



Die Deutsche Emphysemgruppe e.V. informiert

Liebe Mitglieder der Deutschen Emphysemgruppe e.V., liebe Angehörige, Förderer, Freunde und Freundinnen.

Das Jahr 2006 neigt sich seinem Ende zu und einige von Ihnen, liebe Mitglieder, werden sich gefragt haben, weshalb Sie in diesem Jahr nur einmal Ihre Informationszeitung Atemwege erhalten haben. Das hat seine Gründe. Es gibt Zeiten, da läuft alles mehr oder weniger glatt vor sich hin, es finden keine größeren Veränderungen statt. In diesem Jahr hat sich für die Deutsche Emphysemgruppe e.V. einiges verändert und zu einem Zuwachs an Arbeit und Aktivitäten geführt.

Leider waren es nicht nur angenehme Begebenheiten, von denen zu berichten ist. Der Tod von Gerd Reimers, einem der beiden 2. Vorsitzenden der DEG, war ein großer Verlust für den Verein. Mit ihm haben wir einen aktiven Mitarbeiter und einen Freund verloren. Aber wie sagt man: „Wird eine Tür zugeschlagen, öffnet sich eine andere.“ Wir haben einen Nachfolger gefunden, der Erfahrung mit Selbsthilfearbeit und –unschätzbar wichtig im heutigen Technikzeitalter – mit den entsprechenden Fähigkeiten und Kenntnissen für die Welt des Internet mitbringt.

Kurt Samsel, er hat seit dem Tod von Reiner Lüttel dessen Mailingliste weitergeführt, wird den leeren Platz im Vorstand als einer der beiden stellvertretenden Vorsitzenden einnehmen. Somit sind die beiden Institutionen, die vor fast 10 Jahren gemeinsam die Deutsche Emphysemgruppe, die erste deutschsprachige Mailingliste und die erste deutschsprachi-

ge Homepage für Emphysematiker gegründet haben, wieder vereint.

Es gibt weitere Neuigkeiten zu berichten. Wie die meisten von Ihnen wissen, hat Herr Geerts, Gründer und Koordinator der Alpha-1-Selbsthilfegruppen, aus gesundheitlichen Gründen sein Amt in diesem Jahr niedergelegt. Ein großer Teil dieser Gruppen hat sich der DEG angeschlossen. Selbstverständlich sind diese, so wie alle unsere Selbsthilfegruppen, für alle Patienten mit Lungenerkrankungen – unabhängig von der auslösenden Ursache – offen. Herr Kreth, langjähriger stellvertretender Vorsitzender in der DEG, wird die Selbsthilfegruppen zukünftig betreuen. Die jährlichen Treffen in der Ruhrlandklinik werden, wie gewohnt, weitergeführt. Ausführlichere Berichte lesen Sie bitte in dieser Ausgabe. Schon feststehende Termine für das Jahr 2007 finden Sie in unserem Veranstaltungskalender im Heftinneren.

Die zur Zeit bestehenden Selbsthilfegruppen werden wir Ihnen, liebe Mitglieder, nach und nach vorstellen. Wenn Sie selbst an Ihrem Wohnort eine Gruppe gründen möchten, sind wir Ihnen gerne dabei behilflich.

An dieser Stelle möchten wir alle Leserinnen und Leser mit Internetzugang auf die neu gestaltete Homepage, das Forum und unsere Mailingliste hinweisen. Auf der Mailingliste und im Forum können Sie Erfahrungen austauschen,

Fortsetzung auf Seite 2

In dieser Ausgabe:

47.Pneumologenkongress in Nürnberg	Seite 2
Alpha-1-Patiententreffen	Seite 2
Die Geschichte der Alpha1-Selbsthilfegruppe	Seite 3
Talecris stellt sich vor	Seite 6
Verschiedene Berichte	Seite 7
Medizinisches Wörterbuch der Pneumologie	Seite 11
Mit Sauerstoff auf Weserwellen	Seite 14
Urlaub mit Sauerstoff Und Elektrorad	Seite 15
Verschiedene Berichte	Seite 16
Interview aus der Ärztezeitung zur Osteoporosevorbeugung durch Ernährung	Seite 19
10.Kongress Sauerstoff-Langzeit-Therapie	Seite 21
Neue DEG-Selbsthilfegruppe In Mönchengladbach	Seite 24
DEG-Patientenveranstaltung Im Mainz	Seite 26
Termine	Seite 30

Bankverbindung/Spendenkonto

Deutsche Emphysemgruppe e.V.
Spark. Rotenburg-Bremervörde
BLZ 241 512 35
Konto-Nr. 27 30 80 30

(Fortsetzung von Seite 1)

Fragen stellen und über alles diskutieren, was mit Lungenerkrankung zusammenhängt. Und so finden Sie uns:

<http://www.emphysem.de>

<http://forum.lungenemphysem.de>

Und nun viel Spaß beim Lesen und kommen Sie gut durch den Winter.

Herzlichst
Ihre



47. Pneumologenkongress in Nürnberg

In diesem Jahr fand der Lungenfachärztekongress, veranstaltet von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, in Nürnberg in der Zeit vom 29. März bis 01. April statt. Tagungsort war das neu erbaute Internationale Congress Centrum, das sich für derartige Großveranstaltungen hervorragend eignet.

Auch in diesem Jahr wurden vom Veranstalter eine Vielzahl von Seminaren und Vorträgen aus allen Bereichen der Pneumologie und den begleitenden medizinischen Fachrichtungen angeboten. Um einen Nutzen für unsere Mitglieder aus einer solchen Veranstaltung ziehen zu können und die Erkenntnisse in künftige Beratungsgespräche einfließen zu lassen, legen wir unsere Schwerpunkte auf die Teilnahme solcher Seminare und Vorträge, die sich in erster Linie mit den Themen Lungenemphysem, Alpha-1, Transplantation, Ernährung, Medikation bei Lungenerkrankungen usw. befassen.

Der Lungenfachärztekongress wird in jedem Jahr begleitet von einer Industrieausstellung. Hier stellen die Pharmaindustrie und die Hersteller von medizinischen Geräten und Hilfsmitteln neben ihren Produkten auch Forschungsvorhaben und Neuerscheinungen vor. Erwähnt sei hier ein von der Firma Linde vorgestelltes neuartiges Sauerstoffgerät. Es handelt sich um einen tragbaren Sauerstoffkonzentrator, der lediglich ein Gewicht von ca. 3,5 kg einschl. Akku auf die Waage bringt. Das Gerät eignet sich, da man es auch an die Zigarettenanzündersteckdose im Auto anschließen kann, ideal für längere Reisen im Auto. Es verschafft dem Patienten eine gewisse Unabhängigkeit, da man den Akku an jeder herkömmlichen Steckdose aufladen kann. Wie so oft im Leben hat auch diese Unabhängigkeit ihren Preis. Das Gerät wird ca. EUR 4.000,00 kosten. Eine Übernahme dieser Kosten - auch teilweise - durch die Krankenkassen oder Beihilfe wurde vom Hersteller für die nächste Zeit nicht in Aussicht gestellt.

Der Lungenfachärztekongress ermöglicht uns daneben auch die Kontaktpflege und den Erfahrungsaustausch mit den Ärzten, den Klinikleitern, den Vertretern von Rehabilitationseinrichtungen, der Pharmaindustrie und Herstellern von medizinischen Geräten.

Unser Verein stellt sich bei derartigen Veranstaltungen einem breiten Fachpublikum vor, bleibt im Gespräch und pflegt bewährte Kontakte.

B. Kreth

Tipps zum Alltag

Ihre tägliche Mundhygiene können Sie dadurch verbessern, indem Sie für die morgendliche und abendliche Zahnpflege zwei Zahnbürsten verwenden. Sie geben je-

der Zahnbürste eine "Trocknungszeit" von 24 Stunden, die ausreicht, auch die angesammelten Keime und Bakterien auszutrocknen. Die Folge ist, Sie vermeiden eine Vielzahl von Bakterien und Keimen in der Mundhöhle und somit unnötige zusätzliche Infekte in der Lunge.

Alpha-1-Patiententreffen vom 06.05.2006 in der Ruhrlandklinik Essen-Heidhausen

Herr Rudolf Geerts wird Ehrenmitglied der Deutschen Emphysemgruppe e.V.

Am 6. Mai 2006 fand wie jedes Jahr das traditionelle Alphatreffen in der Ruhrlandklinik statt.

Rudolf Geerts hatte im Jahre 1995 erstmalig eine Selbsthilfegruppe für Alpha-1-Pi-Patienten in Essen ins Leben gerufen. Im Laufe der Jahre kamen viele regionale Alpha1-Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland hinzu. Im Jahre 1997 war er Mitbegründer der Deutschen Emphysemgruppe e.V. und einige Jahre als Schriftführer des Vereins tätig. Aus gesundheitlichen Gründen gab Herr Geerts in diesem Jahr seine Funktion als Sprecher und Leiter der bundesweiten Alpha1-Selbsthilfegruppen ab. Sein Nachfolger als Sprecher der Selbsthilfegruppen innerhalb der Deutschen Emphysemgruppe ist Berthold Kreth, der gleichzeitig 2. Vorsitzender des Vereins ist. Im Zuge der Veranstaltung bedankte sich Berthold Kreth bei Herrn Geerts für die jahrelange Arbeit, die Organisation und sein Engagement für die „Alphas“ und gratulierte ihm zur Ehrenmitgliedschaft. Er betonte, dass für Herrn Geerts die medizinische und organisatorische Verbesserung der Situation von Patienten mit der nach wie vor

(Fortsetzung auf Seite 3)

(Fortsetzung von Seite 2)

seltene Erkrankung Alpha-1-Antitrypsinmangel immer eine Herzensangelegenheit war.



Die Vorsitzende Heide Schwick überreichte Herrn Geerts einen Präsentkorb mit ausgewählten Reagenzien, die für einen Lungenkranken ein wenig Stärkung bedeuten.



Herr Kreth, 2. Vorsitzender der DEG händigt Herrn Rudolf Geerts eine Urkunde aus, die seine Verdienste für die Alphagruppen würdigt.

Dr. Steveling berichtete anschließend über neue Erkenntnisse und Therapiemöglichkeiten bei Alpha1-Antitrypsinmangel und Emphysem, Frau Reinecke, Ernährungswissenschaftlerin an der Klinik Fallingbostal referierte über Nahrungsauswahl und Zubereitung und allgemeine Küchenhygiene bei Lungentransplantierten, besonderes Augenmerk lag naturgemäß bei der Keimfreiheit bzw. Keimarmut von industriell und von Hand zubereiteter Nahrung.

Inzwischen liegt das Protokoll dieser Veranstaltung vor und kann angefordert werden in der Geschäftsstelle der Deutschen Emphysemgruppe e.V.

H.Schwick

Die „Selbsthilfegruppe der Alpha-1 Patienten und Angehörigen“

Gegründet wurde unsere Selbsthilfegruppe vor 11 Jahren am 22. April 1995 an der Ruhrlandklinik in Essen. Nun sind 11 Jahre wahrlich noch keine lange Zeit; versucht man aber, sich diese Zeit mit den damaligen Umständen ins Gedächtnis zu holen, so liegt alles doch schon ziemlich weit zurück.

Die Vorsitzende der „Deutsche Emphysemgruppe e.V.“ (DEG) Frau Heide Schwick bat mich, die Entstehungsgeschichte für eine Veröffentlichung in der Zeitschrift „Atemwege“ aufzuschreiben, und so habe ich die Frage nach dem Beginn und dem Drumherum jetzt und hier noch mal zu beantworten versucht.

(Fortsetzung auf Seite 4)

(Fortsetzung von Seite 3)

Meine Geschichte mit Alpha-1

Im Februar des Jahres 1991 habe ich erstmalig davon erfahren, dass ich an einem Alpha1 Antitrypsin - Mangel leide und dass sich daraus ein Lungenemphysem entwickelt hat. Ich verdanke diese Erkenntnis mehr einem Zufall. Mein um 4 Jahre jüngerer Bruder Bruno wurde bei einem Reha - Aufenthalt in Bad Ems von einem jungen Kurarzt betreut, der an der Ruhrlandklinik zumindest einen Teil seiner Ausbildung absolviert hatte und von dort die Zusammenhänge um diese Erkrankung als Folge eines Gendefektes kannte. Weil mein Bruder ihm von meinen Symptomen berichtete, wurde ich gebeten, mich mal in Bad Ems vorzustellen. Damit kam nun unser beider Geschichte als vom Alpha1-Mangel betroffene Brüder ins Rollen. Einige Wochen später hatten wir nach entsprechenden Untersuchungen in der Ruhrlandklinik Gewissheit über unsere Erkrankung und Mitte Juni 1991 erhielten wir als Teilnehmer der damals laufenden Zulassungsstudie unsere erste Prolastin-Infusion.

Endlich wusste man genaueres über die Ursache des eigenen, stetig zunehmenden Luftmangels und noch wichtiger, man konnte jetzt etwas dagegen tun. Diese mich sehr stimulierende Erfahrung war schließlich auch der Auslöser, mich in einer Selbsthilfegruppe zu organisieren, die sich speziell mit der Alpha1 Mangelerkrankung und den sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen befasste.

Der Beginn der Selbsthilfegruppe

Gegen Mitte des Jahres 1994 hatte ich mich auf Drängen der Klinikleitung und die in der Studie uns begleitenden Ärzte dazu bereit erklärt, mit anderen die Gründung einer Selbsthilfegruppe auf den Weg zu bringen. Die erste Hürde

für uns als Organisationsteam ergab sich natürlich aus dem Fehlen einer Liste erkrankter Alpha1 Patienten; die es aus Gründen des Datenschutzes einfach auch nicht geben konnte. Die Ruhrlandklinik betreute zu der Zeit 83 Alpha1 Patienten. Diese wurden von dort im August 1994 angeschrieben und von der Absicht der Gründung informiert. Auf einer beiliegenden Rückantwortkarte konnten sie ihr Interesse an einer Patientengruppe bekunden und ihr Einverständnis zur Weiterleitung ihrer Adresse zum Zwecke der Gründung geben. Bis Ende September hatten sich 44 Personen zurückgemeldet. Bei der Eintragung dieser Adressen in eine Deutschlandkarte wurde sofort die sehr große Streuung mit zumeist weit auseinander liegenden Orten sichtbar.

Bei einem Gespräch des Organisationsteams bestehend aus Anneliese Berres, Thomas Junker und mir, am 11. März 1995 in der Ruhrlandklinik zur Festlegung von Details für die für den 22. April 1995 terminierte Gründungsversammlung waren wir uns des Problems der großen Entfernungen sehr bewusst. Bei recht verstandener Selbsthilfe steht ja nicht das „Sich-selbst-helfen“ im Vordergrund. Erst durch das „Gegenseitige-helfen“ wird einem dann selber geholfen. Ganz wichtig für eine funktionierende Selbsthilfe also ist der persönliche wiederkehrende Kontakt bei regelmäßigen Treffs in einer von der Anzahl her begrenzten Gruppe. Deshalb waren wir uns einig, als Organisationsform eine Einteilung in Bezirke vorzuschlagen (Aus der Verteilung der Adressen ergaben sich sinnvoll 4 Bezirke und zwar: Essen, Köln, Münster und Niederrhein). In jedem dieser Bezirke sollte sich jemand als „Ansprechperson“ zur Verfügung stellen. Von ihr sollte auch der Kontakt zu den anderen Gruppen

hergestellt werden. Über die Verbindungen ließen sich dann auch Informationen und gemachte Erfahrungen austauschen und Aktivitäten koordinieren.

Mit der Bereitschaft der Klinikleitung, uns die Ärztebibliothek kostenfrei zur Verfügung zu stellen und durch die Zusage von Herrn Haas (Fa. Bayer) zur Übernahme von anfallenden Portokosten waren wir zu diesem Zeitpunkt nicht gezwungen, uns um die Beschaffung von Geld durch Mitgliederbeiträge und auch nicht um die dafür vom Gesetzgeber vorgeschriebene notwendige Vereinsgründung kümmern zu müssen. Durch den Wegfall von Regularien konnte somit der überwiegende Teil dieser Versammlung für Informationen aus der Medizin in Bezug auf unsere Mangelerkrankung genutzt werden. Herr OA Dr. H. Steveling, der zu diesem Zeitpunkt an der Ruhrlandklinik die Nachfolge von Frau Dr. Weiswange in der Betreuung der Alpha-1 Patienten angetreten hatte, übernahm diesen Part einschließlich angehängter Fragezeit in einer Art und Weise, die für uns Betroffene nicht besser hätte sein können. Herr Dr. Steveling tut dies noch immer bei allen unseren bisherigen Veranstaltungen in Essen, und deshalb sind die seit 1997 aus Mitschnitten von Frau Koch gefertigten Protokolle sehr begehrt.

