

# atem wege

Ausgabe Mai 2007



Die Zeitschrift der Deutschen Emphysemgruppe e.V.

## 48. Pneumologenkongress in Mannheim



Foto: Arno Peil

Am 14. bis 17.3.2007 fand der 48. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin in Mannheim statt.

Drei Vertreter der Deutschen Emphysemgruppe e.V., Frau Schwick, Herr Samsel und Herr Domagala, haben sich für Sie, liebe Mitglieder dort umgeschaut, umgehört und ein paar interessante Neuigkeiten mitgebracht. Einige wichtige The-

men haben wir kurz zusammengefasst, und im Inneren des Heftes etwas ausführlicher dargestellt.

Forschung und Wissenschaft arbeiten intensiv an immer weitergehenden Konzepten und Entwicklungen, die den Patienten Hilfen und Erleichterung bei den verschiedenen Lungenerkrankungen bringen werden.

Der Kongresspräsident Prof. Dr. Gerhard Sybrecht

betonte, dass in der Todesursachenstatistik die pneumologischen Erkrankungen in Europa inzwischen an 2. Stelle stehen und einen entsprechend hohen Kostenfaktor verursachen.

Ein Problem besteht darin, dass die Erkrankung COPD nach wie vor zu spät erkannt und daher viel zu spät behandelt wird, was hohe Folgekosten bedingt.

Noch ist die Pneumologie ein wenig

Stiefkind der Medizin, nur an 10 von 36 medizinischen Fakultäten sind entsprechende Abteilungen zu finden.

Allerdings ist zu betonen, dass sich im Bereich Grundlagen- und klinischer Forschung im letzten Jahr vieles geändert hat. So wird beispielsweise in vielen Fällen bei Bronchialcarzinom neben genauerer Diagnostik auch eine bessere Prognosestellung (Zukunftsaussichten) und Therapieentscheidung möglich sein.

Die Therapie der pulmonalen Hypertonie hat durch Grundlagenforschung in Deutschland zu revolutionären Erkenntnissen geführt. Eine Studie hat den Wert des körperlichen Trainings auch bei dieser Erkrankung aufgezeigt. Mehr und mehr verlieren alte Leitsätze, die bisher Körperchonung vorschrieben, ihre Bedeutung. Mit einer Kombination verschiedener Therapien hofft man, diese komplizierte Erkrankung in Zukunft besser behandeln zu können.

Ein weiteres wichtiges Thema war Übergewicht: in Deutschland betrifft das etwa die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung, jedes 3. Kind und jeder 3. Jugendliche sind betroffen. Ein zunehmend gesundheitliches Problem ergibt sich besonders bei der abdominalen Adipositas, der Zunahme des Bauchfettes mit großen Risiken für Herz und



Stoffwechsel. In der Pneumologie kommt es zu einschränkenden Atemstörungen und Beeinträchtigungen des Gasaustausches

Asthmapatienten wurde ein neues Kombinationsmedikament für Notfälle vorgestellt, das die Therapie vereinfacht und somit dem Patienten zu besserer Kontrolle im Umgang mit der Krankheit verhilft.

Neben der Darstellung von Fortschritten in Forschung, Diagnosestellung und medikamentöser Therapie liegt die Betonung bei der obstruktiven Ventilationsstörung in großem

Umfang auf dem Gebiet der Rehabilitation.

Besonders deutlich wird bei der COPD, was Ausdauertraining und Patientenschulung, sowie Selbsthilfe bewirken können.

In diesem Kontext wurden auch die Möglichkeiten primärer und sekundärer Rauchprävention diskutiert, weiterhin die Folgen von Fein- und Ultrafeinstaub durch die bedrohliche Luftverschmutzung.

*H.Schwick*



## Inhalation von $\alpha$ 1-Antitrypsin Neue Möglichkeit der kontrollierten Inhalation von $\alpha$ 1-Antitrypsin

Menschen mit hereditärem  $\alpha$ 1-Proteaseinhibitor-Mangel leiden an einem gestörten Proteasen-Antiproteasen Gleichgewicht in der Peripherie der Lunge, das dazu führen kann, dass diese Personen, insbesondere wenn sie rauchen, bereits in jungem Alter ein Lungenemphysem entwickeln. Für eine bessere Prognose, aber auch zur Verlangsamung des Fortschreitens einer bereits vorhandenen Erkrankung ist unbedingt zu allererst das Rauchen aufzugeben. Zusätzlich sollte der fehlende  $\alpha$ 1-Proteaseinhibitor durch intravenöse Infusionen ersetzt werden (Substitutions-therapie). Da auf diesem Weg nur ein geringer Prozentsatz des raren und teuren Medikamentes in den peripheren Lungenabschnitten ankommt, wird seit einiger Zeit eine andere Form der Darreichung in mehreren groß angelegten Studien erprobt: Die Inhalation von  $\alpha$ 1-Proteaseinhibitor.

Ziel ist, die Effektivität der Inhalation durch ein entsprechendes Gerät dahingehend zu verbessern, dass es gegenüber der bisherigen intravenösen  $\alpha$ 1-

Proteaseinhibitor-Therapie bei Patienten mit  $\alpha$ 1-Proteaseinhibitor-Mangel eine gute und sinnvolle Alternative darstellt. Bisherige Inhalationsgeräte erfüllen diesen Anspruch noch nicht.

Ausschlaggebend dabei sind die:

- Teilchengröße sowie die Verteilung des Medikamentes.
- Das Atemzugvolumen und der Atemfluss des Patienten.

In einer Pilotstudie wurde gezeigt, dass die hohe Unterschiedlichkeit hinsichtlich des in die Lunge gelangenden Medikamentes auf nicht einheitliche Atemmanöver während der Inhalation zurückgeführt werden kann. Kontrolliert man das Atemmanöver, so können die Unterschiede verringert werden.

Dann wurde untersucht, mit welcher Teilchengröße und welchem Atemmuster die größte Wirksamkeit zu erreichen ist bei Patienten mit Lungenemphysem. Es zeigte sich, dass 3 - 4  $\mu$ m große Aerosolteilchen und eine langsame Inhalationsgeschwindigkeit am ehesten die äußere Lungenperiphe-

### In dieser Ausgabe:

48. Pneumologenkongress  
in Mannheim  
Seite 1

Inhalation von  
 $\alpha$ 1-Antitrypsin  
Seite 3

Aktualisierung der  
COPD-Leitlinie  
Seite 4

Pneumologische  
Rehabilitation  
Seite 6

Prolastinsubstitution nach  
Transplantationen  
Seite 8

Medizinisches Wörterbuch  
der Pneumologie  
Seite 9

Schwerbehindertengesetz  
Seite 13

Erneute Reha in Schönau  
Seite 15

Der Spirit 300 im Einsatz  
gegen Verkehrssünder  
Seite 17

Patientenverfügung  
Seite 17

Gesundheitsreform  
Seite 19

Die Jahreshauptver-  
sammlung 2006 der  
DEG in Braunschweig  
Seite 20



rie erreichen, je größer die inhalede Menge ist. Kleinere Aerosolteilchen werden wieder ausgeatmet, größere werden schon in Mund, Rachen und Bronchien aus der Einatemluft herausgefiltert.

Bisherige Vernebler sind nicht geeignet, da bis zu 50% des Inhalates im Inhalationssystem zurückbleiben. Nach der Entwicklung eines speziellen Inhalationsgerätes zur Durchführung kontrollierter Inhalationen in der Praxis konnte abschließend gezeigt werden, dass es mit diesem Gerät unter Verwendung eines individuell an die Lungenfunktion des Patienten angepassten

Atemmanövers möglich ist, fast 60 % (bzw. 80%) des Medikamentes in der Lungenperipherie des Patienten zu bringen.

Es ist daher sinnvoll, die Inhalation von  $\alpha$ 1-Proteaseinhibitor in Erwägung zu ziehen und zu erproben.

