

Reha - und wie geht es zu Hause weiter? Seite 12



Foto: knipseline / pixelio.de

Ernährung unter Berücksichtigung
der besonderen Situation
COPD-Erkrankter

Seite 8

Evidenzbasierte Medizin der COPD
- Die Therapieleitlinie „GOLD“ unter
Einbeziehung neuer Medikamente

Seite 10

Pneumologische Rehabilitati-
on bei schweren obstruktiven
Atemwegserkrankungen

Seite 24

HABEN SIE EINE COPD?

Lassen Sie sich testen! Jeder Mensch mit COPD sollte einmal im Leben auf Alpha-1-Antitrypsin-Mangel getestet werden.¹

Es gibt eine wirksame Therapie, fragen Sie Ihren Arzt.



¹ Vogelmeier C et al. Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Pneumologie 2007; 61: e1-e40.

GRIFOLS

Liebe Mitglieder und Freunde der Deutschen Emphysemgruppe e.V., liebe Leserinnen und Leser der *atemwege*,

Wir freuen uns, Ihnen heute wieder eine neue Ausgabe der „atemwege“ vorlegen zu können und hoffen, interessante Themen für Sie zusammengestellt zu haben.

Leider hat sich das Erscheinen verzögert, ich bitte Sie, dies zu entschuldigen.

So langsam können wir uns – hoffentlich – von dem strengen Winter verabschieden, und uns schon auf den Frühling freuen. Eisiger Wind, Kälte, feuchte Luft und nicht zuletzt die manchmal viel zu schwere und beengende Winterkleidung machen so manchem Lungenkranken das Leben schwer und rauben ihm buchstäblich die Luft zum Atmen. Deswegen aber nicht das kuschelige Zuhause zu verlassen, ist ein wenig hilfreicher Weg. Nicht nur die Muskulatur wird schwächer, auch die Anfälligkeit für Infekte steigt an. Neben der Selbstverständlichkeit der Grippeimpfung für alle chronisch erkrankten Menschen ist die tägliche Bewegung geradezu lebenswichtig. Gehen Sie hinaus in die Welt, beginnen Sie mit 10 Minuten täglich, möglichst an einem der trockensten - vielleicht sonnigen - Tage, die es auch im Winter gibt. Wenn Sie wissen, dass es mit der Luft eng werden könnte, inhalieren Sie etwa 10 Minuten vor Ihrem Spaziergang Ihr Bedarfsspray. Auch der kleinste Gang (nehmen Sie falls nötig einen Rollator) ums Viereck, mit offenen Augen und Sinnen ermöglicht die so dringend benötigte Bewegung, schenkt neue Eindrücke und macht zufrieden. Versuchen Sie, die Spaziergänge auf eine halbe Stunde täglich auszudehnen. Es ist enorm hilfreich, sich auch an bewölkten und regnerischen Tagen vom Beginn des Herbstes an bis in die Frühjahrsmonate tagsüber regelmäßig draußen aufzuhalten. Selbst an diesen grauen Tagen ist das natürliche Tageslicht drei- bis viermal stärker als die Beleuchtung in Räumen. Dies beugt der Hauptursache der saisonal abhängigen Depression, dem Lichtmangel, vor. Denn unter Einfluss von Licht produziert der Körper verstärkt "Glückshormone"



(Endorphine). Bei ausreichend Licht wird zudem vermehrt der stimmungsaufhellende Botenstoff Serotonin ausgeschüttet. Ein Mangel an Serotonin spielt bei der Entstehung der Depression eine wichtige Rolle.