Nach der von 24 Personen besuchten 1. Versammlung in der Ruhrlandklinik in Essen konnte in den Bezirken Essen, Münster und Niederrhein mit einer für den Anfang genügenden Anzahl von Mitgliedern mit der Selbsthilfearbeit - besonders mit der Durchführung regelmäßiger Treffs - begonnen werden. Aus dem Bezirk Köln waren nur 4 Personen gekommen. Nachdem ich alle übrigen Kartenrücksender noch mal gesondert

(Fortsetzung auf Seite 5)

(Fortsetzung von Seite 4)

angeschrieben und auf die überaus positive Resonanz der 1. Informationsveranstaltung hingewiesen hatte, gelang auch hier der Start.

Die Gründung eines eingetragenen Selbsthilfevereins

Die Zahl der SHG-Mitglieder stieg - wie auch bei den Essener Informationsveranstaltungen festzustellen (1996 / 45 Besucher, 1997 / 60 Besucher) stetig, wenn auch langsam an, und wir im inzwischen um die Herren Johann Jansen und Reiner Lüttel auf 5 Personen angewachsenen Organisationsteam sahen gegen Ende 1997 den Zeitpunkt gekommen, unsere Selbsthilfegruppe in einen eingetragenen Verein zu überführen. Hierzu starteten wir in der von Herrn Lüttel im Rahmen eines von ihm eingerichteten Infopools seit Juli 1996 herausgegebenen Mitteilungsschrift ALPHA-NEWS mit einem Aufruf. Dieser lautete: *Wir sind bislang eine nicht als Verein organisierte Selbsthilfegruppe von aufgrund Alpha-Pi - Mangel an Lungenemphysem erkrankter Patienten und von Angehörigen der Erkrankten. Um für die Belange der Betroffenen noch mehr tun zu können planen wir, einen Verein der Emphysematiker zu gründen. Wenn Sie an einem Lungenemphysem erkrankt sind und für sich und die Gesamtheit der Betroffenen etwas tun wollen, werden Sie Mitglied bei uns.*

Aber auch Personen, die als Ärzte, Therapeuten, Betreuer, Angehörige oder sonstwie mit Emphysemkranken zu tun haben oder die an diesem Problemkreis interessiert sind, sowie auch Institute, Pharma-Unternehmen etc. möchten wir hiermit zum Mitmachen ermuntern. Bitte wenden Sie sich an o.a. Adresse und lassen sich dort beraten.

Die Gründungsversammlung der „Deutsche Emphysemgruppe e. V.“ (DEG) fand am 1. März 1998 in Essen in den Räumen der „Wiese“ statt. Das die Mehrheit des Vorstandes ausdrücklich weder im Namen des Vereins noch in einem möglichen Untertitel die Bezeichnung „Alpha-1 Pi-Mangel“ genannt haben wollte, hielt viele unserer Mitglieder von einem Vereinsbeitritt ab. Ich wurde dringend gebeten, die Selbsthilfegruppe im bisherigen Status weiter zu führen.

Die 1. Briefbeilegungsaktion

Als wir nach den immer wiederkehrenden Lieferausfällen beim Prolastin zu Beginn des Jahres 1998 davon unterrichtet wurden, daß wegen Nachrüstungsarbeiten im amerikanischen Herstellungsbetrieb gar mit einem 4 monatigen Lieferstopp zu rechnen sei, sahen wir uns endgültig genötigt, dagegen massiv was zu unternehmen. Wenn wir etwas erreichen wollten, war das nur möglich, wenn wir einen Großteil der Prolastinempfänger hinter uns bringen könnten. Da auch hier für uns keine Liste verfügbar war, wählten wir mit Hilfe von Herrn Haas den Weg über eine Briefbeilegung in den Prolastin-Paketen, in denen wir uns vorstellten und zum Mitmachen ermunterten. Rund 170 positive Rückmeldungen gingen auf diese Ende 1998 durchgeführte Aktion bei mir ein.

Die Darstellung der damit jetzt vorliegenden Adressen in einer Deutschlandkarte zeigte neben der erwarteten Streuung über ganz Deutschland auch ein Nord-Südgefälle, was die Theorie von einer „Nordischen Krankheit“ des Alpha-1 Pi-Mangels zu stützen scheint. Wie schon bei der 1996 durchgeführten Aktion waren auch jetzt wieder gewisse Schwerpunkte erkennbar. Dem Umstand folgend bot es sich an, weitere Bezirke neben den ersten 4 und den

inzwischen hinzugekommenen Bezirken Hannover und München weitere in und um Berlin/Brandenburg, Hamburg, Kassel, Frankfurt, Stuttgart und Nürnberg sowie in den Gebieten an der Nordsee, der Ostsee, in Sachsen und im Schwarzwald zu bilden. Schwer gestaltete sich natürlich die Suche nach geeigneten Kandidaten für die Funktion als Ansprechperson. Wenn ich jemand nach der günstigen Lage seines Wohnortes im Bezirk ausgesucht hatte, musste ich hin und wieder in Telefonaten und mit Briefen viel Überzeugungsarbeit leisten, bevor sich die oder der Ausgesuchte zur Übernahme des Amtes bereit fanden. Manchmal war ich gezwungen zu warten, bis sich ein „Ungeduldiger“ bei mir meldete und sich nach dem Fortgang der Bezirksbildung erkundigte. Zumeist gelang es dann, gerade diese/n das besondere Interesse bekundende/n Anrufer/in für den Posten zu gewinnen.

Die Veranstaltung von Kennenlern-Seminaren

Nach Abschluss dieser Aktion war unsere Selbsthilfegruppe auf rund 300 Mitglieder in 15 Bezirke angewachsen. Nun galt es, den Gedankenaustausch unter den Bezirken über die Ansprechpersonen zu fördern. Am 2. September 2000 fand in Rees-Haldern das 1. Kennenlern-Seminar statt, an dem 18 Personen aus 10 Bezirken teilnahmen. In dieser Reihe folgten bisher weitere 5 Veranstaltungen, 2001 in Kassel, 2002 in Wiesbaden, 2003 in Hermannsburg bei Hannover, 2004 in Marburg und 2005 in Köln. In diesem Jahr wird das Treffen am 8./9. September in Ludwigsburg sein. Was sich schon beim ersten Zusammenkommen 2000 in Rees-Haldern angedeutet hatte, das einige Mitglieder besonders aus dem Raum Köln einen eigenen Alpha-1 Verein

(Fortsetzung auf Seite 6)

(Fortsetzung von Seite 5)

Mitgliederzahlen unserer SHG zu schaffen werden, wurde trotz mehrerer Versuche dies zu verhindern mit der Gründung am 16.12.2000 in Bad Kreuznach Wirklichkeit. Damit war die Trennung und Spaltung der Kräfte innerhalb der Selbsthilfearbeit zum Nachteil aller vollzogen. Ein Grund mehr für meine Mitstreiter und mich, uns um eine weitere Vermehrung der Mitgliederzahlen unserer SHG zu kümmern. Die daraufhin im Jahre 2004 durchgeführte 2. Briefbeilegungsaktion brachte immerhin 43 positive Rückmeldungen. Die Gesamtzahl der Mitglieder stieg somit bis zum Zeitpunkt meines krankheitsbedingten Rückzuges vom Posten des Organisators zur Mitte diesen Jahres auf rund 400.

Ich danke allen, die auf welche Art und Weise und in welcher Funktion auch immer in der Selbsthilfegruppe mitgemacht oder sie unterstützt haben und es noch weiter tun werden, für ihren Einsatz.

Rees-Haldern im August 2006
Rudolf Geerts

Talecris Biotherapeutics GmbH übernimmt zum 01. Dezember 2006 den Vertrieb der Plasmaprotein-Präparate Alpha-1-Antitrypsin, intravenöses Immunglobulin und Human-Albumin von Bayer Vital GmbH

Die über 60-jährige Erfahrung von Bayer Vital, Biologische Produkte wird dadurch fortgesetzt. Talecris Biotherapeutics GmbH wird die bekannten Produkte mit derselben hohen Qualität und dem bewährten guten Service anbieten.



Der Name **TALECRIS** vereint "**TALE**nts", "**CR**itical patient care" und "**vis**ions".

Offene Kommunikation, kurze Entscheidungswege, Kreativität und Kompetenz sind die Stärken des Unternehmens, das sich auf die Bereitstellung von Proteinbasierten Therapien konzentriert. Deutschland ist das wichtigste Land für Talecris Biotherapeutics in Europa.

Nahezu die gesamte Vertriebsorganisation von Bayer Vital wird Ihre Tätigkeit bei Talecris Biotherapeutics fortsetzen. Die meisten Selbsthilfegruppen werden somit auch weiterhin von den gleichen Marketing- und Außendienstmitarbeitern betreut. Das Team wird komplettiert durch kompetente neue Mitarbeiter, die sich im Markt auskennen.

Neben der Versorgung der Patienten mit Produkt stehen für Talecris Biotherapeutics die kontinuierliche Weiterentwicklung der gegenwärtigen Präparate und deren Herstellungsprozesse, aber auch die klinische Forschung und die Entwicklung neuer Präparate im Mittelpunkt seiner Aktivitäten.

Die Unterstützung der Forschung ist Talecris auch außerhalb des eigenen Unternehmens sehr wichtig. Aus diesem Grund werden erfolgreiche Förderprogramme, wie der eALTA Award (European Alpha-1 Laurell Training Award), der von Bayer 2004 ins Leben gerufen wurde, sowie Labore- und klinische Forscher mit einem Interesse an Alpha-1-Antitrypsinmangel auch weiterhin unterstützt. Weitere Informationen zu dem Programm finden Sie unter www.alta-award.com.

Die Erweiterung des bereits umfangreichen Serviceangebots zum Alpha-1-Antitrypsinmangel für Patienten ist dem Unternehmen Talecris Biotherapeutics ein besonderes Anliegen.

Eine Übersicht der derzeit verfügbaren Informationsmaterialien für Patienten finden Sie auf dem Informationsportal zu Alpha-1-Antitrypsin unter www.alpha-1-info.com.

Informationen zum Unternehmen finden Sie unter www.talecris.com.

Ansprechpartner in der Europäischen Zentrale von Talecris in Frankfurt ab 01.12.2006 sind:
Wie bisher bei Bayer Vital GmbH:
Helmut Haas unter 069 – 660 593-510

Darüber hinaus zusätzlich:

Lena Beische unter 069 - 660 593-512 bei allen Fragen zur Lieferung von Prolastin und
Dr. Steffi Bitter-Suermann unter 069 - 660 593-511 bei allen sonstigen Fragen
zum Alpha-1-Antitrypsinmangel.

Bitte achten Sie auch darauf, dass Ihre Ärztin/Ihr Arzt das Rezept für die Prolastin-Verordnung ab dem 29.11.2006 nur noch an die folgende Adresse sendet:

Talecris Biotherapeutics GmbH
Helmut Haas
Lyoner Str. 15
60528 Frankfurt

In den nächsten Tagen wird Ihre Ärztin/Ihr Arzt entsprechend bedruckte Freiumsschläge erhalten.

Welt Nichtraucherstag am 31. Mai 2006

Der diesjährige Welt Nichtraucherstag stand unter dem Motto "Tabak: Tödlich in jeder Form".

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, Dr. Till Spiro, sagte in einem Interview der Bremer Nachrichten: Deutschland ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern und den USA ein Raucherparadies. Es ist bei uns eine sozial tolerierte Handlung. Raucher können bei uns fast überall eine Zigarette anstecken ohne auf Nichtraucher Rücksicht nehmen zu müssen. Setzen sich Nichtraucher zur Wehr, reagieren die Raucher oft pampig. Man weiß inzwischen, dass 25 % aller Lungenkrebsfälle bei Nichtraucherinnen auf Passivrauchen zurückzuführen ist. Dabei schaden sie nicht nur ihren Mitmenschen, sondern auch sich selbst. Jedes Jahr sterben in Deutschland 14.000 Menschen durch Tabakrauch. Das sind 400 Tote pro Tag. Sie sterben an Lungen-, Kehlkopf-, Magen-, Nie-

ren- und Blasenkrebs, an anderen Lungenerkrankungen, Herzinfarkt und Schlaganfall.

Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung rauchen 20 Millionen Deutsche, davon 12 Millionen Männer. Die Zahl der rauchenden Frauen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen, weil Rauchen mit einem falsch verstandenen Emanzipations- und Freiheitsbegriff verknüpft wird. Herr Dr. Spiro glaubt, dass Rauchen zu einem Großteil ein psychologisches Problem ist. Jeder siebente Raucher stirbt an Lungenkrebs, aber alle denken sie gehören zu den anderen sechs. Auch Prävention erreicht Raucher nicht, da sich z.B. viele extra Schoner kaufen um nicht auf die auf den Zigarettenschachteln stehenden Warnungen wie z.B. „Rauchen kann tödlich sein“ erinnert zu werden.

Herr Dr. Spiro spricht der Politik den ernsthaften Willen ab, einer der stärksten Lobbys im Bundes-

tag zu widerstehen. Die Tabakindustrie hat mit Hinweisen auf den Verlust von Arbeitsplätzen, den Einnahmen durch die Tabaksteuer und mit Spenden an Politiker und Parteien bisher verhindert, dass wirksame Gesetze zum Schutz der Nichtraucher erlassen werden. Deutschland hält deshalb als einziges Land der europäischen Union an der Klage gegen das Tabakwerbeverbot fest, obwohl es weltweit zum guten Ton zivilisierter Länder gehört Zigarettenkonsum durch Gesetze zu ächten.

Als Verbesserungsvorschlag würde für ihn eine deutliche Erhöhung der Tabaksteuer in Frage kommen, da im Jahr 2000 der volkswirtschaftliche Schaden durch Zigarettenkonsum 17 Milliarden Euro betrug. Auch müssten nach seiner Meinung Raucher wesentlich stärker an den von ihnen verursachten Kosten beteiligt werden. Außerdem hofft Herr Dr. Spiro, dass ein Nichtraucher mal einen Strafprozess wegen Körperverlet-

(Fortsetzung auf Seite 8)

(Fortsetzung von Seite 7)

zung oder Misshandlung Schutzbefohlene führt. Es gibt dafür die entsprechenden Paragraphen im Strafgesetzbuch. Der Staat kümmert sich ja auch sonst um alles und regelt kleinste Kleinigkeiten z. B. im Straßenverkehr. Nur beim Rauchen klafft eine große Lücke.

Brigitte Sakuth (Quelle Bremer Nachrichten)

Nichtrauchen als Normalfall

Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Marion Caspers-Merk fordert zum diesjährigen Welt-nichtrauchertag das Nichtrauchen zum gesellschaftlichen Normalfall wird. Die Tabaksteuererhöhung, der Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz, Präventions- und Hilfsangebote, die zur Beendigung des Rauchens führen, zeigen Wirkung. Es ist europaweit und auch in Deutschland ein Rückgang der Raucherquote zu verzeichnen. Auch immer weniger Jugendliche greifen zur Zigarette. Die Raucherquote bei den 12- bis 17jährigen ist von 2001 bis 2005 um 8% auf 20 % zurückgegangen und verliert immer mehr an Attraktivität. Fast 2/3 der 12- bis 15-jährigen bezeichnen sich als NIEraucher. Wer als Jugendlicher nicht raucht, wird auch in späteren Jahren nicht so schnell zum Raucher oder zur Raucherin. Deshalb liegt auch ein Schwerpunkt der Präventionspolitik in diesem Bereich.

Aber auch für alle, die mit dem Rauchen aufhören wollen, wurden die Angebote verbessert. Die Telefonnummer der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) befindet sich seit einiger Zeit als Aufdruck auf den Zigarettenschachteln und bietet kompetente Beratung zum Rauchverzicht. Auch im Internet unter www.rauchfrei-info.de gibt es ein Rau-

cherausstiegsprogramm.

Auch immer mehr Krankenhäuser, Schulen und öffentliche Einrichtungen werden rauchfrei. Die große Koalition plant eventuell einen noch weiterführenden Nichtraucherschutz, der für alle öffentlichen Einrichtungen und möglicherweise auch für Restaurants und Gaststätten gelten soll. Auch immer mehr Raucher sind gerade in Restaurants für ein Rauchverbot, was für unsere Gesundheit zu begrüßen wäre.

Erste Erfolge sind sichtbar, aber es ist immer noch viel zu tun.

Brigitte Sakuth

Saltpipe

Die Saltpipe ist ein kleiner handlicher Inhalator aus Porzellan, der ohne Strom betrieben wird. Die Inhaltsstoffe sind Salzkristalle aus der Salzmine in Praid, Siebenbürgen. Im dortigen Salzberg lagern 3 Milliarden Tonnen massives Salzgestein, das seit dem 2. Jahrhundert vor Christus gewonnen wird. Die Miozän-Steinsalz-Salzkristalle enthalten 98,9% Natriumchlorid. Der Rest besteht aus Calciumsulfat, Calciumchlorid und Magnesiumchlorid.