### Vorteile:

Die Inhalation hat den Vorteil gegenüber bisher gängigen Methoden der Medikamentenaufnahme, dass:

- der Wirkstoff über die Lunge sehr schnell ins Blut gelangt,
- die Behandlungszeiten reduziert werden könnten,

- das Medikament nicht den Umweg über die Leber nehmen muss,
- für die Patienten eine Inhalation einfacher durchzuführen ist, als eine intravenöse Injektion,
- sich in der ärztlichen Praxis eine weitere Möglichkeit eröffnet, Medikamente, zu verabreichen, deren Dosierung aufgrund hoher Nebenwirkungen kritisch ist.

*H. Schwick*

## Aktualisierung der COPD-Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga

MANNHEIM – Inzwischen ist bekannt, dass es sich bei der COPD um eine nicht nur die Lunge betreffende Erkrankung handelt, es findet eine Entzündungsreaktion statt, die den Gesamtorganismus beeinflusst. Betroffenen sind vor allem das Herz, die Muskulatur, die Knochen, Gewichtsprobleme, und es gibt psychische Beeinträchtigungen (Depressionen). All dies muss in die Therapie mit einbezogen werden.

Die Definition der COPD wird um folgende zwei Punkte erweitert:

- Es liegt eine abnor-

me Entzündungsreaktion vor.

- Es finden sich systemische Veränderungen.

Nach Aussage von Prof. Vogelmeier wird es eine Änderung in der Einteilung der Schweregrade geben, so entfällt das Stadium 0 der chronischen Bronchitis mit Husten und Auswurf als Beginn der COPD, da sich diese aufgrund der genannten Symptome nicht zwangsläufig entwickelt. Auch wenn die Forschungsergebnisse feststellen, dass es keinen kontinuierlichen Verlauf in der Krankheitsentwicklung

gibt –von leichteren Symptomen hin zum Endstadium –, bedeutet das auch, dass man sich nicht darauf verlassen kann, dass die COPD immer mit leichten Symptomen beginnt.“ (Prof. Vogelmeier)

Den drei weiteren Stadien wurde die Lungenfunktion zugrunde gelegt, wobei eine Art Grenzlinie bei einer Sekundenkapazität (FEV1) von 50 % des Sollwertes das leichtere und mittelschwere vom schweren Erkrankungsstadium trennt. Prognostisch und therapeutisch ist dies von großer Bedeutung. So ergab

regrade der COPD	
Schweregrad	Charakteristika
0	normale Spirometrie chronische Symptome (Husten, Auswurf)
I (leicht)	FEV <sup>*1</sup> / FVC <sup>**</sup> < 70 % FEV1 ≥ 80 % vom Soll mit/ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf)
II (mittel)	FEV1/FVC < 70 % 50 > FEV1 < 80 % vom Soll mit/ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf)
III (schwer)	FEV1/FVC < 70 % 30 % > FEV1 < 50 % vom Soll mit/ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf)
IV (sehr schwer)	FEV1/FVC < 70 % FEV1 < 30 % vom Soll oder respiratorische Insuffizienz/ Zeichen der Rechtsherzinsuffizienz
*FEV1 = Ein-Sekunden-Kapazität; **FVC = forcierte Vitalkapazität	

Quelle: Ärztliche Praxis

eine Untersuchung, dass nur diejenigen Patienten von der Behandlung mit einem inhalativem Steroid (Cortison) profitierten, deren FEV1 unter 50 % vom Soll lag. "Offenbar muss ein bestimmter Schweregrad erreicht sein, damit bestimmte Medikamente wirken", so Prof. Vogelmeier.

Deutlich effektiv in der Bewertung wurden nach den neuen Leitlinien die lang wirksamen Bronchodilatoren - Beta-2-Mimetika und Anticholinergika - eingeschätzt. Sie sind bei mittlerem Schweregrad der Er-

krankung bequemer anzuwenden als die kurz wirksamen, außerdem wirksamer, wenn sie regelmäßig und vorschriftsmäßig benutzt werden.

Inhalatives Cortison kommt bei Patienten mit der Krankheitsstufe 3, die unter häufig wiederkehrenden, mit Kortison und Antibiotika zu behandelnden Infekten leiden, dazu. Dies ist wichtig zur Verringerung immer neuer Infekte, außerdem wird das Risiko des beschleunigten Lungenfunktionsverlustes, der bei häufigen Exazerbationen

kaum zu verhindern ist, verringert.

Der Einsatz von Antibiotika bei häufig auftretenden Krankheitsschüben (Exazerbation) wird wesentlich genauer beschrieben als in der vorangegangenen Fassung.

Herausragend in der neuen COPD-Leitlinie wird das körperliche Training behandelt, das laut Prof. Worth bestens bewertet ist. Ab Schweregrad 2 (mittelgradige COPD) wird es neben der medikamentösen Therapie empfohlen in der Langzeittherapie der COPD.

Viele COPD-Patienten leiden neben ausgeprägter Muskelschwäche auch unter Osteoporose. Grund sind mangelnde Bewegung wegen der Atemnot und vermutlich systemische Entzündungsprozesse, die im Rahmen der COPD auftreten.

Auch die Osteoporose des COPD-Kranken hat mehrere Ursachen, bei denen Immobilität (Bewegungsmangel), Steroidtherapie (Behandlung mit Cortison) und krankheitsimmanente Prozesse wie die Aktivierung der Osteoklasten (Zellen die ein ungezügelt Knochennwachstum verhindern) eine Rolle spielen. Schon bevor

die COPD richtig ausbricht, kann der Knochen massiv verändert sein, sagte Prof. Vogelmeier.

„Um die Abwärtsspirale aufzuhalten kommt nicht-medikamentösen Maßnahmen große Bedeutung zu, ergänzte Professor Dr. Heinrich Worth vom Klinikum Fürth. Die Leitlinie empfiehlt Schulungen, Physiotherapie, Ernährungsberatung und vor allem Lungensport. Selbst Schwerstkranke, die ans Bett gefesselt sind, können trainiert und damit ihr momentanes Befinden sowie der weitere Krankheitsverlauf verbessert werden.“

Der so genannte

BODE-Score ist ein neues Instrument, das besser als allein die Lungenfunktion (FEV<sub>1</sub>) in der Lage ist, die Krankheitsentwicklung und das therapeutische Ansprechen der COPD vorhersagen.

Der Body-Score bewertet den Body Mass Index, die Obstruktion, die Dyspnoe und die Belastbarkeit, (Exercise Capacity, gemessen als Sechsmintengehstrecke) - und vergibt für jeden 0 bis 3 Punkte.

Die Deutsche Atemwegsliga hat die Leitlinien der COPD neu formuliert und wird sie im Mai veröffentlichen.

*H.Schwick*

## Pneumologische Rehabilitation bei COPD

Die Volkskrankheit COPD wird von den Experten zunehmend als Systemerkrankung erkannt. Man weiß heute, daß eine rein medikamentöse Behandlung nicht mehr ausreichend ist, sondern in die Therapie auch andere Behandlungskonzepte mit einbezogen werden müssen. Die Wirksamkeit einer pneumologischen Rehabilitation gilt heute als gesichert, da die positive Auswirkungen auf Lebensqualität und bessere körperliche Leistungsfähigkeit durch Studien belegt sind. Von Rehabilitationsmaßnahmen profitieren COPD-Patienten aller Schweregrade, auch im

fortgeschrittenen Lebensalter.

### Positive Effekte der pneumologischen Rehabilitation:

- Verringerung der Atemnot
- Verbesserte Lebensqualität
- Bessere körperliche Leistungsfähigkeit
- Verringerung der Exazerbationsrate
- Weniger Krankenhaus-aufnahmen
- Lebensverlängerung

Die weiteren Ziele der pneumologischen Rehabilitation sind eine Verbesserung oder Stabilisierung der Symptome und eine bessere soziale Teilhabe. Die Komponenten einer Rehabilitationsmaßnahme bestehen in der Regel aus Trainingstherapie, Atemtherapie und Ergotherapie. Wichtige Rollen spielen auch Tabakentwöhnung, Ernährungsberatung, Patientenschulung und psychologische Unterstützung.