Auch zu Hause gibt es Möglichkeiten für tägliches Training, beispielsweise ein Ergometer, Treppenstufen und manches mehr, nicht zu vergessen, dass auch die Arme trainiert werden müssen, mit leichten Hanteln oder kleinen mit Sand gefüllten Wasserflaschen. Für weitere Anregungen lesen Sie bitte die im Inneren des

Heftes zusammengefassten Ausführungen des Vortrags über Rehabilitation von Dr. Wittmann, Klinik Bad Reichenhall. Häufig wird auch die Wichtigkeit gesunder und angemessener Ernährung unterschätzt. Falsches Essverhalten und eine unausgewogene Ernährung kann auf Dauer ernste Krankheiten verursachen, ebenso wie ein falscher Umgang mit Lebensmitteln. Wir haben deswegen im Verlauf unserer Vortragsveranstaltung das Thema einmal mehr aufgegriffen – die Zusammenfassung des Vortrages von Frau Margrit Selle möge eine Anregung sein, die eigenen Ernährungsgewohnheiten zu hinterfragen.

Und wenn es Sie wirklich mal erwischt hat, diese Brühe wärmt und bekämpft die Bakterien, sie war das Mittel der Wahl meiner Mutter bei dem geringsten Anzeichen von Erkältung.

Einen wunderschönen Frühling wünscht uns allen mit herzlichem Gruß, Ihre

Lesen Sie in dieser Ausgabe:

Jahreshauptversammlung der DEG	4	Vorbeugung von akuten Verschlechterungen (Exazerbationen) bei Asthma und COPD	18
Patientenkongress 2011	5	Tipps und Tricks für Sauerstoffpatienten	19
Ernährung unter Berücksichtigung der besonderen Situation COPD-Erkrankter	8	Ein Infotag in der Klinik Fallingbostal	21
Evidenzbasierte Medizin der COPD - Die Therapieleitlinie „GOLD“ unter Einbeziehung neuer Medikamente	10	Reha - und wie geht es zu Hause weiter?	22
Galileo Training bei COPD	15	Pneumologische Rehabilitation bei schweren obstruktiven Atemwegserkrankungen	24
Erste Wangerländer Gesundheitswoche	15	NIV – nicht invasive Heimbeatmung	26
Meine Krankenversicherung streicht die Versorgung mit Prolastin	16	Gerichtsurteile	29
		Mein Leben vor und nach der Transplantation	31

Jahreshauptversammlung der DEG am 2.4.2011

Tagungsort: Mercure Hotel Atrium in Braunschweig
Anwesende: Heide Schwick, Brigitte Sakuth, Hartmut Domagala, Eleonore Mackeben, Petra Objartel
Mitglieder und Gäste

TOP 1 – Begrüßung durch die 1. Vorsitzende Heide Schwick und Feststellung der Beschlussfähigkeit.

TOP 2 - Verlesung und einstimmige Genehmigung des Vorjahresprotokolls vom 10.4.2010

TOP 3 - Bericht des Vorstandes: Die 1. Vorsitzende gibt einen Überblick über die Aktivitäten des Vereins u.a. über die Informationsveranstaltung 2010 in Braunschweig und verliest die Namen der Verstorbenen im Berichtszeitraum. Hartmut Domagala berichtet über die Aktivitäten der nördlichsten Selbsthilfegruppen.

Als Kassenwart erläutert Hartmut Domagala den Kassenbericht 2010, Bericht liegt als Tischvorlage vor.

TOP 4 – Aussprache, es gibt keine Fragen zu dem Bericht.

TOP 5 – Bericht der Kassenprüferinnen Martina Fuchs und Ingrid Braun. Es gab keine Beanstandungen.

TOP 6 - Entlastung des Vorstandes. Sie erfolgte einstimmig.

TOP 7 – Verschiedenes

Hinweis auf den nächsten Infotag im Bremer Raum am 15.10.2011

Es werden dringend Mitglieder gesucht die im Vorstand und auf der Mailingliste mitarbeiten wollen.

TOP 8 - Schlusswort. Im Anschluss fand noch eine Informationsveranstaltung statt.