Alles Salz stammt aus dem Meer. Es wird entweder direkt aus dem Wasser gewonnen oder dort abgebaut wo vor Urzeiten noch Meer war. Meersalz wird aus Meerwasser gewonnen, das durch Sonne und Wind verdunstet. Steinsalz wird in Bergwerken abgebaut. Ursalz ist zermahlene Steinsalz, das noch nicht vollständig gereinigt ist. Es stammt aus europäischen Bergwerken. Himalajasalz ist ebenfalls ungereinigtes Steinsalz aus Pakistan. Kochsalz entspricht hoch gereinigtem Stein- oder Meersalz und ist für unseren Körper lebensnotwendig. Salze werden seit Jahrhunderten rund um die Welt in unterschiedli-

chen Kulturen als Hilfsmittel für Atemwegserkrankungen verwendet. Viele Patienten reisen deshalb in die heilenden Salzbergwerke wie Berchtesgaden in Deutschland, Hallein in Österreich oder Praid in Siebenbürgen; oder sie reisen ans Meer, wo hohe Luftfeuchtigkeit und salzhaltige Luft zur Linderung der Beschwerden führen. Heilende Therapien mit Salz, wie Inhalieren von Salzlösungsdampf, Gurgeln mit Salzlösung oder die Verwendung von Felsensalz helfen bei Atemwegserkrankungen.

Die Saltpipe ist die Salzminenthalapie für zuhause. Die Salzkristalle sind zwischen den Porzellanfiltern des Gerätes platziert. Beim Einatmen werden winzige Salzpartikel gelöst und tief in die Bronchien gebracht. Laut Hersteller ist die Saltpipe hilfreich bei Atemwegsproblemen durch Pollen und anderen Allergenen, bei Asthma, gripalen Infekten, Schnarchen und Rauchen. Sie soll schleimlösend wirken und das Abhusten erleichtern. Bei täglicher Anwendung hält sie ca. 2 Jahre.

Allerdings ist nicht für jeden Atemwegserkrankten die Salztherapie geeignet. Viele Asthmatiker vertragen ja auch z. B. nicht die Nordseeluft, weil dort ein Reizklima herrscht. Auch nicht jeder Lungenspezialist ist ein Befürworter dieser Inhalationstherapie. Deshalb sollte jeder Patient für sich selbst entscheiden, ob er die Saltpipe ausprobieren möchte.

Brigitte Sakuth

Husten

Husten ist ein ganz normaler Reflex. Er dient der Reinigung der Atemwege. Fremdkörper, die in die Atemwege gelangen z.B. Krümel oder Staub wird ausgestoßen.

(Fortsetzung auf Seite 9)

(Fortsetzung von Seite 8)

Damit werden Erkrankungen verhindert. Das Zwerchfell zieht sich zusammen und die Restmenge Luft, die sich noch in den Atemwegen befindet, wird ruckartig ausgestoßen.

Dauert der Husten länger an, muss die Ursache ermittelt werden. Husten ist keine eigenständige Erkrankung, sondern nur ein Symptom. Die Ursachen können deshalb vielfältig sein. Es können Erkrankungen der Lunge, des Herzens oder des Magens dafür verantwortlich sein. Auch Medikamente können Husten auslösen. Die häufigsten Ursachen sind aber Erkältungskrankheiten.

Es wird zwischen akutem und chronischem Husten unterschieden. Der akute Husten dauert weniger als drei Wochen und wird meist durch Viren oder Bakterien ausgelöste Entzündung der Atemwege ausgelöst. Dauert der Husten länger als vier bis acht Wochen an, spricht man von einem chronischen Husten, der verschiedenen Ursachen haben kann. Er sollte immer von einem Arzt behandelt werden. Die häufigsten Ursachen sind eine chronische Bronchitis, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), eine chronische Nasennebenhöhlenentzündung (Sinusitis), ein Emphysem, Asthma, Herzschwäche (Herzinsuffizienz), Rückfluss von Mageninhalt in die Speiseröhre (Reflux), Allergien und Nebenwirkung von Medikamenten (z.B. ACE-Hemmer). Sehr selten verbirgt sich hinter chronischen Husten ein Lungentumor.

Es wird außerdem zwischen Schleimproduzierendem und trockenem Reizhusten unterschieden. Bei Erkältungen, die auch die Atemwege betreffen, kommt es zu einer vermehrten Schleimbildung. Der Schleim ist oft gelblich bis

grünlich verfärbt. Auch bei COPD, Asthma oder einer Allergie kommt es häufig zu vermehrter Schleimproduktion. Dieser ist in der Regel aber glasklar.

Beim trockenem Reizhusten liegt eine akute Reizung der Atemwege durch Staub, andere kleine Partikel oder Medikamente vor, die dann einen Hustenreflex auslösen.

Hustenstillende Medikamente dürfen nur bei Reizhusten und nach Rücksprache mit dem Arzt genommen werden. Schleimlösende Medikamente können zähen Schleim verflüssigen, damit er leichter abgehustet werden kann. Inhalationen, Brustumschläge, viel Trinken, z.B. spezielle Tees, Wasser und Saftschorlen, eine vitaminreiche Ernährung und Schonung in der Akutphase sind hilfreich. Bei bakteriellen Infektionen sind vor allen bei atemwegserkrankten Patienten Antibiotika erforderlich. Zur Vorbeugung empfehlen sich die Stärkung des Immunsystems und Impfungen gegen Grippe und Pneumokokken bei älteren oder chronisch kranken Patienten.

Brigitte Sakuth

Inhalieren

Um Erkältungen zu bekämpfen sind wohltuende Dämpfe ein beliebtes Mittel. Wichtig ist aber, womit man inhaliert. Dabei kommt es auf die Art des Infektes an, erklärt der Sprecher des deutschen Berufsverbandes der HNO Ärzte, Michael Deeg. Bei trockenem Husten sollten Salz oder Solelösungen inhaliert werden, da oftmals die Schleimhäute ausgetrocknet sind. Der feuchte Dampf sorgt dann für Linderung. Sie können mehrmals am Tag angewendet werden. Ätherische Öle sollten sind dafür nicht geeignet. Sie sollten hauptsächlich verwendet werden, wenn die Nase und die Nasennebenhöhlen

von dem Infekt betroffen sind. Sie entfalten dort eine entzündungshemmende Wirkung, die den Infekt schneller abklingen lässt. Ätherische Öle sollten nicht mehr als zwei- bis höchstens drei Mal am Tag angewendet werden.

Quelle ddp Freiburg

Brigitte Sakuth

Die Lunge

Die Lunge ist eines der am meisten unterschätzten, leistungsstärksten Organe in unserem Körper. Sie verrichtet ganz im Verborgenen unermüdlich ihren unersetzlichen Dienst. Ein gesunder Mensch atmet jeden Tag 15.000 Liter Luft automatisch ein und aus, ohne groß darüber nachzudenken. Wie von selbst wird so der Körper mit lebenswichtigem Sauerstoff versorgt, ohne den das Gehirn keine zwei Minuten überleben würde. In den feinsten Verästelungen der Lunge, den Alveolen arbeiten die Lungenbläschen mit Hochdruck an dem lückenlosen Transport der Atemgase. Auf einer Fläche, die so groß wie ein Tennisplatz ist, wird beim Einatmen Sauerstoff ans Blut abgegeben und beim Ausatmen Kohlendioxid aus dem Körper abtransportiert. Jede Minute fließen dabei fünf Liter Blut durch die Lunge.

Volkskrankheit COPD und Feinstaub

Leider nimmt die Zahl der Menschen mit Lungenerkrankungen weltweit immer weiter zu. Die WHO schätzt, das im Jahre 2020 COPD bereits zur dritthäufigsten krankheitsbedingten Todesursache gehören wird. Die Auslöser sind meistens bekannt und wären oft vermeidbar. Acht von zehn COPD-Patienten sind Raucher oder Exraucher.

Aber nicht nur das Rauchen ge-

(Fortsetzung auf Seite 10)

(Fortsetzung von Seite 9)

fährdet die Gesundheit unserer Lunge. Da die Lunge in ständigem Kontakt mit der Umwelt steht ist sie deshalb auch besonders großen Gefahren ausgesetzt. In der Luft schwirren praktisch überall kleinste Staubteilchen herum, die so federleicht und winzig klein sind, dass kein Auge sie sehen kann. Gerade diese aller kleinsten Teilchen sind auch die gefährlichsten, denn sie gehen dem raffinierten Filtersystem unserer Lunge einfach durch die Maschen. Größere Partikel werden schon in der Nase herausgefiltert oder durch die feinen Flimmerhärchen in den Bronchien eingefangen und durch Husten wieder hinausbefördert, zumindest bei einer gesunden Lunge. Aber der gefährliche Feinstaub ist nicht größer als 10 Mikrometer. Das ist gerade mal ein Zehntel der Dicke eines Haares. Er dringt bis tief in die feinsten Verästelungen der Lunge vor und kann nicht entsorgt werden. Er kann dort als Fremdkörper Entzündungen auslösen. Bei Patienten mit Atemwegserkrankungen verschlimmert sich die Atemnot. Das Risiko Lungenkrebs zu bekommen erhöht sich bei Menschen, die viel mit Feinstaub in Berührung kommen. Dieser Feinstaub ist maßgeblich an der stetigen Zunahme von Atemwegserkrankungen beteiligt. Er ist ein Produkt unserer Industriegesellschaft und entsteht z.B. durch die unvollständige Verbrennung bei Dieselmotoren, den Abrieb von Autoreifen, Bremsen und Straßenbelag, Industrieabgase und Luftverkehr. Deshalb hat die EU zum Schutz der Gesundheit strengere Grenzwerte bei der Feinstaubkonzentration in der Luft erlassen. Leider werden diese Grenzwerte häufig überschritten.

Sport trotz COPD und Luftnot

Aber trotz Umweltverschmutzung und anderer Widrigkeiten können wir aktiv etwas für unsere Gesundheit tun, und zwar jeder Einzelne. Unsere Atemmuskulatur hat jede Menge Leistungspotenzial. Wer sie als gesunder Mensch aktiv trainiert, kann ihre Leistung um bis zu 300% steigern. Sportler machen oft schlapp, weil die Atemmuskulatur aufgegeben hat, obwohl die Beine noch laufen könnten. Denn wenn das am Atmen beteiligte Zwerchfell ermüdet, vermindert ein Reflex des Nervensystems den Blutfluss in den Beinen, eine eingebaute Notbremse, die vor Sauerstoffmangel schützt. Nur wenn auch die Lunge fit ist, kann man laufen soweit die Beine tragen. Das gilt aber nicht nur für Gesunde, sondern auch und gerade für Lungenkranke. COPD ist noch lange kein Grund bewegungslos zu bleiben. Die Zeiten, in denen Ärzte zur Schonung rieten, sind vorbei. Heute heißt es, dass nur mit Hilfe von Sport- und Bewegungstherapie körperliche und psychische Folgen chronischer Lungenerkrankungen erfolgreich verbessert werden können. Natürlich sollte man das Ganze nicht übertreiben. In der Regel sind Lungensportgruppen hilfreich, in denen das Training speziell auf bestimmte Krankheitsbilder abgestimmt ist. So kann jeder Patient sein eigenes Leistungsniveau finden. Leider gibt es davon in Deutschland noch viel zu wenige. Aber jeder einzelne Patient kann im Rahmen seiner Möglichkeiten etwas für seine Gesundheit tun. Ob er in ein Fitnessstudio geht oder zu Hause mit einfachen Geräten, z.B. Wasserflaschen, Handtuch oder Besenstiel Übungen macht ist egal, wichtig ist nur, es regelmäßig zu tun.

Wie sagt schon das alte Sprichwort: „Wer rastet, der rostet“.

Brigitte Sakuth

Medizinisches Wörterbuch der Pneumologie – Teil 3

I Idiopathisch

Ohne erkennbare Ursache, von selbst entstanden.

Immunabwehr

Die Fähigkeit des Organismus schädliche Einflüsse von Allergieauslösern, Krankheitserregern usw. abzuwehren.

Immunglobulin

Sammelbegriff für Antikörper, die ständig abwehrbereit sind und fremde Antigene an sich binden und ausschalten.

Immunreaktion

Antigen-Antikörper-Reaktion

Immunsuppressiva

Medikamente, die in der Lage sind, immunologische Reaktionen zu unterbrechen oder abzuschwächen. Sie werden in der Transplantationschirurgie eingesetzt, um das Abstoßen des transplantierten Organs zu verhindern. Sie unterdrücken aber auch die Abwehrreaktion gegen andere Fremdstoffe, wie z. B. Viren und Bakterien und erhöhen damit die Infektionsgefahr. Zu den Medikamenten gehören u.a. Corticosteroide, Cyclophosphamid und Azathioprin.

Immunsystem

Das Abwehrsystem des menschlichen Körpers, das auf Antigene mit Antikörpern reagiert.

Immuntherapie

Stärkung der körperlichen Abwehrkräfte durch medikamentöse oder naturheiltliche Maßnahmen oder auch Impfungen (Desensibilisierung).

(Fortsetzung auf Seite 11)

(Fortsetzung von Seite 10)

Infarktpneumonie

Lungenentzündung in Folge eines Lungeninfarktes.

Infekt / Infektion

Erkrankung durch Erreger wie Viren, Bakterien, Pilze und Würmer

Infektasthma

Durch wiederkehrende Infektionen immer wieder aufflackerndes (exacerbiertes) Asthma.

Influenza

Virusgrippe

Infusion, intravenös

Flüssigkeiten (Medikamente), die über einen längeren Zeitraum dem Körper intravenös (z.B. durch eine Vene) zugeführt werden.

Inhalation

Einatmen von Arzneimitteln in Gas- oder Dampfform oder von zerstäubten Flüssigkeiten.

Injektion

Durch eine Spritze wird eine Substanz in die Vene, unter die Haut oder in die Muskulatur verabreicht.

Inkompatibel

unverträglich, z.B. Arzneimittel oder Blutgruppen

Inkubationszeit

Die Zeitspanne zwischen der Ansteckung und dem Ausbruch einer Infektionskrankheit.

Inkurabel

Unheilbar

Insektengiftallergie

Patienten mit einer Allergie auf stechende Insekten reagieren häufig mit einem Asthmaanfall und lokalen Schwellungen, die auch zu erschwerter Atmung und Erstickungsgefahr führen kann. Außerdem können Kreislaufreaktionen bis hin zum manchmal tödlichen Kreislaufkollaps auftreten.

Eine Hyposensibilisierung ist die beste Gegenmaßnahme. Außerdem sollten Insektengiftallergiker für den Notfall geschult werden und mit sofort wirksamen Medikamenten ausgestattet werden.

Inspiration

Einatmung

Inspiratorische Kapazität

Die Luftmenge, die nach einer normalen Ausatmung eingeatmet werden kann (Lungenvolumen).

Insuffizienz

Die ungenügende Leistung oder Schwäche eines Organs oder eines Organsystems, z.B. Herz, Lunge oder Niere.

Interkostal

zwischen den Rippen liegend

Interkostalneuralgie

Die Entzündung eines oder mehrerer Zwischenrippennerven.

Interstitielle Pneumonie

Eine Entzündung der Lunge, die die Zwischenräume zwischen den Alveolen betrifft. Sie führt zur Versteifung des Lungengewebes und erschwert die Atmung.

Interlobär

zwischen zwei Lungenlappen gelegen

Intrakutantest

Ein Allergietest, bei dem kleine Allergenmengen unter die Haut gespritzt werden, im Gegensatz zum Prick-Test, bei dem das Allergen nur aufgetragen wird.

Intrathorakal

Innerhalb der Brusthöhle gelegen.

Intrinsic (intrinsic) Asthma

Asthma bronchiale, das als Ursache keine allergische Reaktion auf äußere Reize nachweisen lässt.

Die Bronchien reagieren nur auf unspezifische Faktoren, wie z. B. Stress, körperliche Belastung, Rauch. Oft in Kombination mit Sinusitis, Bronchitis und Infekten.

Invasive Untersuchungsmethoden

sind mit der Einführung eines Gerätes in den Körper verbunden, z. B. Bronchoskopie. Nichtinvasive Untersuchungen werden von außerhalb des Körpers durchgeführt, z. B. Röntgen und Ultraschall.

Inversive Atmung

schnelle, meist stoßartige Atmung mit hoher Frequenz. bei Verlegung der oberen Atemwege. Das Zwerchfell hebt sich bei der Einatmung und senkt sich bei der Ausatmung, deshalb lebensbedrohend.