Die Nachhaltigkeit der Rehabilitationserfolge unterliegt einer zeitlichen Begrenzung. Die Erfahrung zeigt, daß sich bereits nach

6-12 Monaten eine abnehmende Tendenz der körperlichen Leistungsfähigkeit abzeichnet, wobei die verbesserte krankheitsbezogene Lebensqualität oft länger erhalten bleibt. Da gerade die körperliche Leistungsfähigkeit die Voraussetzung für Aktivitäten im täglichen Leben schafft, ist eine besondere Strategie nötig, um diese zu erhalten oder gar weiter zu verbessern. Die zeitlich begrenzte stationäre oder ambulante Rehabilitation braucht also eine Reha-Nachsorge, um die erzielten Erfolge auch langfristig zu festigen. Hierzu ist es erforderlich ein tägliches Heimtraining (Ergometer, Gummiband, Gewichte und Atemgymnastik) in Eigenverantwortung zu absolvieren, und wöchentlich ein- bis zweimal Sport in dafür ausgewiesenen Lungensportgruppen durchzuführen.

Gerade das Training in der Lungensportgruppe hat sich als sehr effektiv erwiesen, da dort speziell entwickelte Trainingsmethoden angewandt werden und die Gruppendynamik besonders motivierend wirkt. RehaSport kann von betroffenen Patienten bei den Krankenkassen beantragt werden. Dazu bedarf es einer ärztlichen Verordnung.

Fazit: Die pneumologische Rehabilitation ist als Behandlungskomponente in der COPD - Therapie unverzichtbar. Die Nachhaltigkeit und Effektivität steigt mit der Dauer und Kontinuität. Rehabilitationsmaßnahmen werden in Deutschland meist stationär durchgeführt, können aber auch ambulant erfolgen. Wichtig ist, die zeitlich begrenzte stationäre oder ambulante Reha mit zeitlich unbe-

grenzten Trainingsmaßnahmen (Heimtraining und Lungensportgruppe) zu verketten, um die bereits angesprochenen Rehabilitationserfolge zu erhalten und weiter zu verbessern. Wünschenswert ist, daß die pneumologischen Reha - Kliniken die Patienten auf die entsprechenden Möglichkeiten zum Lungensport am Heimatort hinweisen und dort ein dauerhaftes Trainingsprogramm mit 3-5 Übungseinheiten eingeleitet wird. Hierzu wäre es auch sinnvoll, wenn Rehabilitationseinrichtungen mit den örtlichen ambulanten Anbietern eng zusammenarbeiten.

*Kurt Samsel*



### Informationen zum Thema:

AG Lungensport e.V.  
Wormser Straße 81  
55276 Oppenheim  
[www.lungensport.org](http://www.lungensport.org)

Deutsche  
Atemwegsliga e.V  
Burgstr. 12  
33175 Bad Lippspringe  
[www.atemwegsliga.de](http://www.atemwegsliga.de)

## Alpha-1-Antitrypsinmangel

Ist die Substitution mit Prolastin® nach einer Lungentransplantation sinnvoll?

Für Menschen mit Alpha-1-Antitrypsinmangel und schwerem Lungenemphysem stellt die Lungentransplantation eine gute Option dar. In Deutschland werden jährlich etwa 250 Lungen transplantiert, ca. 10% davon fallen auf Patienten mit Alpha-1-Antitrypsinmangel. Diese Patienten sind natürlich verunsichert und stellen die Frage, ob es nicht sinnvoll ist weiterhin mit Prolastin substituiert zu werden. Durch die Transplantation ist die Lungenerkrankung kuriert, der Mangel an Alpha-1-Antitrypsin besteht aber weiterhin. Auch in der transplantierten Lunge ist Alpha-1-Antitrypsin nur vermindert präsent, dadurch herrscht

ein Überschuss an freier Elastase. Dieses für den Patienten ungünstige Verhältnis von Alpha-1-Antitrypsin und Elastase wird bei Atemwegsinfektionen enorm verstärkt. In beobachteten Fällen wurde festgestellt, daß durch die intravenöse Gabe von Alpha-1-Antitrypsin dieses Ungleichgewicht signifikant verbessert wurde. Aufgrund der gemachten Beobachtungen läßt sich schlußfolgern, daß Patienten mit Alpha-1-Antitrypsinmangel nach einer Lungentransplantation von der kontinuierlichen Verabreichung von Alpha-1-Antitrypsin profitieren können. Die Experten sind sich weitgehend einig, daß durch Pro-

teasen ausgelöste entzündliche Folgeeffekte akute oder chronische Abstoßungsreaktionen begünstigt werden können. Das Risiko in der transplantierten Lunge ein Emphysem zu entwickeln ist dagegen eher gering. Aufgrund der Möglichkeit, daß eine Substitution mit Prolastin das transplantierte Organ schützen kann, besteht dringender Forschungsbedarf bezüglich der Zusammenhänge von fehlendem Alpha-1-Antitrypsin und Abstoßungsreaktionen nach einer erfolgten Lungentransplantation.

*Kurt Samsel*

## Was ist eigentlich...?

### Alpha-1-Antitrypsin

ist ein im Blut fließender Eiweißstoff, der auch Alpha-1-Proteaseinhibitor genannt wird. Alpha-1-Antitrypsin wird zum größten Teil in der Leber produziert und dort in das Blut abgegeben. Es hat die Aufgabe, schädliche Stoffe zu binden, die insbesondere bei Infekten aus den aktivierten Abwehrzellen des Körpers freigesetzt werden.

### Alpha-1-Antitrypsinmangel

beruht auf einer Veränderung des Erbgutes und kann somit an Kinder weitergegeben werden. Bei der schwersten Form des Mangels hat der Patient sowohl vom Vater als auch von der Mutter eine fehlerhafte Erbinformation erhalten. Bei dieser Mangelerkrankung wird das Antitrypsin nicht in ausreichender Menge von der Leber in das Blut abgegeben. Die Folge sind meist Erkrankungen der Lunge (Lungenemphysem), seltener der Leber. Betroffen sind deutlich jüngere Menschen als bei den übrigen Emphysemformen wie z.B dem Raucheremphysem.



## Was ist eigentlich...?

### **Proteasen**

sind Eiweißabbauende Stoffe, die von den Abwehrzellen freigesetzt werden. In der Lunge herrscht normalerweise ein Gleichgewicht zwischen Proteasen und Antiproteasen (Antitrypsin). Dieses Gleichgewicht ist bei Patienten mit Alpha-1-Antitrypsinmangel gestört. Die überschüssige Protease kann also nicht ausreichend an Antitrypsin gebunden werden was zur Folge hat, daß die zarten Lungenbläschen schutzlos den wandandauernden Stoffen ausgeliefert sind. Die Trennwände der Lungenbläschen zerreißen, ein Lungenemphy-

sem entsteht.

### **Prolastin®**

ist aus menschlichen Blut gewonnenes Alpha-1-Antitrypsin in konzentrierter Form. Es wird den Patienten wöchentlich intravenös verabreicht. Diese Therapie mit Prolastin® kann das Fortschreiten der durch Alpha-1-Antitrypsinmangel entstandenen Lungenkrankheit verlangsamen oder sogar stoppen und somit die Lebenserwartung verbessern.

## Medizinisches Wörterbuch der Pneumologie - Teil 4

### **M**

#### **Maligne**

Bösartig

#### **Mastzelle**

ist für die Abwehr von Fremdkörpern und Bakterien wichtig, setzt Botenstoffe (Mediatoren) frei, die die Körperabwehr aktivieren.

#### **Mediastinum**

Mittelfell, das die beiden Lungenhälften trennt bzw. Eingeweideraum des Brustkorbs.

#### **Mediatoren**

Botenstoffe des Körpers. Sie spielen bei verschiedenen Körperfunktionen eine Rolle und wirken auch bei allergischen Reaktionen mit.

#### **Metabolismus**

Stoffwechsel

#### **Metastasen**

Tochtergeschwülste in verschiedenen, entfernten Organen beim Krebs.

#### **Methylprednisolon**

Corticoid in Tablettenform oder zur intravenösen Injektion und Infusion

#### **Montelukast**

Wirkstoff der zur Gruppe der Anti-Leukotriene gehört

#### **Morbidität**

Erkrankungsrate (das Verhältnis von Erkrankungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums zur Gesamtbevölkerung)

#### **Morbus Bechterew**

chronisch entzündliches Leiden der Knochengelenke mit Befall der Wirbelsäule. Dadurch kann es zur Beeinträchtigung der Dehnbarkeit des Brustkorbes und deshalb zur erschwerten Atmung kommen.