Teilnehmer



Dr. Alexander Rech



Vorstand



Wolfgang Rhode Galileo Training



Brigitte Sakuth im Gespräch mit Dr. Vorderstraße



Nick Fricke (Fa. Hempel) und Dr. Vorderstraße

Patientenkongress 2011

Am Samstag, dem 15. 10. 2011 fand im Hotel Haberkamp in Uphusen/ Stadt Achim bei Bremen, der diesjährige Patientenkongress der Deutschen Emphysemgruppe e.V. statt.

Strahlend schönes Oktoberwetter, kompetente Referenten, die auch die ausgefallensten Fragen beantworteten, spannende Themen und ein gut gelauntes interessiertes Publikum machten den Tag zu einem Erfolg. Wie die Jahre zuvor hat sich auch dieses Mal gezeigt, dass unsere Veranstaltungen mit wenigen Referenten für die Teilnehmer ein Forum darstellen, in dem sie sich wohlfühlen, viele Fragen stellen können und auch Gelegenheit haben, sich untereinander auszutauschen.

Um 10:30 begrüßte die Vorsitzende Heide Schwick die Anwesenden und stellte das Tagesprogramm und die Referenten mit deren jeweiligem Thema vor.

NIV (nichtinvasive Heimbeatmung)

Dr. Ch. Göbel: Oberarzt in der Pneumologie des Diakonienkrankenhauses Rotenburg/Wümme
Seite 26

Reha - und wie geht es zu Hause weiter?

OA Dr. med. M. Wittmann, Klinik Bad Reichenhall
Seite 22

Von Patient zu Patient: Sauerstoff - Tipps und Tricks

Ernst Kahlau, langjähriger Sauerstoffpatient mit viel Wissen
Seite 19

Ernährung bei Lungenerkrankung

Frau Margrit Selle, Pflégewirtin
Seite 8

Zwischendurch stärkten sich Patienten, Referenten und Standbesetzungen bei einem kräftigenden Mittagessen. Mit Interesse wurde die zu den Themen passende Ausstellung, beispielsweise Geräte für die nicht invasive Heimbeatmung der Firma VitalAire GmbH beachtet, an deren Stand Frau Fechtler gerne Rede und Antwort stand.

Herr Schwarz, ein Vertreter der AG Lungensport Hamburg unterstützte die Aussagen von Dr. Wittmann von der Rehaklinik Bad Reichenhall bezüglich der Dringlichkeit von Bewegung jeglicher Art und wies darauf hin, dass es noch immer viel zu wenige Lungensportgruppen gibt.

Wir danken GTI für die Versorgung mit Sauerstoff, Firma Cegla für das zur Verfügung gestellte Informationsmaterial und Demonstrationsgeräte wie Nasenbrillen, Cornet, Treshold u.a., Herrn..... von der Firma Sanimed, der ebenfalls Medizintechnik, unter anderem Pulsoxymeter vorführte. Wir danken allen unseren Mitgliedern, Gästen und an der Organisation Beteiligten für das sehr gute Gelingen der Veranstaltung



Teilnehmer und Referenten



Ausstellung



Heide Schwick und Dr. Wittmann



Heide Schwick und Ernst Kahlau

Schlüssel zur richtigen Therapie

Biomarker Procalcitonin erleichtert die Unterscheidung von bakteriellen und viralen Atemwegsinfektionen

Husten, Schnupfen, Heiserkeit - in der kalten Jahreszeit leiden viele Menschen unter Atemwegsinfektionen. Was sie ausgelöst hat, ob Viren oder Bakterien, lässt sich nicht ohne weiteres erkennen. Für die Behandlung ist diese Unterscheidung der Erreger wichtig. Denn Antibiotika wirken gegen Viren nicht. Verschreibt der Arzt dennoch ein Antibiotikum, geht die Behandlung ins Leere. Ein Labortest schafft Abhilfe: Der Procalcitonin-Test erlaubt dem Arzt eine eindeutige Diagnose der Krankheitsursache.



Foto: Shutterstock

Husten, Schnupfen, Heiserkeit: In der kalten Jahreszeit leiden viele Menschen unter Atemwegsinfektionen. Zu wissen, was sie ausgelöst hat, ob Viren oder Bakterien, ist oft schwer zu erkennen, aber entscheidend für die Behandlung.