Irreversibel

nicht mehr rückgängig zu machen

Isometrisches Muskeltraining

langsames, starkes Anspannen einzelner Muskelpartien und anschließendes Entspannen.

K

Kachexie

Auszehrung, Kräfteverfall, schlechter Ernährungszustand des Körpers.

Kapillaren

haarfeine kleinste Blutgefäße

Kapillarbronchitis

Entzündung der kleinen Luftröhrenzweige, mit Verengung der Atemwege und Atemnot verbunden.

Karenz

Vermeidung von Kontakten mit allergieauslösenden Stoffen.

Kartagener Syndrom

Gleichzeitiges Auftreten einer spiegelbildlich verkehrten Lagerung der inneren Organe zusammen

(Fortsetzung auf Seite 12)

(Fortsetzung von Seite 11)

mit Bronchiektasen und Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.

Karzinogen

Krebserzeugend

Karzinom

rasch wachsende bösartige Geschwulst/Krebs.

Kausale Therapie

Eine Behandlung, die die Ursache der Erkrankung angeht.

Keuchatmung

Pfeifendes, brummendes, giemendes Atemgeräusch, dass durch die Verengung der Atemwege bedingt ist. Es ist ein häufiges Symptom bei COPD und Asthma bronchiale Patienten und wird häufig von Atemschwierigkeiten begleitet.

Klimakur

Kur, bei der die Reizwirkung eines veränderten Klimas auf den Organismus zur Linderung von Beschwerden genutzt wird.

Klopfmassage

Das gleichmäßige und rhythmische Abklopfen des Oberkörpers mit der Hand um Schwingungen zu erzeugen, die das Abhusten erleichtern.

Kohlendioxid

Ein farbloses Gas, das als Abfallprodukt während des Stoffwechsels in den Körperzellen entsteht. Es wird über den Blutkreislauf zu den Lungenbläschen geleitet, wo der Gasaustausch erfolgt. In zu hoher Konzentration führt es zu Kopfschmerz, Ohrensausen, Blutdruckanstieg und Atemnot bis hin zur Bewusstlosigkeit und Tod durch Erstickten.

Kohlenmonoxid

Giftiges Gas, das in Autoabgasen und im Zigarettenrauch enthalten ist.

kompatibel

verträglich, miteinander vereinbar

Kortikoide / Kortikosteroide

in den Nebennierenrinden gebildete Steroidhormone, Die künstlich hergestellten Kortikoide unterscheiden sich in ihrer Wirkung teilweise beträchtlich von den natürlichen Hormonen. Sie bekämpfen z. B. die Entzündung bei Atemwegserkrankungen. Es gibt sie zum Inhalieren, in Tablettenform oder intravenös.

Kurabel

Heilbar

Kurative Behandlung

Ärztliche Maßnahmen, die zur Heilung der Krankheit führen.

Kyphoskoliose

Buckelbildung bei gleichzeitiger seitlicher Verkrümmung und Verdrehung der Wirbelsäule. Bei starker Ausprägung kann sie zur Atemstörung führen.

L

Lagerungsdrainage

Der Kopf des Patienten liegt bei der Lagerung niedriger als Brust und Lunge. Dadurch kann das Bronchialsekret besser abfließen. Durch gezieltes Abhusten und Klopfmassage lässt sich die Maßnahme noch unterstützen.

Lappenbronchien

Sie sind Bestandteil des Bronchialsystems und zweigen von den Stammbronchien (Hauptbronchien) ab und verzweigen sich in Segmentbronchien.

Laryngitis

Kehlkopfentzündung

Larynx

Kehlkopf

Latenz

zeitweiliges Verborgenbleiben von Krankheiten oder krankhaften Ver-

änderungen.

Lateral

seitlich, von der Mitte abgewandt

Lavage

Lungenspülung

Leukotriene

Botenstoffe, die aus der Mastzelle und anderen Entzündungszellen freigesetzt werden. Sie führen zum Bronchospasmus bei Asthma-patienten. Als Behandlung werden Leukotrien-Antagonisten eingesetzt, die entzündungshemmend wirken.

Lippenbremse

setzt den Atemwiderstand herab und erleichtert das Ausatmen.

Lobär

einen Organlappen z.B. Lunge oder Leber betreffend

Lobektomie

Operative Entfernung eines Lungenlappens.

Lobus

Lungenlappen. Der rechte Lungenflügel ist in drei, der linke in zwei Lappen unterteilt.

Lunge

ein paariges Atmungsorgan, in dem die Aufnahme von Sauerstoff aus der eingeatmeten Luft und die Abgabe von Kohlendioxid mit der ausgeatmeten Luft stattfindet (Gasaustausch).

Der rechte Lungenflügel besteht aus drei, der linke aus zwei Lappen. Die eintretenden Gefäße und die Hauptbronchien bilden die Lungenwurzel. Die Hauptbronchien teilen sich in immer dünner werdende Äste auf. An den feinsten Ästen liegen die Lungenbläschen(Alveolen), in denen der Gasaustausch erfolgt. Das Blut fließt zum Gasaustausch aus der rechten Herzkammer durch die

(Fortsetzung auf Seite 13)

(Fortsetzung von Seite 12)

Lungenarterie in die Lunge und durch die Lungenvene in den linken Herzvorhof. Die Lunge ist vom Lungenfell, einem Teil des Brustfells, überzogen.

Lungenabszess

Eiteransammlung in der Lunge.

Lungenadenomatose

seltene Form von Lungenkrebs (Alveolarkarzinom).

Lungenbiopsie

Gewebeentnahme zur Klärung von Lungenerkrankungen.

Lungenbläschen

Alveolen, für den Gasaustausch zuständig. Sie sind durch Poren der Alveolarwand untereinander verbunden.

Lungendystrophie

Schwund des Lungengewebes und der Bronchien

Lungenembolie

Verstopfung eines Lungenarterienastes durch Blutgerinnsel.

Lungenemphysem

Blählung, siehe Emphysem.

Lungenentzündung / Pneumonie

akute oder chronische Entzündung des Lungengewebes.

Lungenfell

Teil des Brustfells, das die Lunge einhüllt.

Lungenfibrose

Erkrankung des Lungengerüsts, bei der das Bindegewebe der Lunge durch Narben ersetzt wird. Die Dehnbarkeit des Gewebes nimmt ab. Der Druck im Lungenkreislauf steigt und das Herz wird überlastet.

Lungenfunktionsprüfung

Untersuchungsverfahren mit Messgeräten zur Lungenfunktion

und der Atemtätigkeit.

Lungeninduration

Verhärtung des Lungengewebes durch Stauungen bei Lungenentzündungen und bei Staubablagerungen in der Lunge, z.B. von Kohlenstaub.

Lungeninfarkt

Infarkt durch Verschluss eines Arterienastes der Lunge.

Lungeninsuffizienz

Verminderte Lungenfunktion bei unzureichendem Gasaustausch während des Atmens.

Lungenhochdruck

Erhöhter Blutdruck im Lungenkreislauf.

Lungenkontusion

Lungenprellung

Lungenkreislauf (kleiner Kreislauf)

Das Blut fließt von der rechten Herzkammer zur Lunge, nimmt Sauerstoff auf und wird zum linken Vorhof und von dort in die linke Herzkammer in den großen Kreislauf über (Körperkreislauf). Dieser dient der Versorgung des Gesamtorganismus mit Sauerstoff. Die Lunge selbst wird über den kleinen Kreislauf mit Sauerstoff versorgt.

Lungenlappen

siehe Lobus

Lungenmykosen

Pilzkrankung der Lunge

Lungenödem

Staulunge, oft plötzliche Ansammlung von Gewebeflüssigkeit in der Lunge

Lungenresektion

chirurgisches Entfernen eines Lungenflügels, Lungenlappens oder von Segmenten eines Lappens (Pneumektomie).

Lungenstein

Kalkablagerung um Fremdkörper oder abgestorbenes Gewebe in der Lunge

Lungentransplantation

Transplantation einer oder beider Lungenflügel bei irreversiblen Endstadien chronischer Lungenerkrankungen.

Lungenvolumen / Lungenvolumina

Das Lungenvolumen wird unterteilt in:

Vitalkapazität

die Luftmenge, die bei der stärksten Ausatmung (ohne zeitliche Begrenzung) ausgeatmet werden kann.

Inspiratorische Kapazität

die Luftmenge, die nach einer normalen Ausatmung eingeatmet werden kann.

Expiratorisches Reservevolumen

die Luftmenge, die nach einer normalen Ausatmung zusätzlich noch ausgeatmet werden kann.

Residualvolumen

die Luftmenge, die auch noch nach maximaler Ausatmung in der Lunge verbleibt.

Totalkapazität

die Luftmenge, die sich aus Vitalkapazität und Residualvolumen zusammensetzt

Lungenvolumenreduktion

Operative Entfernung der am stärksten durch Überblähung (Emphysem) betroffenen Lungenanteile, um die Überdehnung des Brustkorbes und des Zwerchfelles zu lindern.

Lungenzysten

Hohlraumbildungen in der Lunge, Sack- oder Wabenlunge

Fortsetzung im nächsten Heft

Mit Sauerstoff auf Weserwellen

Eine Patientenveranstaltung auf dem Wasser? Warum nicht! Gerade während der heißen Sommertage, wo sich viele Emphyse- kranke hinter zugezogenen Vorhängen verkriechen, um den Sonnenstrahlen und steigenden Ozonwerten zu entgehen, hat die Deutsche Emphysemgruppe e.V. für einige Stunden ein Weserschiff gechartert und zum zwanglosen Treffen am 8. Juli 2006 eingeladen. Und über 100 Menschen – darunter einige Schwerstkranke – kamen, um mit Angehörigen und Freunden ein paar Stunden Ihre Sorgen zu vergessen, Gedanken auszutauschen oder einfach nur im Fahrtwind auf dem Sonnendeck das vorbeiziehende Ufer zu betrachten.



„Blue Welfare“ spielten jazzige Grooves. Dieter Tönsmeier spielt Saxophon trotz Emphysem

Nachdem das anfänglich etwas nieselige „norddeutsche Wetter“ waren nur zufriedene und fröhliche Gesichter zu sehen. Bei Kaffee und Kuchen ließen ein Teil der Teilnehmer den Tag im Strandcafe „Sand“ ausklingen, bevor sie gut sortiertem Lunchbuffet und

jazziger Lifemusik der Gruppe „Blue Welfare“ gab es für die Patienten die Gelegenheit, Fragen an Herrn Dr. med. Wolfgang Scherer, Leiter des Rehabilitationszentrums Utersum auf Föhr, zu richten, die dieser mit großer Sachkompetenz und Erfahrung ausführlich beantwortete. Auch die Ernährungsexpertin Frau Uta Reinecke (Krankenhaus Fallingbostal) und Physiotherapeut Herr Günther Madeja (Lungenklinik Unterstedt) stellten ihren freien Samstag und ihr Wissen in den Dienst der Patientengruppe.

Nicht nur für das leibliche Wohl war bestens gesorgt, auch wer Sauerstoff benötigte, und das waren nicht wenige, wurde von Herrn Lauckner von GTI medicare mit Rat und Tat und großem Sauerstofftank betreut. Als wir nach 3

Die Idee, sowie die Organisation des gelungenen Ausflugs kam von den beiden nördlichsten regionalen Selbsthilfegruppen (Gerd Reimers, Delmenhorst und H. Domagala, Sottrum/Bremen,) des bundesweit tätigen Vereins Deutsche Emphysemgruppe e.V.

Heide Schwick
Fotos C.-G.Niemietz



Urlaub mit Sauerstoff und Elektrorad

Mein Mann und ich lieben die Nordsee und machen deshalb schon seit Jahren Urlaub auf der ostfriesischen Insel Norderney. Da ich seit über 2 Jahren sauerstoffpflichtig bin, muss der Urlaub gut organisiert werden. Einige Wochen vor Urlaubsbeginn lasse ich mir vom Reisebüro in Wasserburg einen Kostenvoranschlag über die Kosten der Sauerstoffversorgung im Urlaub schicken. Diesen reiche ich dann bei der Krankenkasse ein. Bis jetzt wurden die Kosten auch übernommen. Nach der Genehmigung durch die Krankenkasse setze ich mich mit dem Urlaubsversorger in Verbindung und bestelle das Zubehör wie Schläuche, Sterilwasser und Nasenbrillen.

Zur Sicherheit habe ich ein Rezept für Nasenbrillen bis 3 Liter mitgenommen, falls der Sauerstofflieferant die falschen Nasenbrillen mitschickt. Wir haben auf der Insel ein Appartement für Allergiker gemietet. Der Vermieter wird informiert, wann die große Tonne eintrifft. Dann können die Koffer ins Auto gepackt werden und es kann losgehen. Da wir gerne an der frischen Luft sind und die Insel erkunden, nehmen wir unsere Klappräder mit. Da ich nicht mehr ganz so fit bin, habe ich ein Elektrorad.

Die Fahrt von Bremen nach Norddeich dauert nicht lange, ca. 1 ½ Stunden, danach kommt die Fahrt mit der Fähre. An Bord essen wir eine Kleinigkeit und dann legt die Fähre auch schon auf Norderney an, noch 5 Minuten Autofahrt und wir sind am Ziel. Der Urlaub kann beginnen.

Am nächsten Morgen machen wir unsere Fahrräder fahrbereit. Mädchen, mein tragbares Sauerstoffgerät, wird vorne im Fahrradkorb

festgeschnallt und wir starten zu unserer ersten Tour in der Umgebung. Dazwischen gehen wir auch immer wieder ein Stück spazieren. Abends wird dann die Batterie meines Fahrrades aufgeladen. Da es auf der Insel nur zwei Nichtraucherlokale gibt, gehen wir immer mittags ziemlich früh essen, so dass wir vom Rauch kaum belästigt werden, da die Lokale dann noch ziemlich leer sind. Bei schönem Wetter sitzen wir draußen und trinken einen Kaffee oder

bewandert. Allerdings wurde mir dort eine 2. Apotheke genannt, die mir eventuell weiterhelfen konnte. Tatsächlich war diese Apotheke in der Lage mir die Nasenbrillen zu besorgen, allerdings mit einer Wartezeit von 10 Tagen.

Als nach 8 Tagen mein Sauerstoff zur Neige ging, bestellte ich die nächste Tonne, die dann auch prompt nach 1 ½ Tagen eintraf. Leider stellte sich heraus dass auf der Tonne kein Druck war, so



auch schon mal ein Bier.

Das Rezept für die Nasenbrillen legte ich bei einer Apotheke vor, die damit zuerst nichts anfangen konnten. Nach 3 Tagen und einer falschen Lieferung konnte diese Apotheke 3 Nasenbrillen besorgen, den Rest sollte ich mir in der Kurklinik besorgen. Die dort vorhandenen Nasenbrillen waren aber überhaupt nicht für einen Dauergebrauch geeignet (mit Schaumstoff ummantelt oder sehr groß und hart). Das Personal hatte z.B. auch noch nie eine Kickerbrille gesehen und war im Bereich der Sauerstoffversorgung nicht sehr

dass ich praktisch ohne Sauerstoff dastand. Ich rief bei meinem Urlaubslieferanten an. Leider war dessen Sauerstoffvorrat ebenfalls aufgebraucht. Deshalb wurde ich zunächst auf den übernächsten Tag vertröstet. Nach mehreren Telefonaten, auch mit Unterschleißheim (Firma Linde) wurde mir eine Lieferung für den nächsten Tag zugesagt. Außerdem konnte ich mir in der LVA Klinik meine Mobilgeräte auffüllen lassen. So konnte ich die Zeit überbrücken. Das Personal dort war sehr hilfsbereit. In den Kurkliniken gibt es allerdings kaum Sauerstoffpatienten-

(Fortsetzung auf Seite 16)

(Fortsetzung von Seite 15)

ten.

Nach ein paar Tagen trafen wir auf der Straße zufällig Martha und Helmut aus der gleichen Selbsthilfegruppe in Delmenhorst. Das war eine freudige Überraschung und wir haben eine schöne Zeit miteinander verbracht. Da mir die Nordseeluft sehr gut bekommt, konnte ich bald auch schon längere Zeit ohne Pause spazieren gehen. Ich wurde öfter auf mein "Mäxchen" angesprochen und habe einiges an Aufklärungsarbeit geleistet und für unseren Verein Reklame gemacht. Leider geht jeder Urlaub einmal zu Ende und es heißt Abschiednehmen von Norderney bis zum nächsten Jahr.

Brigitte Sakuth

Presse-Information

Rollstuhlgerechte Arztpraxen

Arzt-Auskunft nennt barrierefreie Praxen

Bundesweit sind mehr als 25.000 Arzt- und Zahnarztpraxen rollstuhl- und behindertengerecht ausgebaut. Die Arzt-Auskunft zeigt jeweils an, ob eine Praxis barrierefrei ist. Denn dies müssen außerdem auch gehbehinderte und gebrechliche Patienten wissen, bevor sie einen Arzt aufsuchen.