#### **Morphin**

Inhaltsstoff des Opiums (suchterzeugend), betäubende und schmerzstillende Wirkung

#### **Mortalität**

Todesrate (Zahl der Todesfälle in einem bestimmten Zeitraum, bezogen auf die Gesamtbevölkerung oder eine bestimmte Gruppe).

### Motorik

alle Bewegungsabläufe, die vom Gehirn gesteuert werden

### MRSA

(Multiresistenter Staphylokokkus aureus) Bakterienstamm, gegen die die meisten Antibiotika unwirksam sind.

### Mukolyse

Schleimlösung, medikamentös oder durch Krankengymnastik

### Mukolytika

(Mukopharmaka) schleimlösende Medikamente

### Mukoviszidose

(cystische Fibrose) angeborene Stoffwechselkrankheit mit Bildung von zähem Schleim. Häufige Lungenentzündungen führen dabei zu geringerer Lebenserwartung.

### Mukus

Schleim, Bronchialsekret

### Musiktherapie

eines der ältesten Heilverfahren, bei dem Schwingungen (Töne, Rhythmen) verschiedener Musikstücke zur Heilung chronischer Erkrankungen (auch vegetative und psychische Störungen) eingesetzt werden. Die Stücke wirken entweder antriebssteigernd und psychisch aufhellend oder beruhigend und entkrampfend. Wissenschaftliche Studien über den Erfolg einer solchen Therapie gibt es nicht.

### Mutation

Veränderung im Erbgut

### Myasthenie

krankhafte Muskelschwäche

### N

### Naturheilverfahren

zu den sinnvollen Verfahren bei der Behandlung von Atemwegserkrankungen z.B. Klimabehandlung – Aufenthalt in allergenarmen Zonen Kneippsche Anwendungen (Wassergüsse nach Pfarrer Sebastian Kneipp) Sole-Inhalationen, die das Schleim Abhusten fördern (Wirkung bisher nicht nachgewiesen) Sauna und Dampfbäder (Inhalationen, Sauna und Dampfbäder werden nicht von allen Atemwegserkrankten vertragen).

### Nebulator

Inhalationshilfe, Spacer

### Non-Compliance

der Patient hält sich nicht an die vom Arzt vorgeschriebene Behandlung.

### Notfallplan

ein zwischen Arzt und Patient vereinbarte Vorgehensweise in Notfallsituationen.

### Notfallspray

schnell wirksame, bronchienerweiternde Sprays, die bei Bedarf (Atemnot) eingesetzt werden.

### Novolizer

Inhalationssystem für Pulverinhalate.

### O

### Obstruktion

Verengung der Bronchien durch Bronchialmuskelkrampf, Schleimhautschwellung, Verlegung der Bronchien durch Bronchialschleim.

### Obstruktive Atemwegserkrankung

Erkrankungen mit Behinderung der Atmung durch Einengung der Atemwege

### Oral

durch den Mund, zum Mund gehörend

### Ödeme

Flüssigkeitsansammlung im Gewebe

### Osteoporose

Verminderung des festen Knochengewebes durch Kalzium-, Vitamin D- und/oder Östrogenmangel (Knochenentkalkung), Erkrankung des Skelettsystems.

### Oxitropiumbromid

Substanz die zur Gruppe der Anticholinergika gehört, wirkt bronchialerweiternd.

### Oxymeter

(Pulsoxymeter) ein Gerät, das am Finger oder Ohrläppchen den Sauerstoffgehalt des Blutes misst.

### Ozon

dreiatomiger Sauerstoff, tritt im Sommer bei bestimmten Wetterlagen auf, ist bei Einatmung in höherer Konzentration toxisch und kann zu Schleimhautreizung, Müdigkeit und Dyspnoe führen. Die Ozonschicht der Erde schützt den Erdball vor zu starker Sonnenstrahlung, kann aber durch Kohlenmonoxyd zerstört werden.

### P

#### Palliative Behandlung

symptomlindernde Behandlung, die bei unheilbaren Krankheiten oder unbekannter Krankheitsursache durchgeführt wird.

### pCO<sup>2</sup>

Kohlendioxidpartialdruck

### Peakflow

(Spitzenfluss) größtmögliche Stärke des Luftstroms, der mit einem kräftigen Atemstoß ausgeatmet werden kann.

### Peakflow-Meter

kleines tragbares Gerät für Atemwegspatienten, das den Spitzenfluss bei stärkster Ausatmung misst.

### Physiotherapeut

Krankengymnast

### Physiotherapie

(Krankengymnastik) Behandlung mit Naturheilmitteln wie Wasser, Wärme, Kälte, Licht, Luft, Massage, Heilgymnastik, usw.

### Phytotherapie

Behandlung mit pflanzlichen Wirkstoffen (Heilpflanzen). Die Wirkung der Heilpflanzen ist wissenschaftlich meist nicht einwandfrei bestätigt und nicht immer harmlos schleimlösend wirken:

Anis/Sternanis, Fenchel Früchte, Hohlzahnkraut, Kiefernspitzen, Lärchenterpentin, Minzöl, Primelwurzel, Quendelkraut, Schlüsselblumen-Blüten, Seifenrinde, Seifenwurzel, Senegawurzel, Thymiankraut, Vogelknöterichkraut

Hustenreiz lindernd:

Eibischwurzel, isländisches Moos, Malvenblätter, Spitzwegerichkraut, Süßholzwurzel, Wollblumen

Hustenreiz dämpfend:

Efeublätter, Lindenblüten, Sonnentaukraut

bei Erkältung:

Holunderblüten, Lindenblüten, Mädesüßblüten

### Pleura

Brustfell/Rippenfell, eine die Lunge umhüllende Haut, die am Brustkorb und am Zwerchfell haftet.

### Pleuritis

Entzündung des Brustfells/Rippenfells

### Pneumatose

krankhafte Veränderung der Lunge durch Einatmen giftiger Gase

### Pneumektomie

operative Entfernung eines Lungenflügels

### Pneumobronchogramm

Röntgendarstellung der Bronchien, wobei die in ihnen enthaltene Luft als Kontrastmittel wirkt.

### Pneumologe

Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde

### Pneumokokken

Bakterien, die häufig für eine Lungenentzündung (Pneumonie) verantwortlich sind.

### Pneumonie

(Pneumonitis) Lungenentzündung

### Pneumothorax

Ansammlung von Luft oder Gas im Pleuraspalt, d. h. zwischen Lunge und Brustkorb. Das geschieht, wenn in den luftleeren Pleuraraum von innen durch Verletzung der Pleura (in Verbindung mit der Lunge) oder von außen durch Verletzung des Brustkorbes Luft eindringt.

### pO<sup>2</sup>

Abkürzung für arteriellen Sauerstoffpartialdruck

### postoperativ

nach einer Operation

### Prävalenz

die prozentuale Häufigkeit einer Krankheit in der Bevölkerung.

### Präventiv

Vorbeugend

### Präventivbehandlung

vorbeugende Behandlung,

die den Ausbruch einer Krankheit verhindern soll.

### **Prednisolon**

(Prednison) künstliches Kortison, das unter verschiedenen Namen im Handel ist, meist als Tabletten.

### **Primäre ciliäre Dyskinesie**

(C.D.) angeborene Störung der normalerweise streng koordinierten Bewegungen der Flimmerhärchen.

### **Primäre pulmonale Hypertonie**

Erhöhung des Blutdrucks im Lungenkreislauf, deren Ursache unbekannt ist.

### **Prognose**

Vorhersage zum Verlauf einer Krankheit.

### **Progressiv**

(progredient) fortschreitend

### **Progressive Muskelspannung**

einzelne Muskelgruppen werden nacheinander intensiv angespannt und anschließend wieder entspannt. Der Gegensatz zwischen

Anspannung und Entspannung soll gespürt werden und dadurch ein tiefer Entspannungszustand erreicht werden. Art der Physiotherapie.

### **Prophylaxe**

vorbeugende Maßnahmen gegen Krankheiten.