Während Infektionen der oberen Atemwege in über 95 Prozent der Fälle von Viren ausgelöst werden und ohne Medikamente innerhalb von einer Woche ausheilen, wird die überwiegende Mehrzahl der unteren Atemwegsinfektionen, etwa eine Lungenentzündung, durch Bakterien verursacht.

Die schwierige Differenzierung zwischen bakterieller und viraler Infektion und das gleichzeitige Sicherheitsbedürfnis bei Patienten und behandelnden Ärzten führen weltweit zu einem dramatischen Überverbrauch an An-

tibiotika. Dabei existieren große Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern. Pro Kopf der Bevölkerung werden in Griechenland und Frankreich mehr als viermal so viel Antibiotika verbraucht wie in den Niederlanden und in Skandinavien. Deutschland liegt aufgrund seiner relativ strengen Verschreibungspflicht im unteren Drittel des Antibiotikaverbrauchs.

Dabei stellt der Antibiotika-Überverbrauch nicht nur einen erheblichen Kostenfaktor für die Gesundheitssysteme dar, sondern hat wesentliche negative Auswirkungen auf Krank-

heitsverlauf bis hin zu Todesfällen unter infektionskranken Patienten. Denn parallel zum Antibiotikaverbrauch haben sich in den letzten Jahren Resistenzen der Atemwegserreger gegen die wichtigsten Antibiotika entwickelt. Die Medikamente wirken dann nicht mehr.

Das Dilemma zwischen der Notwendigkeit einer Antibiotikatherapie bei bakteriellen Infektionen und der nicht indikationsgerechten Übertherapie weltweit hat vielfältige Forschungsinitiativen zur Verbesserung der Behandlungssituation mit diesen Substanzen initiiert.

Mit dem Procalcitonin (PCT) wurde ein Biomarker entwickelt, der die Diagnose von bakteriellen – und damit mit Antibiotika behandelungsfähigen – Infektionen und Virusinfektionen ermöglicht. Hinweise, dass PCT dies ermöglicht, hatten die Forscher in Studien aus dem Bereich der Intensivmedizin gewonnen. Das weiterentwickelte, mittlerweile hochsensible PCT hat in Studien gezeigt, dass es einen großen Einfluss auf den Antibiotikaverbrauch haben kann: Krankenhausärzte, die bei der Erstuntersuchung einen Procalcitonin-Test durchführten, verordnen wesentlich seltener ein Antibiotikum als Ärzte, die dies nicht tun. Aufgrund des PCT-Wertes verschrieben die Mediziner 51 Prozent weniger Antibiotika. Dennoch war der Heilungserfolg genauso gut wie zuvor.

Eine andere Untersuchung, an der niedergelassene Ärzte teilnahmen, offenbarte ähnliche Effekte der PCT-Anwendung. Die Wissenschaftler beobachteten zunächst, bei wie vielen Patienten mit Atemwegsinfektionen in den Wintermonaten ein Antibiotikum verschrieben wurde. Das alarmierende Ergebnis zeigte, dass fast ein Drittel aller Patienten ein Antibiotikum erhielt, obwohl laut PCT-Wert nur für gut sieben Prozent eine derartige Therapie in Frage gekommen wäre. Als sich die Mediziner schließlich am PCT-Wert orientierten, verschrieben sie mehr als 40 Prozent weniger Antibiotika.

Die Studien belegen, dass bei Patienten mit oberen und unteren Atemwegsinfektionen mit Hilfe des Biomarkers Procalcitonin eine Reduktion des Antibiotikaverbrauchs möglich ist. Und das ohne die Patienten zu gefährden. Angesichts der hohen Kosten, die mit Antibiotikaresistenzen verbunden sind, ist die Nutzung dieses Markers in der klinischen Praxis daher sowohl medizinisch sinnvoll als auch ökonomisch effektiv.