In dem umfassenden Ärzteverzeichnis unter www.arzt-auskunft.de erkennt man anhand eines besonderen Symbols im Suchergebnis sofort, ob die Praxis behindertengerecht ist. Zusätzlich sind zahlreiche weitere Informationen zur Lage und Erreichbarkeit angegeben - beispielsweise Sprechzeiten und Hinweise zu öffentlichen Verkehrsmitteln in der Nähe.

Bei der Arzt-Auskunft rufen täglich unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 - 739 00 99 hunderte Menschen an, um sich nach spezialisierten Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten oder Kliniken in

ihrer Umgebung zu erkundigen. Im Internet verzeichnet die Arzt-Auskunft jährlich mehr als vier Millionen Datenbankabfragen für die gezielte Suche anhand von Therapieschwerpunkten.

Die Arzt-Auskunft ist außerdem auch bei allen Kooperationspartnern wie zum Beispiel Lifeline.de, Focus.de, GesundheitPro.de, Medizinauskunft.de, Onmeda.de und vielen weiteren Gesundheitsportalen eingebunden. Auch Krankenversicherungen nutzen das Verzeichnis der Arzt-Auskunft zur gezielten Patientennavigation.

Stiftung Gesundheit - gemeinnützige rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts

Behringstraße 28 a

22765 Hamburg

Tel. 040 / 80 90 87 - 0

Fax 040 / 80 90 87 - 555

E-Mail: sg@arztmail.de

www.stiftung-gesundheit.de

Knochenschutz bei COPD

Bei Patienten mit COPD sind die Knochenaufbaumarker im Blut erniedrigt und verschiedene Entzündungsparameter erhöht, schreibt die Ärztezeitung. Professor Wolfgang Petermann vom Brüderkrankenhaus in Paderborn sagt, dass COPD eine systemische Erkrankung mit erhöhtem Osteoporose-Risiko ist. Jeder COPD Patient brauche deshalb von Anfang an eine Osteoporose-Prävention. Eine kalziumreiche Ernährung und körperliche Betätigung z.B. Lungensport reicht bei leichter bis mittelgradiger COPD meist aus, wenn kein Cortison genommen werden muss. Es sollten täglich etwa 1,5 Gramm Kalzium und 400 I.E. Vitamin D vorbeugend aufgenommen werden. Ist das durch die Ernährung nicht möglich, sollten entsprechende Präparate eingenommen werden.

Wenn langfristig Cortison, vor allem orale Steroide genommen werden muss, was bei Patienten mit schwerer COPD nötig sein kann, steigt das Osteoporose-Risiko beträchtlich. Bei älteren Männern mit COPD traten bei fast 60 Prozent dieser Patienten Wirbelkörperfrakturen auf, sagte Professor Petermann.

Zur Behandlung von COPD-Patienten mit Osteoporose sind Bisphosphonate besonders geeignet. Bei Glukokortikoid-induzierter Osteoporose sind in Deutschland nur drei Medikamente zugelassen: Alendronat (z.B. Fosamax), Etidronat (z.B. Didronel und Risedronat (z.B. Actonel). Für Männer steht allerdings nur Alendronat zur Verfügung. Die orale Therapie mit Bisphosphonaten sollte mindestens zwei Jahre dauern, bei nachgewiesener Osteoporose der COPD-Patienten wahrscheinlich aber ein Leben lang.

B. Sakuth

Quelle: Ärztezeitung

Vergünstigungen für behinderte Menschen beim Neuwagenkauf

Überlegen Sie, ob Sie sich noch in diesem Jahr einen Neuwagen kaufen? Der ADAC hat bei den Autoherstellern nachgefragt, wie es mit Vergünstigungen für behinderte Menschen beim Neuwagenkauf aussieht. Viele Fahrzeughersteller bieten auf der Basis der „unverbindlichen Preisempfehlung“ Nachlässe an.

Die allgemeinen Voraussetzungen zum Erhalt eines „Behindertenrabattes“ sind in der Regel Behinderungen ab 50 % mit dem Merkzeichen G, aG, H oder Bl. Neben der Vorlage des Behindertenausweises werden oftmals auch eine

(Fortsetzung auf Seite 18)

Hersteller	Behindertennachlass	Voraussetzungen
Audi	15 % auf Neufahrzeuge ab März 2003, nicht auf Dienst- und Gebrauchtfahrzeuge	Behinderung über 50 % und Merkzeichen G (gehbehindert) aG (außergewöhnlich gehbehindert), H (hilflos) oder BI (blind), Mindesthaltedauer: 6 Monate, Zulassung auf Behinderten selbst, bis 2 Fahrzeuge pro Jahr
BMW	11 % Nachlass möglich, evtl. mehr, VHS** über Händler, Nachlass auch möglich für Umbauten als Unterstützung für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Merkzeichen G und aG, Behinderung mind. 50 %, Voraussetzung: Zulassung auf Behinderten
Daimler/ Chrysler Citroen	10 % Nachlass bei bestimmten Klassen möglich Ca. 15 %, alles weitere VHS** über Händler	Grad der Behinderung über 50 % und Kennzeichen G, aG, B oder H. Mindesthaltedauer: 12 Monate Gültiger Behindertenausweis und Behinderung mindestens 50 % plus Merkzeichen G, aG, B, H
Daihatsu	Rabatt ist Verhandlungssache der Händler	50 % Behinderung/Versehrtheit
Fiat Ford	Rabatt ist VHS** über Händler Rabatt bis 20 % möglich	50 % Behinderung und Merkzeichen G, aG, H, B 50 % Behinderung (Gehbehinderung), Merkzeichen G, aG, H, B
HONDA Hyundai	Rabattprogramm wurde abgeschafft! Rabatt im Ermessen des Händlers, VHS**	Behinderung mind. 50 %, Ausweis bei Händler vorzeigen. Mindesthaltedauer 6 Monate
Jaguar / Land Rover KIA	Empfohlener Rabatt ca. 15 %, VHS** Empfohlene Rabatte bis zu 18 %, VHS**	50 % Behinderung, keine Mindesthaltedauer Behinderung mind. 50 %, Vorlage des Behindertenausweises mit Merkzeichen G, aG, BI und H, Mindesthaltedauer 3.000 km oder 6 Monate und Zulassung auf Behinderten
Lada	Grds. 10 % Rabatt möglich	Vorlage des Behindertenausweises mit Merkzeichen und Zulassung auf die behinderte Person selbst
Mazda Mitsubishi Nissan	Kein Rabatt! 15 % Behindertenrabatt Nachlass von 10 % bis 23 % möglich, je nach Fahrzeuggruppen	Merkzeichen: aG, H, BI Vorlage des Behinderten- oder Versehrtenausweises und Behinderung von mindestens 50 %, Zulassung auf Behinderten selbst und 12 Monate Mindesthaltedauer Vorlage des Behindertenausweises
Opel Porsche Peugeot	Hersteller empfiehlt Rabatt von 15 % Kein Rabatt! Ein möglicher Nachlass läuft nur über den Händler und wird ausschließlich von diesem entschieden	
Renault	Rabatt von 10 % bis 18 % möglich für Selbst- und Mitfahrer	Kunde muss Mitglied bei BAB e. V. (Bund behinderter Auto-Besitzer)* sein, dies kann man ab 50 % Behinderung und Merkzeichen G, aG, H und B werden, Mindestfahrleistung 5.00 km und Haltedauer 12 Monate
Skoda	Empfohlen werden 15 % Rabatt	Mind. 50 % Behinderung, keine Merkzeichen, aber Mindesthaltedauer 6 Monate, Zulassung auf Behinderten selbst, Ausnahme Betreuerschreiben vom Versorgungsamt
SAAB	Empfehlung vom Hersteller an Händler 15 %	Behindertenausweis muss vorgelegt werden
Seat	Rabatt von 15 % möglich, Ansprechpartner sind allein die Händler	Behindertenausweis muss vorgelegt werden und Grad der Behinderung mind. 50 % plus Merkzeichen G, aG, H, B, Zulassung auf berechnigte Person
Subaru Suzuki	Kein Rabatt! Über Händler direkt 8 % möglich, VHS**	Versehrtenausweis mit dem Grad der Versehrtheit von mind. 50 % erforderlich, kein Merkzeichen, keine Mindesthaltedauer
Toyota	Nachlass von 10 - 12 % möglich (Empfehlung vom Hersteller)	Gültiger Behinderten-/Versehrtenausweis, Behinderung mindestens 70 % und Merkzeichen G, aG, B oder H. Mindesthaltedauer 6 Monate und Zulassung auf Behinderten
Volvo	Kein Rabattprogramm mehr	
VW	15 % Rabatt	Behinderungsgrad über 50 % in Koppelung mit Merkzeichen G, aG, B und H. Mindesthaltedauer 6 Monate, Zulassung auf Behinderten selbst, auch Kinder

*) Bund behinderter Auto-Besitzer e. V., 6643 Bexbach, Postfach 12 02, Tel./Fax 06826/5782, Internet: www.bbab.de

**) Verhandlungssache

Quelle: ADAC

(Fortsetzung von Seite 16)

Mindesthaltedauer und eine Zulassung auf den Behinderten selbst zur Bedingung gemacht.

Den Rabatt gibt es direkt über den Autohändler, der diesen in der Regel über den Hersteller rückvergütet erhält. Nicht zuletzt liegt es an dem Verhandlungsgeschick des Käufers, wie hoch der Rabatt ausfällt, denn die Händler verfügen meist über einen nicht unerheblichen Spielraum, was die Rabattgestaltung angeht (siehe Tabelle).

Nähere Einzelheiten klären Sie bitte mit Ihrem Autoverkäufer. Alle Angaben in diesem Artikel und in der Tabelle (Seite 17) sind selbstverständlich unverbindlich.

Petra Objartel

COPD-Patienten und der BMI (Body Maß Index)

Patienten mit COPD sollten wegen der sonst schlechteren Lebenserwartung nicht zu wenig wiegen. Ihr Body Maß Index sollte mindestens 25 oder sogar darüber betragen, sagt Professor Heinrich Worth vom Klinikum Fürth. Bereits bei einem BMI von unter 21 gehen Pneumologen bei COPD Patienten bereits von einem Untergewicht aus, das negative Auswirkungen auf die Lebenserwartung hat. Nach aktuellen epidemiologischen Studiendaten verschlechtert sich mit sinkendem Gewicht die Prognose der Patienten.

Der BMI errechnet sich aus dem Gewicht geteilt durch (Größe mal Größe). Wer also z. B. 1,70 cm groß ist und 75 kg wiegt hat einen BMI von 26 ($1,7 \text{ mal } 1,7 = 2,89$; $75 \text{ geteilt durch } 2,89 = 26$). Ein gesunder Mensch ist bei einem BMI von 19 untergewichtig, bei einem BMI von 20 – 25 normalgewichtig und bei einem BMI von über 25 übergewichtig. Adipositas beginnt bei einem BMI ab 30.

COPD-Patienten sollten die täglichen Mahlzeiten eher auf fünf als der üblichen drei Portionen verteilen, da ein zu voller Magen die ohnehin schon erschwerte Atmung noch zusätzlich behindert, sagte Professor Worth. Wenn eine normale ausgewogene Ernährung nicht ausreicht um bei COPD-Patienten das Zielgewicht zu erreichen oder zu erhalten, sollten hochkalorische Trinklösungen verordnet werden. Diese sollten zusätzlich zur normalen Nahrung eingenommen werden. Wenn untergewichtige COPD-Patienten zu wenig essen kann neben Appetitmangel und Atemnot auch ein schlecht sitzendes Gebiss der Grund sein, deshalb kann es sich lohnen einen Zahnarzt aufzusuchen.

Quelle Ärztezeitung

Aufbau fettfreier Muskelmasse beugt respiratorischer Kachexie vor

COPD-Kranke brauchen Training

Wer unter Atemnot leidet, schont sich. Dadurch schwindet die Muskelkraft, was die Atemnot noch verstärkt. Diese fatale Abwärtsspirale von COPD-Erkrankten gilt es zu stoppen.

COPD ist nicht heilbar, aber die Lunge lässt sich wirksam unterstützen.

23.08.06 - Über das **Wie** sprach ÄP-Mitarbeiterin Helga Vollmer mit Professor Wolfgang Petro, Medizinischer Direktor der Klinik Bad Reichenhall am Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie.

Herr Professor Petro, bekommen dickere, etwas träge Menschen eher COPD als agile und schlanke?

Nein, das Körpergewicht spielt bei der Entstehung keine Rolle, wohl

aber beim Verlauf der COPD.

Wie ist das zu verstehen?

In der ersten Phase ihrer Erkrankung nehmen COPD-Kranke meist zu – zum einen durch ihre Luftnot und den resultierenden Bewegungsmangel, zum anderen durch die Kortisongaben. Kortison verursacht zusätzlichen Muskelabbau. Patienten, die dann in einer chronisch progredienten Phase drastisch dünner werden und eine respiratorische Kachexie entwickeln, haben eine sehr schlechte Prognose. Sie sind extrem infektanfällig, ihre Immunabwehr funktioniert nicht mehr, sie leiden an ganz unterschiedlichen Erkrankungen, weil ihr Organismus so sehr geschwächt ist.

Sportliche Helfer: Laufband, Fahrradergometer, Hanteln

Wie lässt sich dem vorbeugen?

Besonders wichtig sind Ausdauer- und Muskelaufbautraining, um die fettfreie Körpermasse zu steigern. Wenn möglich, sollen die Patienten an Geräten wie Laufband, Fahrradergometer und speziellen (Rücken-)Muskelaufbau-Geräten trainieren. Wichtig ist auch Extremitätentraining mit Gewichten, Hanteln oder per Theraband. Bettlägerige können mit dem Bett ergometer trainieren. Wichtig ist darüber hinaus das Training der Atemmuskulatur – Zwerchfell und Interkostalbereich. Beim definierten Inspirationsmuskel-Training wird gegen einen Widerstand eingeatmet.

Lässt sich die Lunge beziehungsweise ihre Funktion trainieren?

Die Lunge ist nicht trainierbar, sie ist ja kein Muskel. Thoraxmuskeln und Thoraxbeweglichkeit kann man hingegen sehr wohl trainieren – und damit Ventilation und Durchblutung verbessern.

Wie schätzen Sie Autogene Drainage und Inhalationskammern

(Fortsetzung auf Seite 19)

(Fortsetzung von Seite 18)
ein?

Eine schwere Mukostase ist kein Leitsymptom der COPD. Insofern ist die Autogene Drainage eher etwas für Mukoviszidose-Patienten. Die Rauminhalation mit Sole kann die Schleimexpektoration unterstützen.

Lippenbremse gegen Luftstau

Gibt es eine spezielle Ernährung für COPD-Patienten?

Die Patienten lernen bei uns in der Lehrküche, gesund zu kochen: zum Abnehmen und Muskelaufbau sich mit viel Eiweiß und wenig Fett zu ernähren. Kachexie-Patienten dagegen sollten mit viel Eiweiß und Kohlenhydraten wieder etwas Gewicht aufbauen.

Kann man dem COPD-typischen Luftstau physikalisch entgegenwirken?

Dieser durch einen Kollaps der kleinen Atemwege bedingte Luftstau ist die Vorstufe zum Emphysem. Mit der Lippenbremse – Ausatmen gegen den Widerstand der Lippen – lässt sich der Luftstau mindern.

Welche weiteren Maßnahmen kann man COPD-Patienten ans Herz legen?

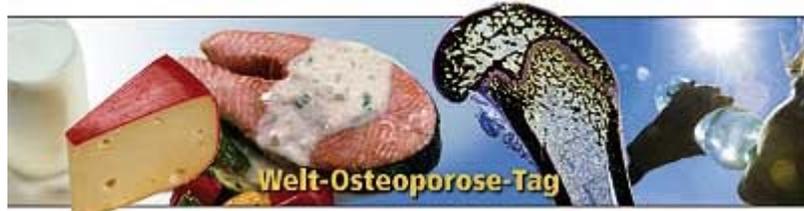
COPD, das muss man sich klar machen, ist nicht heilbar. Das Wichtigste ist, dass Raucher mit dem Rauchen aufhören. COPD-Patienten sollten auf gesunde Ernährung und persönliche Hygiene achten. Wegen ihrer Infektanfälligkeit sind Gripeschutz- und Pneumokokkenimpfung wichtig. Überdies sollten Betroffene in Grippezeiten Menschenansammlungen meiden. Zu sämtlichen Maßnahmen gehört natürlich auch die medikamentöse Therapie mit Anticholinergika. Diese Arzneien bewirken periphere Bronchospasmodolyse, entblähen, verbessern Ventilation, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität von COPD-Patienten.