### **Provokationstest**

durch bestimmte Reize (z. B. körperliche Belastung, kalte Luft, Zigarettenrauch, Allergene) wird versucht, eine leichte bronchiale Verkrampfung

(Bronchospasmus) auszulösen (provozieren). Der Provokationstest hilft ein Allergen als Auslöser bei einem Asthma bronchiale zu diagnostizieren oder auszuschließen. Wird Asthma vermutet und ist der Lungenfunktionstest im obstruktionsfreien Zustand daher normal, hilft der Provokationstest ein Asthma nachzuweisen.

### **Pseudomonas aeruginosa**

Bakterien, die zu chronischer Infektion der Lunge führen. Sie müssen durch regelmäßige intravenöse Antibiotikagaben behandelt werden.

### **Psychische Entspannung**

Entspannungstechniken, z. B. autogenes Training, Hatha Yoga oder Muskelentspannung nach Jacobsen.

### **Psychotherapie**

Sammelbegriff; durch psychische Einflussnahme sollen seelische und psychosomatische Erkrankungen gelindert oder geheilt werden. Die aktive Mitarbeit der erkrankten Person steht dabei im Vordergrund.

### **Pulmologie**

Fachgebiet der Lungen- und Atemwegserkrankungen.

### **Pulmonalarterie**

Lungenschlagader

### **Pulmonale Hypertonie**

(Hypertension) Hochdruck im Lungenkreislauf als Folge von wiederholten Lungenembolien, COPD, Lungenfibrose usw. Verursacht oft Atemnot bei geringster Belastung und Herzschwäche.

### **Pulmonal Embolie**

Lungenembolie

### **Pulmonale Kachexie**

Untergewicht bei Lungenerkrankungen (z. B. COPD), verschlechtert erheblich die Prognose.

### **Pulmonalkreislauf**

Lungenkreislauf

### **Pulmonalsklerose**

Arteriosklerose der Lungenarterie

### **Pulmonalstenose**

meist angeborene Verengung der Lungenschlagadern.

### **Pulverinhalator**

ein Gerät, aus dem das Medikament in feinsten Pulverform für die Inhalation freigesetzt wird.



## Informationen zum Schwerbehindertengesetz

Die Sozialpädagogin Frau Bork vom Klinikum Berchtesgadener Land in Schönau hält dort in regelmäßigen Abständen Vorträge über das Schwerbehindertenrecht und ist auch Ansprechpartnerin der Patienten, wenn es um Fragen aus dem sozialen Bereich geht. Den folgenden Bericht habe ich mit ihrer freundlichen Unterstützung verfasst.

Beim Schwerbehindertengesetz gibt es den Grad der Behinderung( GdB ) und zusätzliche Merkzeichen (z.B. G, aG, B, RF). Bei Krankheiten der Atmungsorgane wie beispielsweise COPD, Lungemphysem, Bronchiektasen und Lungenfibrose richtet sich der Grad der Behinderung nach der Schwere der Erkrankung.

**20 - 40% GdB** gibt es bei einer dauernden Einschränkung der Lungenfunktion geringen Grades. Das bedeutet das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bei mittelschwerer Belastung, z.B. forsches Gehen (5-6km/h) oder mittelschwere körperliche Arbeit. Die Messwerte der Lungenfunktionsprüfung liegen bis zu 1/3 niedriger als die Sollwerte. Die Blutgaswerte liegen noch im Normbereich.

**50 - 70% GdB** liegt bei einer dauernden Einschränkung der Lungenfunktion mittleren Grades vor. Hier liegen die Messwerte der Lungenfunktion bis zu 2/3 niedriger als die Sollwerte und es besteht eine respiratorische Partialinsuffizienz. Die das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot tritt bereits bei alltäglicher leichter Belastung , z.B. Spazierengehen (3-4km/h), Treppensteigen bis zu einem Stockwerk oder leichter körperlicher Arbeit auf.

**80 - 100% GdB** wird gewährt bei einer dauernden Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades. Die Messwerte der Lungenfunktionsprüfung liegen um **mehr als 2/3** niedriger als die Sollwerte und es besteht eine respiratorische Globalinsuffizienz. Die das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot tritt bereits bei leichtester Belastung oder in Ruhe auf.

**100% GdB** wird nach einer Lungentransplantation gewährt. Es wird eine Heilungsbewährung von 2 Jahren in der Regel abgewartet. Danach darf auch bei günstigem Heilungsverlauf der GdB nicht unter 70% betragen.

Für noch Berufstätige ab 50% GdB besteht ein besonderer Kündigungsschutz und sie haben eine Woche mehr Urlaub. Sie können außerdem bei 35 Versicherungsjahren mit 63 Jahren ohne Abschlag in Rente gehen. Eine Gleichstellung beim Kündigungsschutz ab 30% ist möglich. Steuerfreibeträge gibt es ab 30% GdB und zwar

310,- EUR für	30 % GdB
430,- EUR für	40 % GdB
570,- EUR für	50 % GdB
720,- EUR für	60 % GdB
890,- EUR für	70 % GdB
1060,- EUR für	80 % GdB
1230,- EUR für	90 % GdB
1420,- EUR für	100 % GdB

Wird ein Antrag auf Schwerbehinderung abgelehnt, sollte man Widerspruch einlegen, da bei einer anschließenden Genehmigung das Datum des ersten Antrages zählt. Das ist wichtig bei steuerlichen Vorteilen. In allen anderen Fällen ist ein Verschlimmerungs- oder Erhöhungsantrag sinnvoll, da er meist schneller bearbeitet wird.

Noch wichtiger sind für viele von uns die Merkzeichen, da für viele Rentner auf Grund ihres geringen Einkommens keine Steuerpflicht mehr besteht.

### **Merkzeichen G:**

**Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr** (gilt auch für innere Leiden, z.B. Atembehinderungen mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion wenigstens mittleren Grades)

Mit diesem Merkzeichen kann man entweder eine 50%ige Kfz-Steuerermäßigung für den eigenen PKW bekommen oder nach Erwerb einer Wertmarke von 60 EUR im öffentlichen Nahverkehr umsonst fahren, ebenso mit der Bahn im Umkreis von 50km. Hat man sich für die Kfz-Steuerermäßigung entschieden, darf der PKW von anderen Personen nur für die Haushaltsführung notwendige Fahrten genutzt werden. Bei Fahrten zum Arbeitsplatz können 0,30 EUR pro Kilometer oder die tatsächlichen Kosten als Werbungskosten abgesetzt werden. Wenn man mindestens 70% GdB und G hat, kann man bis zu 3000 km für Privatfahrten mit 0,30EUR (900 EUR) steuerlich absetzen.

### **Merkzeichen aG:**

**Außergewöhnliche Gehbehinderung**

(wer sich wegen der Schwere seines Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit größter Anstrengung außerhalb seines Kraftfahrzeuges bewegen kann, z. B. Querschnittsgelähmte oder Doppelober-

oder Unterschenkelamputierte. Damit gleichzustellen sind Krankheiten der Atmungsorgane mit einer Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades mit einer Lungenfunktion unter 2/3 der Sollwerte und einer respiratorischen Globalinsuffizienz)

Wer dieses Merkzeichen hat, ist von der Kfz-Steuer für seinen PKW befreit und kann nach Erwerb der Wertmarke im öffentlichen Nahverkehr und mit der Bahn im Umkreis von 50km kostenlos fahren. Als außergewöhnliche Belastung kann man bis zu 15.000 km (0,30EUR je km = 4.500 EUR) für Privatfahrten von der Steuer absetzen. Parkgebühren entfallen und man braucht auch keinen Parkschein lösen. Wer keine Garage oder einen eigenen Stellplatz hat, kann sich auf der Straße vor seiner Wohnung einen öffentlichen Parkplatz reservieren lassen.

**Merkzeichen B: Notwendigkeit ständiger Begleitung**

bei schwer behinderten Menschen mit Merkzeichen G, aG oder H, die infolge ihrer Behinderung nicht mehr alleine mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren können. Die Begleitperson wird im öffentlichen Nah- und Fernverkehr in ganz Deutschland unentgeltlich befördert. Jede beliebige Person kann als Begleitper-

son auftreten, nicht nur Familienangehörige. Dieses Merkzeichen ist sehr wertvoll. Leider wird es auch bei aG nicht immer vergeben.

