

möchten, dass kranke Menschen in ihren Familien betreut werden, dann müssen wir den Familien auch einen hohen Freiraum einräumen, was nicht gegen vernünftige Kontrollmechanismen spricht . . . Die Autonomie des unglücklichen Kindes „Ashley“ ist beschränkt durch die schwere geistige Behinderung, und seine Würde ist tief beeinträchtigt dadurch, dass es selbst die intimsten Verrichtungen durch andere durchführen lassen muss. Es kann doch nicht so schwer sein sich auszumalen, was es bedeutet, wenn dazu noch Menstruationsblutungen und -schmerzen kommen. Danken wir den Eltern, dass sie bereit sind, sich um ihr Kind zu kümmern, statt es in ein Heim zu geben . . .

Dr. med. Alexander Kayser, Birkenwaldstraße 165 c, 70191 Stuttgart

### Kein Schaden

. . . Ein Kind, und sei es auch noch so behindert geboren, kann kein Schaden für ein Elternpaar sein.

Dr. med. Sigrid Planz-Kuhlendahl, Aliceplatz 7, 63065 Offenbach

### ASTHMA



Patienten im Kindesalter sind oft schulumüde (DÄ 4/2007: „Internet: Online-Schule für Asthma-Kids“).

### Gebrandmarkt

Auf den ersten Blick erscheint es aner kennenswert, dass viele sich um unsere „Asthma-Kids“ kümmern. Auf den zweiten Blick stellt man fest, dass diese Bezeichnung eine Festlegung im Sinne eines Brandmarkens für eventuell das ganze Leben darstellt. Bereits zehn Prozent unserer Kinder sind in der Anfangsphase einer solchen „Karriere“. Was lernen diese Kids? Sie lernen den fehlerfreien Umgang mit Sprays und Medikamenten. Was lernen sie nicht? Das Vermeiden aller Allergene, vor allem der Nahrungsmittel, gegen die sie allergisch oder die für sie unverträglich sind. Nach meinen Erfahrungen sind die Asthma-Kids zu einem großen Teil Nutella-

Kids, Weizen-Kids, Kuhmilch-Kids, Gelatine-Kids und manches andere mehr. Würden wir uns darum kümmern anstelle einer Perfektionierung des Sichabfindens mit einem unnatürlichen Leben, ließe sich die Prävalenz erheblich reduzieren, und der negative Begriff „Asthma-Kids“ könnte in Vergessenheit geraten.

Dr. med. Manfred Doepf, Buchbichl 52, 83737 Irschenberg

### REHABILITATION



Der Anteil ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen ist in den letzten Jahren gewachsen, doch die Möglichkeiten sind noch längst

nicht ausgeschöpft (DÄ 50/2006: „Ambulante Rehabilitation: Ungenutzte Potenziale“ von Dr. med. Birgit Hibbeler).

### Rein ins Leben

Ambulante Rehabilitation erfolgt in Deutschland – soweit Angebote vorhanden sind – vor allem in den Bereichen der muskuloskeletalen Erkrankungen, also Orthopädie/Traumatologie. Zunehmend werden auch andere Bereiche, wie Neurologie oder Onkologie, als Indikationsgebiete für ambulante Rehamassnahmen entdeckt. Dies dient dazu, den gesundheitlichen Problemen vieler, vor allem chronisch Kranker, gerecht zu werden . . . Rehabilitation bedeutet, mit Einschränkungen durch Krankheit oder Therapie leben zu lernen, Kompensation von Behinderungen zu üben und Adaptionen an die Anforderungen, die der Alltag oder das Berufsleben stellen, zu entwickeln. Ambulante Rehabilitation bietet dabei eine Fülle von Trainingsmöglichkeiten für den Patienten selbst, aber auch die Einbeziehung der Angehörigen oder die Organisation von nahtlosen Angeboten über die Rehapphase hinaus. Gerade Patienten nach der Behandlung einer Tumorerkrankung müssen nicht „mal rauskommen“, sondern sie sind bereits oft schon aus Vielem „rausgekommen“: aus ihrer körperlichen Leistungskraft, aus ihrem seelischen Gleichgewicht, aus ihrer Alltagsstruktur und aus sinn-

stiftenden Elementen wie sozialen oder beruflichen Beziehungen. Wichtig ist für diese Patienten die begleitete Rückkehr in einen – wahrscheinlich – neuen Alltag . . . Die ambulante Versorgungsstruktur ermöglicht es auch Menschen, die aus verschiedenen Gründen sonst keine Rehabilitation wahrnehmen würden, eine Rehamassnahme zu nutzen, dazu gehören zum Beispiel Alleinerziehende, Selbstständige oder Patienten mit Migrationshintergrund . . .