Ärzte Zeitung, 20.10.2006

INTERVIEW

Stabile Knochen - dabei hilft eine gesunde Kost!

Heute ist Welt-Osteoporose-Tag. Unter dem Motto "Bone-Appetit" geht es diesmal hauptsächlich um knochengesunde Ernährung. Kalzium und Vitamin D sind wesentliche Bestandteile einer Osteoporose-Prophylaxe und -Therapie. Vielen Menschen gelingt es aber nicht, sich über die Nahrung und durch Sonnenlicht ausreichend mit Kalzium und Vitamin D zu versorgen. "Besonders bei Patienten, die bereits eine Osteoporose haben, sollten wir kein Risiko eingehen und großzügig Nahrungsergänzungsmittel empfehlen", sagte Dr. Jutta Semler, erste Vorsitzende des Kuratoriums Knochengesundheit im Gespräch mit Ingrid Kreutz von der "Ärzte Zeitung".



Kalziumreiche Kost, viel Seefisch und Sonnenlicht sind wichtig für eine effektive Fraktur-Prophylaxe bei Patienten mit Osteoporose.

Ärzte Zeitung: *Um den Knochen über die Ernährung etwas Gutes zu tun, wird vor allem eine kalziumreiche Kost empfohlen. Brauchen Osteoporose-Patienten mehr Kalzium als andere Menschen?*

Dr. Jutta Semler: Ja. Bei gesunden Erwachsenen genügt die tägliche Aufnahme von etwa 1000 Milligramm (mg) Kalzium. Patienten mit einem erhöhten Frakturrisiko oder bereits manifester Osteoporose, etwa mit Wirbelkörperbrüchen, hingegen benötigen 1500 mg Kalzium pro Tag.

Ärzte Zeitung: *Wie wird dieser Bedarf am besten gedeckt - zum Beispiel durch einen Liter Milch am Tag?*

Semler: Milch und Milchprodukte gelten zwar als Hauptkalziumlieferanten.

Wird jedoch zuviel Milch getrunken, kann es zu einer Übersäuerung des Körpers und dadurch sogar zu einem gesteigerten

"Zu viel Milch am Tag kann zu einem gesteigerten Knochenabbau führen."

Knochenabbau kommen. Um dieses Risiko zu vermeiden, sollten gesunde und auch Osteoporosekranke Erwachsene nicht mehr als 200 bis 250 Milliliter (ml) Milch pro Tag trinken. Darin sind 250 bis 300 mg Kalzium enthalten. Der Rest des Tagesbedarfs sollte über kalziumreichen Käse wie Emmentaler und andere kalziumreiche Nahrungsmittel gedeckt werden, etwa grünes Gemüse, Kräuter, Nüsse oder kalziumreiches Mineralwasser.

(Fortsetzung auf Seite 20)

(Fortsetzung von Seite 19)

Das sind auch gute Optionen für Patienten mit Milchzuckerunverträglichkeit. Diese sollten im wesentlichen Milch (Molke) meiden. Bei einer Milcheiweißallergie muss leider gänzlich auf Milch und Milchprodukte verzichtet werden. Besteht nur eine Allergie gegen Kuhmilch, kann auf Milchprodukte aus Schafs- oder Ziegenmilch zurückgegriffen werden.

Ärzte Zeitung: *Viele Patienten schaffen es aber nicht, ihren Tagesbedarf an Kalzium über die Mahlzeiten zu decken. Dann sollten Nahrungsergänzungsmittel eingenommen werden, empfiehlt der Dachverband Osteologie (DVO) in seiner aktuellen Leitlinie zu Osteoporose. Wie lässt sich klären, welche Patienten solche Mittel benötigen?*

Semler: Ich frage die Patienten, wie sie sich ernähren. Wenn ein Patient nicht als Minimum zweimal am Tag ein Milchprodukt zu sich nimmt, etwa eine Tasse Milch (180 mg Kalzium) und eine Portion Hartkäse für eine Scheibe Brot (400 mg Kalzium), dann muss er sich schon sehr bemühen, aus anderen Nahrungsmitteln wie grünem Gemüse, Kräutern, Nüssen und Mineralwasser genügend Kalzium zu sich zu nehmen. Hier würde ich auf jeden Fall ein Supplement empfehlen.

Ärzte Zeitung: *Gilt das auch für Patienten, die spezifische Osteoporose-Medikamente, etwa ein Bisphosphonat, erhalten?*

Semler: Solchen Patienten empfehle ich in der Regel zusätzlich ein Nahrungsergänzungsmittel. Da will man auf der sicheren Seite sein. Wir wissen, dass das therapeutische Potential der spezifischen Osteoporose-Medikamente nur dann voll ausgeschöpft werden kann, wenn die Patienten aus-

reichend mit Kalzium und Vitamin D versorgt sind. Vitamin D ist wichtig, da es die Kalzium-Resorption aus dem Darm ins Blut und die Kalziumaufnahme in den Knochen fördert. Und nach neuen Studien- daten senkt Vitamin D auch das Sturzrisiko, vermutlich indem es die Muskelfunktion positiv beeinflusst. Außerdem bezahlen die Krankenkassen ja bekanntlich solche Präparate bei Patienten, die bereits eine Osteoporose haben. Besonders wichtig ist eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D für ältere Patienten, die stark sturzgefährdet sind und zum Beispiel aus gesundheitlichen Gründen nicht viel Sport machen können. Auf diese Weise kann ein zusätzlicher Beitrag geleistet werden, um Hüftfrakturen zu vermeiden.

Erfreulich ist, dass mittlerweile eine Wochentablette (Fosavance®) auf dem Markt ist, die außer einem Bisphosphonat auch Vitamin D enthält. Die Patienten müssen damit weniger Tabletten einnehmen. Aber auch die Kombipackung mit einem Bisphosphonat und Kalzium (Actonel® 35 mg plus Calcium) erleichtert die Therapie bei Osteoporose.

Ärzte Zeitung: *Wie sollten Vitamin-D-Präparate bei Osteoporose-Patienten dosiert werden? In der aktualisierten DVO-Leitlinie werden 400 bis 1200 IE pro Tag empfohlen, eine große Spanne...*

Semler: Die Dosierung sollte sich nach dem Lebensstil und dem Sturzrisiko der Patienten richten. Wenn ein Patient zum Beispiel noch mobil ist, sich viel im Freien bewegt und im Winter regelmäßig in die Berge oder in südliche Gefilde reist, reicht die Sonnenlichtexposition aus, damit der Körper selbst relativ hohe Mengen an Vitamin D produziert. Ein solcher

Patient benötigt wahrscheinlich nur 400 IE des Vitamins pro Tag zusätzlich. Hingegen würde ich einem Patienten, der im Krankenhaus liegt oder wegen einer schweren internistischen Erkrankung weitgehend immobil geworden ist oder gar schon eine Hüftfraktur hatte, eher 1200 IE Vitamin D verordnen. Auch Patienten über 75 Jahre sollten eher die höhere Dosierung erhalten, da sie allein aufgrund ihres Alters ein

"Vitamin D ist besonders wichtig für alte Patienten, die stark sturzgefährdet sind."

hohes Sturz- und Frakturrisiko haben.

Wenn Kollegen sich unsicher sind mit der Dosierung, etwa bei jüngeren Patienten zwischen 60 und 70 Jahre, die bereits öfters gestürzt sind, sollten sie das Vitamin D zunächst niedrig dosieren, also mit einer Tagesdosis von 400 bis 500 IE beginnen.

Ärzte Zeitung: *Woran erkennt man, ob diese Dosierung ausreicht?*

Semler: Nimmt die Knochenmineraldichte an der Hüfte weiter ab, obwohl die Patienten regelmäßig Sport machen, sollte man zum Schutz der Hüfte die Vitamin-D-Dosis auf etwa 800 IE pro Tag oder mehr erhöhen, ohne den Vitamin-D-Plasmaspiegel zu kontrollieren. Allerdings sollte die Kalzium-Blutkonzentration etwa alle sechs Monate gemessen werden, um festzustellen, ob eventuell der Kalzium-Spiegel durch die Erhöhung der Vitamin-D-Dosis zu stark ansteigt.

Ärzte Zeitung: *Wie sollte die Kalzium- und Vitamin-D-Versorgung gehandhabt werden, wenn bei einem Patienten die Osteoporose*

(Fortsetzung auf Seite 21)

(Fortsetzung von Seite 20)

spezifische Medikation abgesetzt wird, weil sich die Krankheit stabilisiert hat?

Semler: Solchen Patienten sollte man empfehlen, weiterhin möglichst viel Kalzium und Vitamin D aufzunehmen. So lässt sich das Frakturrisiko minimieren. Die Patienten sollten sich kalziumreich ernähren und bei Bedarf zusätzlich ein Kalzium-Präparat einnehmen. Außerdem sollten sie zweimal pro Woche Seefisch essen, um die Vitamin-D-Speicher aufzufüllen, und sich viel im Freien bewegen. Bei Stubenhockern sowie während der Wintermonate empfehle ich zusätzlich eine Vitamin-D-Supplementierung, weil die Sonne in Deutschland in dieser Zeit so tief steht, dass nicht genügend UV-Licht vorhanden ist für eine ausreichende Vitamin-D-Produktion in der Haut.

Ärzte Zeitung: *Oxalsäure und Phosphat wirken sich bekanntlich ungünstig auf den Knochenstoffwechsel aus? Wie gefährlich sind diese Substanzen für die Knochen?*

Semler: Oxalsäure vermindert zwar die Kalziumresorption im Darm, aber wenn man ganz ehrlich ist, kann man davon kaum zu viel essen, um den Knochen zu schaden. Selbst wenn ein Patient zwei- bis dreimal pro Woche Gerichte mit Tomaten oder Spinat verzehrt, ist das meist unproblematisch. Nur bei Patienten mit Kalzium-Oxalatsteinen in der Niere ist Vorsicht geboten. Wesentlich ungünstiger ist der starke Konsum von Süßigkeiten und Softdrinks. Dadurch kann es zu einem Phosphat-Überschuss kommen. Bei ausreichender Kalzium-Versorgung ist diese Gefahr jedoch geringer.

Das Verhältnis zwischen knochenfreundlicher und eher schädlicher

Kost muss stimmen. Bei ausgewogener Ernährung, etwa viel mediterraner Kost, darf man auch mal eine Tafel Schokolade essen. Auch der Genuss von bis zu vier Tassen Kaffee pro Tag ist nach neuen Studienergebnissen keineswegs schädlich für die Knochen.

Weitere Informationen zu Kalzium und Vitamin D gibt es im Internet

ZUR PERSON



Dr. Jutta Semler ist seit Jahren die erste Vorsitzende des Kuratoriums Knochengesundheit. Außerdem ist sie Chefärztin der Abteilung für Stoffwechselerkrankungen am Immanuel-Krankenhaus in Berlin. Schwerpunkt der Abteilung ist die Osteologie. Das besondere Engagement der Kollegin gilt Patienten mit Osteoporose.

in der DVO-Leitlinie zu Osteoporose unter www.lutherhaus.de/osteo/leitlinien-dvo/

STICHWORT

Kalzium

Kalzium ist der wichtigste mineralische Baustein des Skeletts. Bei ungenügender Zufuhr wird in der Kindheit und Jugendzeit die Skelettausbildung beeinträchtigt, und später im Erwachsenenalter wird auf Kosten des Skeletts die Kalzium-Homöostase aufrechterhalten.

Kalzium ist nicht nur wichtig für die Prävention einer Osteoporose, sondern auch für die Therapie. Denn es hemmt nicht nur den Knochenabbau, sondern vermindert auch den Anstieg des Parathormons bei der Behandlung mit einem Bisphosphonat. (ikr)

STICHWORT

Vitamin D

Vitamin D und seine Metaboliten erhöhen die enterale Kalziumabsorption, fördern die Entwicklung der Knochenzellen und sind unentbehrlich für die Mineralisierung der Knochenmatrix. Nur wer genügend Vitamin D hat, kann das eingenommene Kalzium optimal verwerten. Darüber hinaus vermindert Vitamin D bei älteren Menschen das Risiko für Hüftfrakturen. Vitamin D wird in der Haut synthetisiert unter dem Einfluß der ultravioletten Sonnenstrahlung. Optimal ist eine Sonnenlichtexposition von mindestens 30 Minuten täglich. (ikr)

Copyright © 1997-2006 by Ärzte Zeitung

10. Kongress Sauerstoff-Langzeit-Therapie am 14. und 15.10.2006

Der Patientenkongress der LOT-Gruppe 2006 hatte die Lungenfibrose als Hauptthema. Die 1. Vorsitzende, Frau Dr. Krause-Michel von der Klinik Bad Reichenhall begrüßte die Anwesenden und berichtete über die Aktivitäten des neuen Vorstandes, der ja komplett gewechselt hatte. So wurde z.B. ein neuer medizinischer und technischer Beirat gegründet. Danach hielt der neue Oberbürgermeister der Stadt Bad Reichenhall, Dr. Herbert Lackner eine kurze Ansprache.

(Fortsetzung auf Seite 22)

(Fortsetzung von Seite 21)

Anschließend sprach Dr. Sebastian Gallenberger über das Thema „Lungenfibrose – eine Herausforderung für Arzt und Patient“. Bei der Fibrose handelt es sich um eine Erkrankung des Lungengewebes, bei der es zu einer Vernarbung der Lunge kommt. Der Gasaustausch ist gestört. Sie kann sich durch Kurzatmigkeit bei Belastung, trockenem Reizhusten und Appetitlosigkeit bemerkbar machen. Es gibt ca. 200 verschiedene Arten der Fibrose. Dazu zählen z. B. Sarkoidose, Asbestose, Alveolitis, u.a. Die Ursache ist häufig nicht feststellbar (idiopathische Fibrose). Behandelt wird u.a. mit Kortison, hochdosiertem ACC und mit Sauerstoff im fortgeschrittenen Stadium. Es werden neue Medikamente (Interferon, Pirfinidon) getestet, die die Vernarbung aufhalten sollen. Die Studie läuft noch. In der anschließenden Diskussion wurden spezielle Fragen beantwortet.

Der nächste Referent war Herr Battenstein mit dem Thema:

Ansprüche gegen die Berufsgenossenschaft bei berufsbedingten Atemwegserkrankungen

Herr Rolf Battenstein, Anwalt aus Düsseldorf ist auf Sozialrecht spezialisiert. Er vertritt zusammen mit seiner Tochter die Rechte von Patienten, die an berufsbedingten Erkrankungen wie z.B. Asbestose oder Silikose leiden, gegenüber der Berufsgenossenschaft.

Entscheidend für den Rentenanspruch und auch die Pflegeversicherung ist die wesentliche Ursächlichkeit der Erkrankung, z. B. bei Fibrose. Die Berufsgenossenschaft versucht häufig die Krankheit als nicht berufsbedingt darzustellen, da beispielsweise eine Fibrose nicht unbedingt auf einem Röntgenbild zu erkennen ist. Kann durch einen Gutachter belegt werden, dass der Auslöser der Erkran-

kung berufsbedingt ist, muss die Berufsgenossenschaft eine Verletztenrente zahlen. Deshalb ist die Wahl des Gutachters oftmals entscheidend. Häufig wird die idiopathische (ursächlich nicht feststellbare) Fibrose prognostiziert, wodurch keine Leistungen erfolgen müssen.

Die Rentenberechnung erfolgt abstrakt, d.h. ob der Patient auf dem Arbeitsmarkt noch vermittelbar ist. Es entfallen alle Arbeitsplätze, bei denen Atemwegsrisiken vorhanden sind.

Lehnt die Berufsgenossenschaft einen Antrag ab, kann ein Überprüfungs- oder Verschlimmerungsantrag gestellt werden. Wenn keine Antwort erfolgt, kann Untätigkeitsklage erhoben werden. Muss vor dem Sozialgericht geklagt werden ist dies gerichtskostenfrei.

Ist die Krankheit als berufsbedingt anerkannt, muss die Berufsgenossenschaft auch alle Hilfsmittel zahlen, die zur Minderung der Krankheitsfolgen notwendig sind.

Dazu zählt z.B. ein Treppenlift, ein Rollstuhl usw. Auch eine Reha gehört zu den Leistungen der Berufsgenossenschaft, eine Witwen- und Waisenrente wird gezahlt. Über die Höhe der Rentenzahlung brachte Herr Battenstein ein Beispiel in DM: Hatte der Erkrankte ein Einkommen von 90.000,- DM, bekommt er 60.000,- DM Rente. Verstirbt er, bekommt seine Witwe 40% (48.000,-DM) und jedes Kind 20% (12.000,-DM). Bei 2 Kindern hat also eine Witwe ein höheres Einkommen als zu Lebzeiten des Erkrankten. Im Todesfall wird oftmals eine Obduktion von der Berufsgenossenschaft gefordert. Diese ist bei gesetzlicher Vermutung der Todesursache nicht notwendig und kann mit dieser Begründung abgelehnt werden, da Pathologen häufig nicht die Ursache einer Fibrose ermitteln können und diese dann als idiopathisch bezeichnen, was zum

Leistungsausschluss führt.