### **Merkzeichen RF:**

**Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht und Ermäßigung der Telefongebühren bei einigen Anbietern.**

Als gesundheitliche Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht muss ein GdB von wenigstens 80% vorliegen. Außerdem müssen schwere Bewegungsstörungen, z.B. eine schwere Lungenfunktionsstörung vorliegen, die es dem Behinderten unmöglich macht, an öffentlichen Veranstaltungen selbst mit Hilfe von Begleitpersonen und technischen Hilfsmitteln teilzunehmen. Auch Organtransplantierte, die wegen ihrer Immunsuppressiva mindestens ein halbes Jahr Menschenansammlungen meiden müssen, können befreit werden. Die behinderten Menschen müssen allgemein von öffentlichen Zusammenkünften ausgeschlossen sein. Wer öffentliche Veranstaltungen noch gelegentlich besuchen kann (z.B. Berufstätige) wird in der Regel nicht befreit. In letzter Zeit wird das Merkzeichen RF nur sehr selten vergeben.

Wird beim Versorgungsamt ein Verschlimmerungsantrag gestellt, weil man ein neues Merkzeichen oder einen höheren Grad der

Behinderung erreichen will, wird der gesamte Antrag mit allen bisher vergebenen Merkzeichen überprüft. Dadurch ist es mög-

lich, dass Merkzeichen wieder aberkannt werden. Deshalb sollte man vor Antragstellung überlegen, welchen Nutzen und wel-

chen Schaden ein Neuantrag haben kann.

*Brigitte Sakuth*

## Meine erneute Reha in Schönau im Jahre 2006

Nach einem schweren Infekt wurde mir im Oktober 2006 eine erneute Reha in Schönau am Königssee von meiner Krankenkasse genehmigt. Ich kam wieder auf „meine Station 2“, wo ich von den Schwestern gleich wieder erkannt wurde. Die bisherige Stationsärztin Frau Dr. Koch-Gutsche war in Mutterschaftsurlaub, so dass die Erstuntersuchung von Frau Weber-Lange vorgenommen wurde, der neuen Assistenzärztin. Sie war sehr gründlich und hat sich gleich nach meinen Wünschen und Zielen bei der Behandlung erkundigt. Nach den üblichen Untersuchungen am nächsten Tag, wie Blutabnahme, Blutzuckermessung, Lungenfunktion und EKG usw. folgten der 6 Minuten Gehstest und der Fahrradergometertest. Dann begannen auch schon die Anwendungen. Die ersten Tage waren sehr anstrengend, da die Luft nach meinem Infekt noch ziemlich knapp war. Was mir viel geholfen hat, war die reflektorische Atemtherapie bei Frau Cermann und die „Spezialmassage“

von Herrn Speth. Ich bekam in der Gruppe ebenfalls Atemtherapie und Wirbelsäulengymnastik. Es gab eine Reihe von Vorträgen rund um unsere Erkrankung. So handelte ein Vortrag von der Notwendigkeit einer Kortisonbehandlung, mit allen Vorteilen und Risiken. Ein anderer Vortrag hatte die Sauerstofftherapie zum Thema. Auch über die Sporttherapie, den Aufbau der Lunge, die verschiedenen Atemwegs- und Lungenerkrankungen, die unterschiedliche Wirkung der Medikamente und die verschiedenen Systeme zum Inhalieren wurde berichtet. Das Sozialrecht und die persönlichen Erfahrungen des ersten Flüssigsauerstoffpatienten Herrn Dirmeier kamen in den Vorträgen ebenfalls nicht zu kurz. Auch wurden Gesprächsrunden für Sauerstoffpatienten angeboten, die von einem Psychologen oder der Sozialpädagogin geleitet wurden. Hier konnten die Patienten ihre Erfahrungen austauschen.

In der Sporttherapie erkannte man mich ebenfalls wieder und ich habe nach

der Einweisung jeden Tag dort trainiert. Da ich auch zu Hause regelmäßig ins Fitnessstudio gehe, kannte ich die Geräte ja bereits und kam schnell damit zurecht. Bei dieser Reha habe ich erstmals mit einem Laufbandtraining begonnen. Um die richtige Geschwindigkeit zu bestimmen wurde der 6 Minuten Gehstest herangezogen. Die dabei erreichte Strecke wird durch 6 geteilt und dann noch mal durch 60, das ergibt die Meter in der Sekunde. Davon 60% ist die Trainingsgeschwindigkeit. Die Trainer nahmen sich viel Zeit für die Patienten und beantworteten bereitwillig alle Fragen. So konnte ich nach und nach mein vorheriges Leistungsniveau wieder erreichen.

Da ich auch für meine Atemmuskulatur etwas tun wollte, konnte ich den SpiroTiger ausprobieren. Herr Bönsch erklärte mir das Handgerät und die Handhabung. Laut Hersteller ist der SpiroTiger auch bei COPD geeignet und soll die Atemmuskulatur kräftigen, damit sie nicht so schnell ermüdet, Atemnot verringern

und die Ausdauer verbessern. Dazu muss man in einer bestimmten Atemfrequenz, die mit einem Lauflicht und kurzen und langen Tönen vorgegeben ist und einer bestimmten Atemtiefe in einen Atmungsbeutel aus Silikon ein- und ausatmen. Eine Hyperventilation und Schwindel wird bei sachgemäßem Gebrauch vom Hersteller ausgeschlossen. Auf einem Display erscheinen Anweisungen, wie z.B. schneller atmen. Ein Balken zeigt die Atemtiefe an. Die Trainingsdaten werden an die Basisstation weitergeleitet und dort gespeichert. Bei Abweichungen gibt es akustische und optische Warnsignale. Das Einatmen klappte bei mir ganz gut, aber mit dem Ausatmen kam ich nicht zurecht. Es gelang mir nicht, kurz und kräftig genug auszuatmen. Nach mehrmaligen Versuchen mit verschiedenen großen Beuteln und verschiedener Atemfrequenz musste ich den Versuch leider erfolglos abbrechen. Der SpiroTiger ist für Patienten mit schwerer COPD (Gold 4) nicht geeignet, da die Atemmuskulatur nicht mehr kräftig genug ist und die Anstrengung zu groß ist. Auch meine Ärztin bestätig-

te diese Meinung. Der Chefarzt Dr. Kenn nahm sich viel Zeit für meine Fragen. Bei der Visite (2-mal die Woche) war er häufig dabei. Als Anwendungen hatte ich noch autogenes Training und etwas später Thai Chi zur Entspannung und Bindegewebsmassagen. Da ich jeden Tag längere Zeit in der Sporttherapie verbrachte war mein Tag ziemlich ausgefüllt.

Angenehm überrascht war ich vom Essen, das sich ganz entscheidend verbessert hatte. Mittags war jetzt immer ein Buffet aufgebaut. Zur Auswahl standen fast immer Reis, Nudeln und Kartoffeln, verschiedene Gemüsesorten, Fleisch und ein vegetarisches Gericht. Auch Salat und Nachtisch war meistens in verschiedenen Ausführungen vorhanden.

Abends wurden häufig Kinofilme oder Diavorträge angeboten. Auch Basteln, Ketten fädeln, Seidenmalerei usw. war abends im Angebot. Nur für Männer waren diese Angebote wohl weniger geeignet. Tagsüber gab es in der Halle verschiedene Verkaufsausstellungen. Am

Wochenende wurden Ausflugsfahrten mit dem Bus angeboten. Das Angebot hat sich gegenüber meiner letzten Reha erweitert.

Die Klinik war während meiner Reha wie fast das ganze Jahr über ausgebucht, deshalb wird seit einiger Zeit kräftig erweitert. Ein neuer Diagnostikpavillon ist fast fertig gestellt. Es sollen auch noch mehr Zimmer für Sauerstoffpatienten geschaffen werden. Auch der Therapiebereich wird erweitert. Für Patienten nach einer Lungentransplantation wird ein zusätzlicher Aufenthaltsbereich geschaffen. Die Umbauten sollen mit möglichst wenig Belästigung für die Patienten erfolgen.

Ich habe wieder viele nette Menschen kennen gelernt, konnte einiges lernen und habe mich gut erholt. Das Personal war durchgehend sehr freundlich und hilfsbereit. Mein Allgemeinzustand hat sich, wie die Abschluss-tests beweisen, verbessert, so dass auch diese Reha wieder ein Erfolg für mich war.