Dr. Christa Kerschgens, Vivantes Rehabilitation, Rubensstraße 125, 12157 Berlin

### Ausweitung verwehrt

Der im Titel erkennbaren Schlussfolgerung Ihrer Redakteurin, Dr. med. Birgit Hibbeler, ist voll beizupflichten. Neben dem marginalen Zustand der ambulanten Rehabilitation werden zwei Groß-Zentren in Leipzig und „auf Schalke“ mit ambulanten und ergänzenden Angeboten vorgestellt. Von der Öffentlichkeit und auch den Medienmedien nahezu unbeachtet, nehmen sicherlich mehr als hunderttausend herzkrank Bundesbürger in sogenannten Herzsportgruppen (in Bayern ca. 14 000 in ca. 700 Gruppen) regelmäßig an Übungsveranstaltungen anerkannter/zugelassener Gruppenträger unter Anleitung von qualifizierten Übungsleitern und unter ständiger ärztlicher Betreuung und Überwachung teil. Daneben bestehen Rehasportgruppen für diverse Indikationen. Rechtlich handelt es sich beim Reha-/Herzsport um eine die „medizinische Rehabilitation ergänzende Leistung“ (SGB IX § 44), auf die bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation, z. B. KHK, und einer ärztlichen Verordnung ein Rechtsanspruch besteht. Allerdings decken die auf Bundesebene ausgehandelten Vertragsgebühren (z. B. KHK: sechs Euro je teilnehmenden Versicherten) nicht annähernd die Kosten; für die klar definierten ärztlichen Leistungen (Ziffer 12.2 der Rahmenvereinbarung) erwartet man meist ehrenamtlichen Einsatz. Von den Kostenträgern werden die Leistungen nur für eine begrenzte Zeit und Anzahl übernommen (bei KHK-Gruppen in der Regel 90 Übungsveranstaltungen, die innerhalb von 30 Monaten in Anspruch

genommen werden können) . . . Geradezu aberwitzig scheint es, dass es den Gruppenteilnehmern verwehrt ist, zur Verbesserung der Qualität und sinnvollen Ausweitung des Zeitrahmens einer Übungsveranstaltung von 60 auf 90 Minuten (Herzgruppe) einen Eigenbeitrag zu leisten, wie es z. B. bei zahlreichen kurativen Leistungen längst gesetzlich vorgeschrieben ist. Wo bleibt da das oft strapazierte politische Ziel der „Stärkung der Eigenverantwortung“? . . .

**Rudolf Detsch**, Oppenrieder Straße 5,  
81477 München

## FORSCHUNG



Die Stichtagsregelung für embryonale Stammzellen wird infrage gestellt (DÄ 4/2007: „Stammzellforschung: Wackelkurs der Bundesregierung“ von Gisela Klinkhammer).

## Menschenverachtend

Die Meinung der Bundesregierung und einiger Abgeordneter zum Problem der Gewinnung von embryonalen Stammzellen ist absurd und menschenverachtend. Auch wenn eine therapeutische Anwendung noch längere Zeit dauern kann, hoffen viele Menschen mit chronischen Erkrankungen des ZNS auf eine Therapie mit Stammzellen. Dass die nicht selbst betroffenen Abgeordneten diese Möglichkeiten blockieren, ist kaum zu verstehen. Die jetzt gültige Stichtagsregelung benachteiligt die Forschung in Deutschland erheblich. Man kann sich immer nur wundern, dass die Gewinnung von embryonalen Stammzellen aus ohnehin absterbenden Embryonen von vielen Menschen so verdammt wird, während die gleiche Personengruppe überhaupt keine Bedenken gegen die Abtreibung von lebensfähigen und viel weiter entwickelten Föten hat. Dies wird sogar aus ideologischen Gründen propagiert. Kein Politiker würde es ernsthaft wagen wollen, die Abtreibung zu unterbinden.

**Dr. med. H. Thomas Hansen**, Oldensworth 20,  
24837 Schleswig