Übergangsleistungen können für 5 Jahre gezahlt werden. Der Verdienstausfallschaden zwischen Verletztenrente und Nettoverdienst wird übernommen.

Auch für Familienangehörige kann eine Rente in Frage kommen. Wenn z. B. die Ehefrau eines mit Asbest arbeitenden Mannes jahrelang regelmäßig dessen Kleidung ausbürstet und dadurch später eine Asbestose bekommt. Allerdings ist dieser Nachweis sehr schwierig.

Herr Battenstein stellte klar, dass es sehr wichtig ist bereits frühzeitig einen auf Sozialrecht spezialisierten Anwalt zu bemühen. Er fordert mehr im Sozialrecht ausgebildete Anwälte, da auch beim VDK die Berufsanfänger noch nicht das nötige Fachwissen haben. Leider gibt es nur sehr wenige Anwälte, die sich auf Sozialrecht spezialisiert haben, da die Vergütung sehr gering ist.

Nach der Mittagpause hielt der Krankenkassenbetriebswirt, Herr Helmut Böhm einen sehr interessanten Vortrag mit dem Titel:

„Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid der Krankenkasse - Trau Dich!“

Der Ablehnungsbescheid ist ein Verwaltungsakt der eine Begründung benötigt. Es können wesentliche, tatsächliche und rechtliche Gründe zur Entscheidung führen. Bei Ermessensentscheidungen müssen Gesichtspunkte, von denen bei Ausübung des Ermessens ausgegangen worden ist dargelegt werden. Erfolgt die Ablehnung mit Rechtsmittelbelehrung beträgt die Widerspruchsfrist einen Monat nach Bekanntgabe, ohne Rechtsmittelbelehrung 1 Jahr. Kann die Frist ohne eigenes Verschulden nicht eingehalten werden (/z.B. Krankenhausaufenthalt) kann eine Wiedereinsetzung in den vorher-

(Fortsetzung auf Seite 23)

(Fortsetzung von Seite 22)

rigen Stand beantragt werden. Dieser Antrag muss innerhalb von 2 Wochen nach Wegfall des Hindernisses gestellt werden. Die Gründe für eine Ablehnung können beim Versicherten oder bei der Krankenkasse liegen.

Was beim Versicherten falsch laufen kann: Er hat eine Leistung die es nicht mehr gibt (Sterbegeld, Implantate im Kiefer), eine ausgeschlossene Leistung (Abführmittel) oder eine an das Alter gebundene Leistung, z.B. künstliche Befruchtung einer 45jährigen Frau (wird nur bis zum 40. Lebensjahr gezahlt) beantragt. Auch eine schwache Begründung durch den behandelnden Arzt oder fehlende Mitwirkung des Patienten führen zu einer Ablehnung. Der Patient muss außerdem vor dem 50. Lebensjahr 5 Jahre pflichtversichert oder bei einer Freiwilligen Weiterversicherung 24 Monate pflichtversichert gewesen sein.

Bei den Krankenkassen gibt es ebenfalls Gründe für eine Ablehnung, bei denen ein Widerspruch Erfolg hat:

- keine Leistung aus einem Abkommensland
- keine Verhütung von Zahnerkrankungen für einen 17jährigen (erst ab 18. Lebensjahr)
- wenig Kenntnis der Sachbearbeiter über die Satzungsleistungen (Kannleistung) der Kasse wie
- medizinische Vorsorge für Mütter und Väter
- medizinische Rehabilitation: eine Reha kann auch vor Ablauf von 4 Jahren gewährt werden wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig bzw. erforderlich ist. (nur der Antrag auf Verlängerung einer medizinischen Reha muss zum MDK). Die Kasse muss den Festbetrag ihrer eigenen Klinik bezah-

len, wenn der Patient auf eigenen Wunsch in eine andere Klinik möchte. Eine Anschlussheilbehandlung muss maximal 4 Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt erfolgen und zählt mit für die 28 tägige Zuzahlungspflicht. Der Ausdruck „sinnvoll“ oder „tut gut“ sollte niemals verwendet werden, da dann die Reha meist abgelehnt wird.

- Erweiterte häusliche Krankenpflege
- Erweiterte Haushaltshilfe
- Beitragsrückzahlung/Selbstbehalt
- Hinweis auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Kontaktlinsen)
- Schlecht ausgebildete Angestellte „jeder Fall zum MDK“
- MDK-Entscheidung als Begründung für Ablehnung
- (MDK-Ärzte werden von den Krankenkassen bezahlt, kennen die Bestimmungen im SGB V auch nicht immer genau und entscheiden aus ärztlicher Sicht)
- MDK-Ärzte für Allgemeinmedizin entscheiden über Verordnungen von z.B. Lungenfachärzten oder Neurologen.

Ein Widerspruch muss schriftlich an die Krankenkasse erfolgen. Er sollte den Sachverhalt schildern, eine Begründung (Verweis auf Gutachten des eigenen Arztes) und einen neuen Antrag auf Bewilligung enthalten. Der Widerspruch ist begründet, wenn der angefochtene Verwaltungsakt nicht dem geltenden Recht entspricht. Er hat eine aufschiebende Wirkung (Aussetzung der Vollziehbarkeit eines Ver-

waltungsaktes). Es folgt ein Vorverfahren mit einer mündlichen und schriftlichen Anhörung. Nach einer nochmaligen und sorgfältigen Prüfung durch die Beitrags- oder Leistungsabteilung der Krankenkasse (wird häufig vom selben Sachbearbeiter durchgeführt) wird bei einem begründeten Widerspruch die bisher abgelehnte Leistung gewährt (auch eine teilweise Abhilfe ist möglich)

Ist der Widerspruch nicht begründet wird die Widerspruchsstelle (Selbstkontrolle der Krankenkassen) eingeschaltet. Die Widerspruchsstelle ist mit Versicherten- und Arbeitgebervertreter aus dem Verwaltungsrat, Sachbearbeiter, Abteilungsleiter und Vorstand besetzt. Sie kann den Verwaltungsakt abändern, ihn, wenn rechtswidrig ersetzen und begründet dies. Der Widerspruchsbescheid muss Ausführungen über eine evtl. Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand enthalten oder den Widerspruch wegen Fristversäumnis als unzulässig verwerfen. Außerdem muss er eine Rechtsmittelbelehrung mit der Möglichkeit, innerhalb eines Monats (im Ausland 3 Monate) nach Bekanntgabe beim zuständigen Sozialgericht schriftlich Klage zu erheben.

Herr Böhm schloss seinen Vortrag mit der Forderung einer qualifizierten Ausbildung nach dem Sozialgesetzbuch für Juristen und erhielt viel Beifall.

Nach einer kurzen Pause fand dann die Jahreshauptversammlung der Mitglieder statt. Parallel dazu gab es für Angehörige wieder den run-

(Fortsetzung auf Seite 24)

(Fortsetzung von Seite 23)

den Tisch zum Erfahrungsaustausch. Es wurden einige Aufgaben verteilt. Eine neue Website mit anderem Design und einem Forum ist in Arbeit. Die Stützpunkte sollen ausgeweitet werden. Mehr Öffentlichkeitsarbeit ist geplant. Die Stützpunktleiter sollen geschult werden. Die Medizintechnik soll zusammengefasst werden. Nach der Entlastung des Vorstandes und der Neuwahl eines Schatzmeisters (Frau Elke Angerer) und eines Beisitzers (Dr. Brückner) ging der Kongress zu Ende.

Weißwurstfrühstück mit geselligem Beisammensein

Nach den Anstrengungen des vergangenen Tages fand dann am Sonntagvormittag noch ein gemütliches Zusammensein statt. Frau Dr. Krause-Michel führte eine Powerpointpräsentation vor, die das Thema Impressionen und Visionen hatte. Als die LOT gegründet wurde hatte sie 25 Mitglieder. **Der 1. Sauerstoffpatientenkongress fand 1997** statt und stand unter dem Motto „SAUERSTOFF KETTET NICHT AN - mit Sauerstoff leben“. In diesem Jahr hat z.B. Herr Prof. Nolte den Sauerstoffkonzentrator mitentwickelt. Bad Reichenhall entwickelt sich zur Wiege der Sauerstofftherapie. Es gab ein sehr deutliches Nord-Süd Gefälle.

Beim 2. Kongress 1998 standen die Mobilität mit Sauerstoff und die Integration in der Öffentlichkeit im Mittelpunkt. Der Transtrachealer Scoop-Katheter (Sauerstoffzufuhr durch einen in die Luftröhre eingesetzten Schlauch) wurde häufig eingesetzt. Auch der Intratracheale Katheter nach Johnson (Sauerstoffzufuhr durch einen Schlauch, der unterhalb der Brust eingesetzt wurde) wurde verwendet. Diese Katheter ermöglichten den Sauerstoffpatienten eine

nicht sichtbare Sauerstoffversorgung. Da es aber viele Komplikationen und Entzündungen gab, ging man bald wieder davon ab.

Der 3. Patientenkongress 1999 stand unter dem Motto „FREIHEIT OHNE GRENZEN“. Es wurden erstmals externe Sparautomaten getestet, die die Reichweite der mobilen Geräte wesentlich erhöhte. Es war die Zeit des Reisens. Es wurden gemeinsame Ausflüge gemacht und die Mitglieder besuchten sich gegenseitig.

Beim 4. Kongress 2000 wurde die erste Sauerstoffbrille vorgestellt, die von dem Optiker Kickingger und Herrn Dirmeier entwickelt wurde. Herr Dirmeier brachte seine Tipps und Tricks heraus. Es wurde ein Rucksack entwickelt und die ersten kleineren tragbaren Geräte kamen auf den Markt. Das Atemcenter in Bad Reichenhall wurde gegründet. Eine Patientenbefragung ergab, dass 66% der Sauerstoffpatienten Flüssigsauerstoff nutzten.

2001 stand der transplantierte Patient im Mittelpunkt des 5. Kongresses.

Beim 6. Patientenkongress ging es um die Lebensqualität. Herr Dirmeier definierte Lebensqualität so: Es gehört zu den elementaren Grundbedürfnissen des Menschen, die Wohnung zu verlassen. Es stellte sich heraus, dass der Zugewinn an Lebensqualität umso größer ist, je schlechter der Gesundheitszustand vor der Sauerstofftherapie ist.

Beim 7. Sauerstoffkongress 2003 ging es um den Gebrauch und die Wirkung der einzelnen Handyhalter, Dosieraerosole und Pulverinhalatoren.

2004 trat der bisherige 1. Vorsitzende Herr Dirmeier zurück. Für seine Bemühungen wurde er mit dem Stadtsiegel in Bronze geehrt. Sein Motto lautete „Ich bin gesund - mir fehlt nur Luft.“

Frau Dr. Krause - Michel wandelte das Motto in „ich bin krank - ich

brauche Luft“ um.

Beim 9. Kongress ging es um Neuigkeiten in der Behandlung und der Medizintechnik. Außerdem wurde ein komplett neuer Vorstand gewählt.

Der 10 Kongress 2006 handelte hauptsächlich von den verschiedenen Arten der Fibrose.

Als Vision für die Zukunft wird die totale Integration durch Hightech gewünscht. Es sollte einheitliche DIN Normen geben. Sauerstoff sollte überall nachzutanken sein. 24 Stunden mobil mit kleinen, leichten Geräten.

Nach dieser gelungenen Präsentation gab es die traditionellen Weißwürste und mit einigen Gesprächen klang dann dieser Kongress aus.

Brigitte Sakuth



Neue Selbsthilfegruppe der DEG

Erster Gesprächskreis der Emphysem-Selbsthilfegruppe Mönchengladbach am 30. Oktober 2006 von 19:00 bis 20:30 in den Räumen des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes

Bericht von Albert Handelmann

Gegen 19:00 eröffnete Georg Meurer vom PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband Mönchengladbach das erste Treffen der Emphysem-Selbsthilfegruppe Mönchengladbach. Aufgrund einer Bekanntmachung in der örtlichen Ausgabe der Rheinischen Post und auf Einladung von Karin Oehlers (Leiterin der örtlichen Emphysem-

(Fortsetzung auf Seite 25)

(Fortsetzung von Seite 24)



Georg Meurer (o) und Albert Handelmann (u) moderierten den ersten Erfahrungsaustausch der Emphysem-Selbsthilfegruppe

Selbsthilfegruppe) erschienen insgesamt 11 Teilnehmer, davon 7 Betroffene mit dem Lungenemphysem. Zunächst erläuterte Georg Meurer die Aufgaben des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes und die damit verbundene Hilfestellung für örtliche Selbsthilfegruppen. Derzeit sind es über 160 Selbsthilfegruppen in Mönchengladbach, die vom PARITÄTISCHEN unterstützt werden. Es folgte eine Vorstellungsrunde, in der jeder auch sein Anliegen mitteilen konnte. Albert Handelmann (Mitglied im Beirat der Deutschen Emphysemgruppe e.V.) überbrachte die Grüße vom Vorstand und sagte



Bildergalerie vom ersten Erfahrungsaustausch

Karin Oehlers (l) aus Mönchengladbach leitet die örtliche Emphysem-Selbsthilfegruppe. Ihre Vertreterin und Tochter Jennifer ist in der Mitte zu sehen

ebenfalls die volle Unterstützung für die örtliche Emphysem-Selbsthilfegruppe zu. Karin Oehlers aus Mönchengladbach erläuterte kurz ihre Aufgabe in der örtlichen Selbsthilfegruppe. Bei Abwesenheit wird sie derzeit von ihrer Tochter Jennifer vertreten. Der Erfahrungsaustausch der einzelnen Betroffenen erfolgte fast nahtlos. Dabei wurden auch die Hindernisse in der Öffentlichkeit deutlich, vor allen Dingen dann, wenn man durch Raucher eingeräuchert wird. Auch einige Tricks zum bes-

seren Luftholen in kritischen Situationen kamen zur Sprache. Das gesamte Treffen wurde von allen Teilnehmern als gelungen und positiv bewertet, so dass gleich ein neuer Termin für das nächste Treffen am gleichen Ort vereinbart wurde. Grundsätzlich ist daran gedacht, sich einmal im Monat am letzten Montag des jeweiligen Monats zu treffen.

Nächster Termin: 27. November 2006 18:00, Ort: Paritätisches Zentrum, Friedhofstr. 39

Patientenveranstaltung 4. November in Mainz 2006

Eine kurze Zusammenfassung, der etwas ausführlichere Bericht zum Thema Angst folgt. (H. Schwick)
Am 4. November fand in Mainz die 3. und letzte Patientenveranstaltung der Deutschen Emphysemgruppe e.V. für das Jahr 2006 statt. Trotz der späten Jahreszeit war der Raum bis auf den letzten Platz besetzt, was nicht zuletzt an den interessanten Themen lag, die jeden Atemwegserkrankten Tag für Tag beschäftigen.



Frau Schwick begrüßt die Teilnehmer

Anwesend von Bayer Vital GmbH waren Herr Haas und Herr Schäfer. Herr Schäfer stellte die neue Firma Talecris Biotherapeutics GmbH vor, die zum 1. Dezember 06 den Vertrieb der Plasmaprotein-Präparate Alpha-1-Antitrypsin von Bayer Vital übernimmt. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Extraseiten in dieser Ausgabe der Atemwege.



Herr Schäfer stellt das Unternehmen Talecris vor

„Was tun bei akuter Luftnot? Was Sauerstoff in unserem Körper bewirkt“

Mit seinem eindrucksvollen Vortrag brachte Dr. med. Biedermann unseren Mitgliedern, einigen Angehörigen und Gästen das Thema auf gut verständliche Weise nahe. Nach einer Abklärung des Begriffes Dyspnoe, was soviel heißt wie schmerzhaftes (schweres) Atmen und die subjektiv empfundene Atemnot des Patienten beschreibt, wurden die verschiedenen Formen der Atemnot nach Ursachen, Krankheit und den subjektiven Symptomen, unter denen der Patient leidet, beschrieben.

Ursachen können sein: Verstopfte verengte Blutgefäße, das Blut gelangt nicht mehr zu den Körperzellen, mechanische Ursachen, z.B. Fremdkörper in Nase oder Luftröhre, was häufig bei kleinen Kindern vorkommt. Alle Lungenerkrankungen können ursächlich an der Atemnot beteiligt sein, einschließlich Tumore. Auch das Herz ist häufig die Ursache für eine Sauerstoffmangelversorgung. In jedem Fall ist für die Behandlung eine genaue Abklärung der auslösenden Ursache oberstes Gebot.