*Brigitte Sakuth*

**Alle aktuellen Termine der Selbsthilfegruppen  
finden Sie auf unserer Homepage unter**

**<http://www.deutsche-emphysemgruppe.de/daten/termine.php>**



## Mein Spirit 300 im Einsatz gegen Verkehrssünder

Kürzlich machte ich mich wegen einer Besorgung zu Fuß auf den Weg und musste, Ihr kennt das ja, nach einer längeren Strecke eine ATEMPAUSE machen. Ich blieb also stehen, stützte mich mit der linken Hand in der linken Flanke ab, um so meinen Luftbedarf zu regeln. Dabei beobachtete ich, wie auf der Straßenseite gegenüber vor der Commerzbank ein PKW im uneingeschränkten



Halteverbot hielt und der Fahrer ausstieg. Er verschloss seinen Wagen und ging Richtung Bankeingang. Dabei drehte er sich um und sah mich auf der anderen Straßenseite stehen. Ruckartig blieb er stehen, drehte um, ging zu seinem Auto, stieg

ein und fuhr um die nächste Straßenecke.

Noch blieb ich an meinem Platz stehen, da meine Luft noch nicht geregelt war. Und schon hielt gegenüber ein weiterer PKW. Und der Fahrer von Wagen „Eins“ kam zu Fuß um die Ecke während der Fahrer von Wagen „Zwei“ ausstieg und die PKW-Tür zuwarf. Fahrer „Eins“ ging eiligen Schrittes auf Fahrer „Zwei“ zu und sprach mit diesem. Dabei deutete er mit dem Kopf in meine Richtung.

Fahrer „Zwei“ drehte sich nun zu mir um und rief: „Ich muss nur einen Brief in der Bank abgeben. Bin sofort wieder weg! Bitte kein Knöllchen!“ Ich musste darauf ja nicht reagieren

und hob nur meine Schultern nach oben. Das musste Fahrer „Zwei“ als Ablehnung verstanden haben. Er gab seinen Brief Fahrer Nummer „Eins“ und setzte sich wieder in sein Auto und fuhr davon.



So habe ich mit Hilfe meines SPIRIT 300 (von den Fahrern wohl als Registriergerät der Politessen gedeutet) und aufgrund von Luftnot dafür gesorgt, dass zwei Verkehrssünden im Ansatz gestoppt wurden und nicht stattgefunden haben.

*Jürgen Niessit*

## Entscheide, wenn du noch kannst....

Der wissenschaftliche und technische Fortschritt kann heute dazu führen, dass schwerkranke Menschen am Leben erhalten werden, ohne dass sie selbst bestimmt haben, ob sie diese Leidens- und Sterbeverlängerung überhaupt wünschen. Dazu sind sie jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht mehr in der Lage. Solange ein kranker Mensch noch entschei-

dungsfähig ist, kann er dem Arzt sagen, was er für sich will. Wie aber ist der Wille eines Menschen festzustellen, wenn er diesen nicht mehr äußern kann?

Wer eine solche Situation ausschließen will, der kann seinen freien Willen in einer Patientenverfügung festlegen. Eine Patientenverfügung sollte schriftlich

fixiert sein und gilt für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit. Vielfach gibt es Patientenverfügungen, die einen Dritten, meist einen Verwandten, damit beauftragen, im Falle der eigenen Entscheidungsunfähigkeit zu bestimmen, wie verfahren werden soll.

Eine Patientenverfügung kann sich aber auch direkt



an den Arzt oder das Ärzteteam richten. Dann muss die Patientenverfügung nicht aus Anweisungen und Bestimmungen bestehen, sondern kann auch Bitten, eigene Vorstellungen vom Sterben und religiöse Anschauungen enthalten.

Vielen Menschen fällt es nicht leicht, sich in Zeiten, in denen es ihnen gut geht, mit Krankheit, Leid und Sterben auseinander zu setzen. Zudem sind Entscheidungen im Einzelfall schwer zu treffen; wer weiß schon, ob er durch die Entscheidung auf einen Behandlungsverzicht auf ein Weiterleben verzichtet oder für die Chance des Weiterlebens Abhängigkeit und Fremdbestimmung in Kauf nehmen will. Mit einer Patientenverfügung kann man dokumentieren, wie man behandelt werden möchte und man kann im Zweifel zusätzlich eine Vertrauensperson einsetzen.

Die Patientenverfügung ist

nicht an eine Form gebunden; sie kann mündlich vermittelt werden oder schriftlich verfasst sein. Es empfiehlt sich jedoch sie schriftlich festzulegen. Dies kann auch nota-

riell geschehen.

Wichtig ist, dass im entsprechenden Fall ihre Patienten-Verfügung vorliegt. Wie also kommt der Arzt an die Patientenverfügung. In der Mehrzahl der Fälle wird man diese einer Person des Vertrauens übergeben, die am Leben des Verfügenden teilnimmt. Beim Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Pflegeheim sollte auf die Patientenverfügung selbst und den Ort der Hinterlegung hingewiesen sein.

Für Ärzte und das Behandlungsteam sind Patientenverfügungen verbindlich. Eine Missachtung kann sogar als Körperverletzung strafbar sein.

Bei der Formulierung der Patientenverfügung sollte entweder auf ein fertiges Formular zurückgegriffen werden (Muster bei :

[www.medizin-ethik.de/verfuegungen.htm](http://www.medizin-ethik.de/verfuegungen.htm))

oder man sollte sich von

einem Arzt oder einer sachkundigen Organisation beraten lassen. Informationsbroschüren gibt es z.B. beim Bundesministerium der Justiz. Das Ministerium hält einzelne Textbausteine für eine eigene Patientenverfügung bereit. Diese Textbausteine sind allein deswegen lesenswert, weil sie aufzeigen, wie unterschiedlich die einzelnen Fälle und Entscheidungen sein können. Man erhält einen wirklich guten Überblick. Es macht auch Sinn, für den Fall der Fälle, sich über die eigenen Vorstellungen im Klaren zu sein. Das ist nicht davon abhängig, ob man sich in einer guten gesundheitlichen Verfassung befindet oder nicht. Wie rasch kann ein Unfall eine Situation heraufbeschwören, die eine Patientenverfügung notwendig werden lässt. Das Mindeste, was jeder tun sollte ist, mit einem Menschen seines Vertrauens über diese Situation zu sprechen und seinen Willen zu artikulieren. Dann sollte aber auch bestimmt sein, dass dieser Vertraute im Besitz einer Patientenverfügung ist.

*Gesundheits-Zeitung,  
Laurentius Apotheke*

## Gesundheitsreform Ilse Bilse keiner will se...

Ein alter Kinderreim kommt unmittelbar und ungebremst in meinen Kopf, wenn ich an die Gesundheitsreform denke. Keiner hat sie gewollt, viele haben sich dagegen ausgesprochen und jetzt ist sie da. Zwar muss der Bundesrat noch zustimmen, aber das dürfte aufgrund der Mehrheitsverhältnisse keine Hürde mehr darstellen. Das wirklich Tragische an dieser Reform ist, dass ein Werk herausgekommen ist, das Gesundheit erst mal teurer macht. Die Kassenbeiträge steigen und steigen - das kann doch keine vernünftige Reform sein? Die finanziellen und strukturellen Probleme der Krankenkassen wurden nicht gelöst, ein Wettbewerb unter den Kassen kommt nicht zustande, statt dessen dürfte eine neue Superbehörde entstehen. Also richten wir uns auf den Murks ein und warten wir auf die nächste Jahrhundertreform.

So, was kommt denn nun wann auf uns zu:

1. April 2007:

Versicherungspflicht für Jedermann in Deutschland, Impfungen und Vater-/Mutter-Kind Kuren werden Pflichtleistungen, finanzielle Beteiligung, wenn Folgekos-

ten aus nicht notwendigen Behandlungen z. B. Schönheitsoperationen entstehen, Einführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen bei Arzneimitteln, Abgabe einzelner Tabletten an Patienten, Anhebung des Rabattes an die Krankenkassen durch die Apotheken.

