätzlich Ballaststoffpräparate in Form von Flohsamenschalen und Weizenkleie ausprobiert werden. Die Einnahme von Ballaststoffpräparaten sollte immer mit dem Arzt abgesprochen werden, denn bei bestimmten Krankheiten des Enddarms können Ballaststoffe kontraproduktiv sein. Bleibt diese Maßnahme ebenfalls wirkungslos, erfolgt eine differenziertere Diagnostik. Erst danach kommen Abführmittel wie Magrocol, Natriumpicosulfat und Bisacodyl zum Einsatz (sog. „Laxanzien“). Sie sorgen dafür, dass der Stuhl flüssiger und fülliger und so der Darm angeregt wird. Sofern sie ausschließlich zur Behandlung einer Verstopfung eingesetzt werden und dabei kein Durchfall auftritt, können diese Arzneimittel unbedenklich auch langfristig eingesetzt werden. Dosierung und Einnahmefrequenz sind individuell unterschiedlich und sollten in ärztlicher Absprache erfolgen.

Die aktuelle DGE-Infothek „Essen und Trinken bei chronischer Verstopfung“ beschreibt Definition, Symptomatik, Ursachen und Behandlung der chronischen Verstopfung. Praktische Ernährungstipps runden den Ratgeber ab.

24-seitige Broschüre, Art.-Nr. 123004, Preis 1,- EUR zzgl. Versandkosten beim DGE-MedienService:

Tel.: 0228 9092626, Fax: 9092610,

E-Mail: info@dge-medienservice.de,

www.dge-medienservice.de.

DGE



Workshop Rollstuhl- und Mobilitätstraining - sicher Rollstuhl fahren lernen -

- Sonntag, **26.04.2015** – 9 bis 16 Uhr
- Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein Koblenz, Sporthalle, Johannes-Müller-Str. 7, 56068 Koblenz
- 25,- Euro inkl. Mittagessen, 1 Begleitperson frei

Kursleitung:

Arno Becker, Sportlehrer, Fachübungsleiter Sport in der Rehabilitation, Abteilungsleiter bei der Rollstuhl-Sportgemeinschaft Koblenz, zertifizierter Rollstuhl- und Mobilitätstrainer des Deutschen Rollstuhlsportverbandes (DRS)

Viktor Gstrein, Dipl. Sportlehrer Rehabilitation und Behindertensport, Fachübungsleiter Sport in der Rehabilitation, zertifizierter Rollstuhl- und Mobilitätstrainer des Deutschen Rollstuhlsportverbandes (DRS)

• Info und Anmeldung:

BASIS e. V. am Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein
Johannes-Müller-Str. 7 • 56068 Koblenz

Tel. 0261 137-1939 • basis@gk.de • www.basisev.de

Wichtige Termine

28. Februar 2015 (14:00 bis 16:30 Uhr):

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Vortrag im Mehrgenerationenhaus Freyung

20.-22. März 2015:

LV-Seminar für RG und KS in Baden-Württemberg

im „Seehörnle“ in 78343 Gaienhofen

28. März 2015 (14:00 bis 16:30 Uhr):

Pflegeleistungen

Vortrag AOK Bayerwald, Mehrgenerationenhaus Freyung

11. April 2015 (14:00 bis 16:30 Uhr):

Rollstühle, E-Scooter und andere Hilfsmittel

Info-Veranstaltung bei der RG72 Rottal/Inn u.Umgebung

23.-25. April 2015:

REHAB – Intern. Fachmesse für Rehabilitation, Therapie und Prävention in Karlsruhe

Der LV Baden-Württemberg wird in Zusammenarbeit mit der LAG mit einem Messestand vertreten sein.

Ständig aktualisierte Termin-Infos auf der Verbands-HP:
www.polio-selbsthilfe.de/de/Info+Service/Veranstaltungen

Buchtipps

Ablehnung der Pflegestufe - was tun?

Einstufungen der Pflegeversicherung sind oft umstritten. Nach Erfahrung der Autoren wird fast ein Drittel der Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung aufgrund von Fehlern bei der Begutachtung abgelehnt.

Birgit Greif und Jens Range sind unabhängige Pflegesachverständige und berichten aus ihrer täglichen Praxis. Sie zeigen 10 Beispiele auf, wie Widersprüche erfolgreich eingelegt werden können. Das Buch enthält Musteranschreiben und viele hilfreiche Tipps und Anregungen.

Das Buch hat zwei sehr nützliche Anhänge. In einem Glossar werden wichtige Begriffe aus der Pflege verständlich erklärt. Ein Pfl egetagebuch gibt pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, den tatsächlichen Pflegeaufwand nachvollziehbar zu dokumentieren.

Jens Range, Birgit Greif:

Pflegestufe abgelehnt: Was tun?

Taschenbuch, 112 Seiten,

Verlag Walhalla und Praetoria

ISBN 139783802973277 – 17,94 Euro

(Quelle: „Pflegetagebuch“ 15/2014)

Hart an der Grenze

Wenn das Arbeitspensum zur Belastung wird und die eigenen Grenzen überschritten werden, kann das Selbsthilfe-Engagement zur Überforderung werden. Das Handbuch „Hart an der Grenze – Herausforderung und Überforderung in der Selbsthilfe“ zeigt, wie man sich der eigenen Grenzen bewusst wird und sie zu achten lernt. Es macht auch innerhalb der Selbsthilfeorganisationen auf das Thema Überforderung aufmerksam. Als Schulungsbuch zeigt es mit praxisnahen Beispielen und Handlungshilfen Wege auf, wie Engagierte in der Selbsthilfe „gesund“ und motiviert bleiben können.

Zwischenzeitlich vergriffen, ist es nun wieder verfügbar. Handbuch und passender Flyer können auf der Homepage der BAG Selbsthilfe unter „Projekte der BAG Selbsthilfe - Hart an der Grenze (Coaching für Kümmerer) - Materialien (Downloads)“ als PDF-Dateien heruntergeladen werden: www.bag-selbsthilfe.de/hart-an-der-grenze.html. Einzelne Druckexemplare des Handbuchs oder des Flyers können auch bei der BAG Selbsthilfe kostenfrei bestellt werden: marius.grosser@bag-selbsthilfe.de oder Tel. 0211 31006-47

Redaktionsschluss

Ihre Unterlagen und Bilder für die nächste Ausgabe brauchen wir bis

Sonntag, 5. April 2015

Was danach eingeht, sehen wir gern für die folgende Ausgabe vor.

Postpolio Termine 2015

Asklepios-Klinik Schaufling

www.asklepios.com

13.04.2015 bis 01.05.2015

08.06.2015 bis 26.06.2015

31.08.2015 bis 18.09.2015

Voijta und therapeutisches Reiten im Angebot

Raupennest Altenberg

www.raupennest.de

15.03.2015 bis 22.03.2015

03.05.2015 bis 10.04.2015

05.07.2015 bis 12.07.2015

20.09.2015 bis 27.09.2015

01.11.2015 bis 08.11.2015