Dr. Biedermann erklärte die genauen Vorgänge im chemischen Gleichgewicht zwischen aggressiven eiweißauflösenden Enzymen und eiweißschützenden Enzymen. Das Emphysem entsteht durch gestörtes Gleichgewicht, die aggressiven Enzyme überwiegen und zerstören das Lungengewebe. Dieser Prozeß wird gefördert durch Infekte, Pneumonien, chronische Bronchitiden, da es zu einer Zunahme der aggressiven Substanzen kommt. Die eiweißschützenden Enzyme werden insbesondere von Zigarettenrauch zerstört, was eine fortschreitende Veränderung der Alveolen und damit die chronische Überblähung zur Folge hat. Damit kommt es zur Unterversorgung der Orga-

ne und Zellen mit Sauerstoff, die Körperzellen können ihre Funktion nicht mehr erfüllen.

Der Sauerstoffmangel im arteriellen Blut oder im Gewebe (Hypoxie) äußert sich in grauer oder bläulich-rosiger Gesichtsfarbe, in Bewusstseinsstörungen bis hin zu Ohnmacht, Atemnot und Muskelschwäche.



Dr. Biedermann

Symptome schwersten Sauerstoffmangels sind Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Mattigkeit, zunehmende Bewusstseinsstörungen, Verwirrtheit, Koma und Tod.

Bei der Therapie steht die Beseitigung des Sauerstoffmangels im Vordergrund, wenn die Sauerstoffsättigung weniger als 90% beträgt. Dabei ist in jedem Fall der Anstieg des Kohlendioxids - das den Atemantrieb steuert - zu kontrollieren, um eine sogenannte Kohlendioxidnarkose zu vermeiden.

Der Patient in schwerer Atemnot ist hochgradig erregt, was eine schnelle Beruhigung des Betroffenen erfordert. Gute Erfahrungen wurden mit Morphinpräparaten gemacht, die sedierend, schmerzlindernd und wenig atemdepressiv wirken.

Die Lagerung des Patienten richtet sich nach der Ursache der Atemnot und entspricht dem meist instinktiven Wunsch des Patienten, eine bestimmte Körperstellung einzunehmen.

Dr. Biedermann ging intensiv auf die medikamentöse Therapie ein, die sich nach den verschiedenen Krankheitsursachen und ihren

(Fortsetzung auf Seite 27)

(Fortsetzung von Seite 26)
Symptomen richtet.

Umfassend stellte er die Problematik des Alpha-1-Antitrypsinmangels dar, eine Entdeckung von Erksson und Laurell 1963 in Malmö. Der ererbte Gendefekt betrifft einen von 2500-5000 Menschen in Europa und Nordamerika, also ist ebenso häufig wie der juvenile Diabetes mellitus Typ1 aber bei weitem weniger bekannt. Hier liegt die Therapie in Prävention und Substitution. Auf dieses Thema wird in einem weiteren Bericht ausführlicher eingegangen. Anschließend beantwortete Dr. Biedermann ausführlich die vielen Fragen der Patienten.

Einige Antworten: „Für COPD-Erkrankte sind Kliniken in großen Höhenlagen nicht geeignet“. Was das Fliegen betrifft, treten keine Probleme auf, sofern die Patienten mit Sauerstoff versorgt sind. Eine Ausnahme bilden Patienten, die neben der COPD noch unter Lungenhochdruck und/oder einer Rechtsherzvergrößerung (cor pulmonale) leiden. Sie sollten auf keinen Fall Flugreisen unternehmen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die akute Luftnot eine subjektiv unangenehm erschwerte Atmung beschreibt, die verschiedene Ursachen haben kann. In den meisten Fällen ist die Gabe von Sauerstoff hilfreich und notwendig, da die Gefahr der Unterversorgung lebenswichtiger Organe gegeben ist und bleibende Schäden verursachen kann.

Umgang mit Angst bei chronischer Luftnot:

Der Vortrag von Dr. Andreas Werner (Leiter der Koordinationsstelle Integrierte psychosoziale Versorgung Tumorzentrum Rheinland-Pfalz e.V.) schloss sich thematisch nahtlos an die Ausführungen von Dr. Biedermann an. Obwohl jeder



Einzelne weiß, was Angst bedeutet und ihre Auswirkungen kennt, ist es kein Thema, das offen diskutiert wird.

Dr. Werner definierte den Begriff der Angst, die zum Leben gehört und ein wichtiges Gefahrensignal darstellt. Ohne Angst ist keine persönliche Entwicklung möglich, andererseits ist der Mensch in der Lage, vor fast allen Dingen und Situationen Angst zu entwickeln. Zu unterscheiden sind psychische und körperliche Reaktionen. Dabei muß der Arzt beides beachten, eine genaue Diagnose ermitteln und einen vielfältigen Therapieplan zur Unterstützung des Patienten entwickeln, der sich an seinen Symptomen orientiert. Dabei kommen Medikamente sowie Psychotherapie zum Einsatz.



Dr. Werner im Gespräch mit Frau Speckbrock

Heide Schwick, Fotos Kurt Samsel

ARZTBESUCH:

Wie bereite ich mich als Patient vor:

Was Sie vor Ihrem Besuch bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin beachten sollten:

Als Patientin oder Patient haben Sie einen Anspruch drauf, sorgfältig und ausreichend mit Informationen versorgt zu werden.

Gerade bei schweren Erkrankungen, wenn bestimmte Diagnoseverfahren sowie aufwendige Behandlungen durchgeführt werden sollen, ist eine intensive Beratung wichtig.

Für die gute Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient, die für eine erfolgreiche medizinische Behandlung wichtig ist, ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit Voraussetzung.

Es ist für den Patienten deprimierend und sehr verunsichernd,
(Fortsetzung auf Seite 28)

(Fortsetzung von Seite 27)

wenn er – mit einer Flut für ihn nicht verständlicher Informationen überfordert – die Arztpraxis verlässt. In vielen Fällen steht er mit einer Menge unbeantworteter Fragen alleine da.

Um diesem Dilemma vorzubeugen, sollte sich jeder bereits vor dem Arztbesuch einige grundlegende Gedanken machen, sich eine Liste mit den wichtigsten Fragen an den behandelnden Arzt anfertigen und die einzelnen Punkte nach zufrieden stellender Beantwortung abhaken.

Bereiten Sie sich vor dem Besuch mit einigen Überlegungen vor:

1. Beschreiben Sie ihre Krankheitssymptome so kurz und genau, wie es Ihnen möglich ist.
2. Denken Sie über eventuelle Ursachen für Ihre Beschwerden nach.
3. Nehmen Sie Unterlagen mit, die es dem Arzt erleichtern, Ihre Krankengeschichte zu verstehen. Dazu gehören Arztberichte, Röntgenbilder, Patientenpass, Impfunterlagen und die Versicherungskarte.
4. Wenn Sie klare Erwartungen haben, tragen Sie diese dem Arzt vor, z.B. Rezepterneuerungen, bestimmte Behandlungen, Informationsmaterial zu neuen Verfahren, Medikamenten, Heilverfahren, Krankengymnastik, medizinischen Hilfsmitteln und anderes.

Das Gespräch mit dem Arzt:

1. Verstehen Sie, was der Arzt Ihnen sagt? Lassen Sie sich die Fachausdrücke erklären.
2. Fragen Sie nach Zusammenhängen, die Sie nicht gleich verstehen.
3. Fragen Sie nach dem Ziel der Behandlung, nach der Wirkungsweise der Medikamente, nach eventuellen Nebenwirkungen, nach Einnahmedauer, Risiken und evtl. Auswirkungen auf Ihr Alltagsleben.
4. Zeigen Sie dem Arzt eine Liste aller Medikamente, die Sie einnehmen, auch der nichtverschreibungspflichtigen und pflanzlichen Mittel und fragen Sie nach Wechselwirkungen.
5. Fragen Sie nach anderen Untersuchungs- und/oder Behandlungsverfahren, nach dem Erfolg der vorgeschlagenen Behandlung, Operation oder sonstigen Maßnahme, nach Risiken und evtl. Spätfolgen.
6. Ist Ihnen der Grund für die vorgeschlagenen Maßnahmen vollkommen klar? Gibt es eine Alternative? Ist ein sofortiger Eingriff wirklich notwendig?
7. Fragen Sie nach Informationsmaterial

Wieder zu Hause:

1. Fühlten Sie sich verstanden mit Ihren Sorgen und Ängsten, sind zufrieden mit dem Arztgespräch?
2. Was müssen Sie als nächsten Schritt planen?
3. Haben Sie ausreichende Informationen, um noch mal in Ruhe alles anzuschauen, evtl. nachzufragen? Wenden Sie sich an Selbsthilfeorganisationen, schauen Sie im Internet, fragen Sie in Ihrer Krankenkasse nach.
4. Wenn Sie unzufrieden mit dem Erfolg des Gesprächs sind, wenn Sie sich nicht ernst genommen fühlen oder ein längeres Erstgespräch in der Praxis nicht möglich war, fragen Sie nach einem baldigen 2. Termin oder suchen einen anderen Arzt auf. Erkundigen Sie sich vorher, ob Ihre Krankenversicherung für eine Zweitmeinung die Kosten übernimmt.
Heide Schwick

So finden Sie die Deutsche Emphysemgruppe e.V. im Internet:

<http://www.emphysem.de>

<http://forum.lungenemphysem.de>

EINLADUNG

zur

Jahreshauptversammlung der „Deutschen Emphysemgruppe e.V.“

Am 24.03.07 um 12.00 Uhr im Hotel zum Starenkasten in 38122 Braunschweig,
Thiedestr. 25-31, Tel.: 0531 - 289240

Tagesordnung:

Top 1	Begrüßung , Feststellung der Beschlussfähigkeit
Top 2	Verlesung und Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung vom 22. März 2006
Top 3	Bericht des Vorstandes, Vorlage des Kassenberichtes
Top 4	Aussprache
Top 5	Bericht der Kassenprüfer
Top 6	Entlastung des Vorstandes
Top 7	Neuwahl des Vorstandes
Top 8	Neuwahl der Kassenprüfer
Top 9	Verschiedenes
Top 10	Schlusswort

Es werden Anträge behandelt, die dem Vorstand bis zum 24.2.2004 in schriftlicher Form vorliegen.

Evtl. können wir im Anschluss einen kleinen Vortrag anbieten.

Nach Beendigung des offiziellen Teils besteht Gelegenheit für geselliges Beisammensein und persönliche Gespräche.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und freuen uns auf rege Beteiligung.

Mit freundlichen Grüßen



(Heide Schwick, Vorsitzende)

In stillem Gedenken nehmen wir Abschied von unseren im Jahre 2006 verstorbenen Mitgliedern

Bedenke, über alles Leid,
das die Tage bringen,
zieht mit raschen Schwingen
tröstend hin die Zeit.

Gerhard Müller
Horst Zeidler
Joachim Koch
Hildegard Schwarz
Rudolf Peisker
Elvira Huchler
Carola Oppelland
Waltraud Leitner
Manfred Sieger
Gudrun Rieppel



Unser Mitgefühl gehört den Angehörigen und Freunden der Verstorbenen

Terminplanung 2007

Änderungen vorbehalten

14. - 17. März 2007

48. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. in Mannheim

24. März 2007

Jahreshauptversammlung der Deutschen Emphysemgruppe e.V. in Braunschweig, Starenkasten

Evtl. 5. Mai 2007

Alpha 1-Patienteninformationstreffen der Deutschen Emphysemgruppe e.V. in der Ruhrländklinik in Essen

7. - 8. Sept. 2007

Selbsthilfegruppenleitertreffen in Wesel

Gerd Reimers

Nach langer schwerer Krankheit verstarb am 20. August 2006 der langjährige stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Emphysemgruppe e.V.

Viele Jahre lang war er aktives Mitglied im Vorstand und leitete daneben die von ihm ins Leben gerufene Selbsthilfegruppe in Delmenhorst. Kein Freund großer Worte, hat er eher im Verborgenen gewirkt, dort aber sehr effektiv. Aus unerschöpflicher Quelle hat er immer neue Ideen und Strategien entwickelt, um unsere Mitglieder, die alten und neu Hinzugekommenen, mit Informationen zu versorgen, Kontakte zu knüpfen und Verbindungen herzustellen. Noch kurz vor seinem Tod hat er den Notfallausweis der DEG entwickelt, den er immer wieder etwas veränderte, bis er endlich seinen Ansprüchen genügte. Wenn er gebraucht wurde, war er da in seiner ruhigen und gelassenen Art.

Gemeinsam mit den Angehörigen von Gerd Reimers trauert der Vorstand um ein verdientes Vereinsmitglied. Die Deutsche Emphysemgruppe hat mit ihm eines ihrer aktivsten Mitglieder verloren. Sein Engagement und sein Optimismus werden uns fehlen.

Für den Vorstand der Deutschen Emphysemgruppe
Heide Schwick (Vors.)



Es war einmal vor langer Zeit, kurz vor Weihnachten, als der Weihnachtsmann sich auf den Weg zu seiner alljährlichen Reise machen wollte, aber nur auf Probleme stieß. Vier seiner Elfen feierten krank, und die Aushilfs-Elfen kamen mit der Spielzeug-Produktion nicht nach. Der Weihnachtsmann begann schon den Druck zu spüren, den er haben würde, wenn er aus dem Zeitplan geraten sollte. Dann erzählte ihm seine Frau, dass Ihre Mutter sich zu einem Besuch angekündigt hatte. Die Schwiegermutter hatte dem armen Weihnachtsmann gerade noch gefehlt. als er nach draußen ging um die Rentiere aufzuzäumen bemerkte er, dass 3 von ihnen hochschwanger waren und sich zwei weitere aus dem Staub gemacht hatten, der Himmel weiß wohin. Die Katastrophe nahm seinen Lauf.

Dann begann er den Schlitten zu beladen, doch eines der Bretter brach und der Spielzeugsack fiel so zu Boden, dass das meiste Spielzeug zerkratzt wurde - S h i t ! Frustriert ging der Weihnachtsmann ins Haus, um sich eine Tasse mit heißem Tee und einem Schuss Rum zu machen. Jedoch musste er feststellen, dass die Elfen den ganzen Schnaps gesoffen hatten. In seiner Wut glitt ihm auch noch die Tasse aus den Händen und zersprang in tausend kleine Stücke, die sich über den ganzen Küchenboden verteilten. Jetzt gab's natürlich Ärger mit seiner Frau. Als er dann auch noch feststellen musste, dass Mäuse seinen Weihnachtsstollen angeknabbert hatten, wollte er vor Wut fast platzen.

Da klingelte es an der Tür. Er öffnete und da stand ein kleiner Engel mit einem riesigen Christbaum. Der Engel sagte sehr zurückhaltend: "Frohe Weihnachten Weihnachtsmann! Ist es nicht ein schöner Tag. Ich habe da einen schönen Tannenbaum für dich. Wo soll ich den denn hinstecken?" Und so hat die Tradition mit dem kleinen Engel auf der Christbaumspitze begonnen...

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Emphysemgruppe e.V.
Steinbrecherstraße 9
38106 Braunschweig
Tel. 0531/2349045

1.Vorsitzende

Dipl.Psych. Heide Schwick
Email: DEG@emphysem.de

Internet:

<http://www.emphysem.de>

Redaktion und Layout Claus-Günther Niemietz

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Die mit Namen gekennzeichneten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder

Deutsche Emphysemgruppe e. V.
Heide Schwick
Steinbrecherstr. 9

38106 Braunschweig

Aufnahmeantrag

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Telefon(_____) _____

Beruf _____ Fax / E-Post _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft zur DEUTSCHEN EMPHYSEMGRUPPE E. V.

als Normalmitglied (Mindestbeitrag: 20,00EUR pro Jahr)

als Fördermitglied (ohne Stimmrecht, Mindestbeitrag: 50,00 EUR pro Jahr)

Ich will mehr als den Mindestbeitrag entrichten, nämlich _____EUR pro Jahr, aber als Normalmitglied.

Mit der Weitergabe meiner postalischen Daten zwecks Kontaktaufnahme der Mitglieder untereinander bin ich einverstanden.

Ich beantrage Beitragsbefreiung - Grund: _____

Der Betrag kann im Lastschriftverfahren von meinem Konto bei der

Kontonummer: _____ Bankleitzahl : _____ abgebucht werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

= ankreuzen, wenn zutreffend)

Konto der Deutschen Emphysemgruppe e.V.

Sparkasse Rotenburg - Bremervörde, BLZ 241 512 35, Konto-Nr. 27 30 80 30