1. Juli 2007:

Standardtarif in der Privaten Versicherung, d. h. die Privaten Versicherer sind gehalten, einen Basistarif gemäß den Gesetzlichen Versicherungen anzubieten.

1. Januar 2008:

Präzisierung der 1%-Regelung für chronisch Kranke in Bezug auf Vorsorgeuntersuchungen.

1. Juli 2008:

Nur noch ein Spitzenverband der Krankenkassen.

1. November 2008:

Gesetzliche Festlegung eines allgemeinen, einheitlichen Beitragssatzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

1. Januar 2009:

Einführung eines Basistarifes in der privaten Krankenversicherung, freie Wechselmöglichkeit, Start

des einheitlichen Gesundheitsfonds (alle Beiträge fließen in einen Topf), einheitlicher Beitragssatz, neue höhere Gebührenordnung für ärztliche Honorare.

Das ist nicht alles, aber für Sie und mich als Versicherte das Wichtigste. Und wer glaubt, dass der einheitliche Beitragssatz dann niedriger ist als heute, der wird vermutlich irren. Warum muss eigentlich alles immer mehr staatlich geregelt werden? Warum zieht der Staat das Gesundheitswesen an sich? Erfahrungen in anderen Ländern zeigen deutlich, dass das ins Chaos führt. Eine Reform mit Wettbewerb unter den Krankenkassen, eine Reform, in der die Kassen zeigen können, wer am effizientesten arbeitet und eine Reform, die hilft die Beiträge zu senken - ein Traum. Leider ist er nicht wahr geworden.

Wo Schatten ist, ist auch Licht. Zwischenzeitlich sind mehr als 9.000 Medikamente von der Zuzahlung befreit - damit kann man richtig sparen. Fragen Sie in Ihrer Apotheke!

**Silke Kuhrau, Nürnberg**

## Die Jahreshauptversammlung 2007 der Deutschen Emphysemgruppe e.V. am 24.03.07 in Braunschweig



Nach Begrüßung der anwesenden Mitglieder, Angehörigen und Gäste verlas Frau Schwick das Protokoll der Hauptversammlung von 2006, und bat um eine Gedenkminute für die im Berichtszeitraum verstorbenen

Mitglieder.

Als TOP 3 folgte der Bericht des Vorstandes Rückwirkend wurden noch einmal die Aktivitäten der DEG betrachtet, wie: Alpha-1-Treffen in Essen, Info-

Veranstaltung auf der Weser, Koordinationsgespräche der Selbsthilfegruppenleiter in Ludwigsburg, Patienteninformations-Veranstaltung in Mainz. Der Jahresbericht liegt in schriftlicher Form vor und wurde von Frau Schwick verlesen.

Hartmut Domagala legte den Kassenbericht vor. Anhand eines Schaubildes und einer Statistik erklärte er die positive Mitgliederentwicklung der letzten Jahre. Die Finanzen wurden anhand der Gegenüberstellung von Einnahmen und Ausgaben erläutert.

Es gab keine Wortmeldungen zu diesem Tagesordnungspunkt.

Die Kassenprüfung wurde am 12.3.07 durchgeführt von Frau Fuchs und Frau Braun. Frau Ingrid Braun verlas den Kassenprüfbericht. Es wurden keine Einwände erhoben. Frau Braun beantragte anschließend die Entlastung des Vorstandes für das Geschäftsjahr 2006, die von der Versammlung mit einer Gegenstimme, ohne Enthaltung, erteilt wurde.

TOP 7 Wahl des neuen Vorstandes. Der Vorstand setzt sich wie folgt zusammen:





Vorsitzende: Heide Schwick



Kassenprüferinnen:  
Ingrid Braun und Martina Fuchs

Alle Wahlen erfolgten per Handzeichen, alle vorgeschlagenen Personen nahmen die Wahl an, die Wahlen gelten für einen Zeitraum von 3 Jahren.

Einladungen zu den Veranstaltungen pünktlich zu erhalten. Damit das klappt, teilen Sie uns bitte Wohnortwechsel und Änderungen der Telefonnummern sowie geänderte Bankdaten mit.

Stellvertretender Vorsitzender: Berthold Kreth



Unter dem Punkt Verschiedenes berichtete Hartmut Domagala über die erfolgte Unterstützung durch die Krankenkassen im letzten Jahr (sehen Sie dazu auch die Seiten 22 und 23). Wir haben die Fördermittel gemäß unserer Satzung verwendet.

Die Internetnutzer mögen bitte Ihre Emailadresse an die Geschäftsstelle:

[deg@emphysem.de](mailto:deg@emphysem.de)

Stellvertretender Vorsitzender: Kurt Samsel



mailen.  
Herzlichst, Ihre  
Heide Schwick

Kassenwart:  
Hartmut Domagala



Der benötigte Sauerstoff für diese Versammlung wurde uns freundlicherweise von der Firma Vivisol zur Verfügung gestellt, wir bedanken uns dafür.

## Unsere Mailingliste

Diskutieren Sie mit anderen Patienten, Tauschen Sie Ihre Erfahrungen mit Krankheit, Medikamenten, Kliniken und Ärzten aus. Informieren Sie sich, Melden Sie sich auf unserer Mailingliste an.

Stellvertretende Kassenwartin:  
Brigitte Sakuth



Während eines kleinen Imbiss gab es ausreichend Gelegenheit zum Gedankenaustausch und zur Beantwortung von Fragen.

Dazu besuchen Sie unsere Homepage und melden sich direkt auf der Startseite unter Service, Mailingliste, an.

Schriftführerin:  
Petra Objartel



Der Vorstand bedankt sich bei allen Mitgliedern für das entgegengebrachte Vertrauen in unsere Arbeit.

## In eigener Sache

Stellvertretende Schriftführerin:  
Eleonore Mackeben



Und noch eine Bitte in eigener Sache: es liegt in Ihrem Interesse, liebe Mitglieder, Ihre Zeitschrift und die

Besuchen Sie  
unsere Homepage

[www.emphysem.de](http://www.emphysem.de)

## Zur Erinnerung an Jürgen Rösler

Die Deutsche Emphysemgruppe e.V. trauert um Jürgen Rösler. Er gehörte als „ein Mann der ersten Stunde“ zu den Gründungsmitgliedern, der mit seiner engagierten Unterstützung von der Gründung der DEG 1998 bis zum Jahr 2004 als Kassenwart die finanziellen Belange des Vereins regelte. Leider musste er vor drei Jahren aus gesundheitlichen Gründen sein Amt niederlegen, stand uns aber weiterhin beratend zur Seite. Ausgleichend und hilfsbereit wusste er immer einen guten Rat in schwierigen Situationen und nahm mitfühlend Anteil am Leid seiner Mitmenschen.

Traurig nehmen wir Abschied.

Im März 2007  
H. Schwick  
Für den Vorstand



Herr Olaf Piepgras, Bezirksgeschäftsführer der DAK überreicht Frau Heide Schwick, der Vorsitzenden der Deutschen Emphysemgruppe e.V. einen Scheck in Höhe von 1.700,00 EUR

## DANKE

Bei den folgenden Krankenkassen und Verbänden bedanken wir uns für die Fördermittel auf Bundesebene, die uns laut § 20 Abs. 4 SGB V bei unseren Aufgaben unterstützen halfen:

- ▶ AOK Bundesverband "*Die Gesundheitskasse*"
- ▶ Barmer Ersatzkasse
- ▶ DAK Deutsche Angestellten - Krankenkasse
- ▶ Selbsthilfe - Fördergemeinschaft der Ersatzkassen
  - Techniker Krankenkasse
  - KKH Kaufmännische Krankenkasse
  - Hamburg - Münchener Krankenkasse
  - HEK Hanseatische Krankenkasse
  - GEK Gmünder Ersatzkasse
  - HZK Krankenkasse für Bau- und Holzberufe
  - KeH Ersatzkasse
- ▶ Förderpool "*Partner der Selbsthilfe*"
  - BKK Bundesverband
  - IKK Bundesverband
  - Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
  - Knappschaft
  - See - Krankenkasse

Wir haben die Fördermittel gemäß unserer Satzung verwendet.

## Bankverbindung Spendenkonto

Deutsche  
Emphysemgruppe e.V.

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

## 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