Experten fordern: Weniger Antibiotika einsetzen

PCT-Test zeigt, wann Antibiotika wirklich helfen können

Auch in Deutschland wächst die Gefahr durch Bakterien, die gegen Antibiotika resistent sind. Einer der führenden deutschen Antibiotika-Experten, Prof. Dr. Gert Höffken aus Dresden, warnt, dass sich „bei immer mehr Patienten bakterielle Erreger finden, gegen die es nur noch wenige oder praktisch keine wirksamen Antibiotika mehr gibt.“ Deshalb lautete das deutsche Motto des diesjährigen Weltgesundheitsjahres „DART – gemeinsam Antibiotikaresistenzen verhüten und bekämpfen“.

DART (steht für Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie) ist eine Initiative mehrerer Bundesministerien¹, die unter anderem eine bessere Diagnose fordert, um Antibiotika gezielter einzusetzen. Denn viele Antibiotika werden unnötig verschrieben. Patienten mit einer Erkältung können ihren Arzt fragen, ob der sogenannte PCT-Test für sie sinnvoll wäre – zum eigenen Wohl und um mit dazu beizutragen, dass Antibiotika auch in Zukunft noch wirksam sind. Dieser Test kann zeigen, ob Antibiotika überhaupt helfen können.

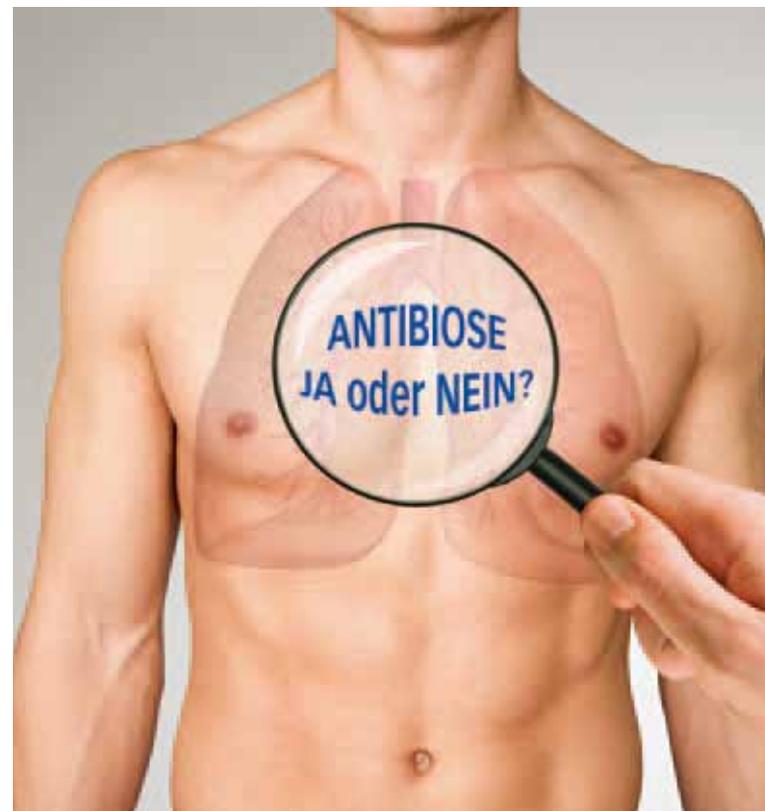
PCT-Test zeigt, wann Antibiotika wirklich helfen können

„Dass Antibiotika zu häufig und vor allem oft falsch eingesetzt werden, ist einer der Hauptgründe für die steigenden Resistenzfälle“, erklärt Höffken. Antibiotika sind nur gegen Bakterien wirksam, nicht gegen Viren. Bei Erkältungen entscheiden Ärzte häu-

fig anhand der Farbe des Auswurfs beim Husten, ob sie ein Antibiotikum geben. Das ist aber sehr unsicher, wie eine aktuelle internationale Studie gezeigt hat.² Deshalb erhalten fälschlicherweise auch viele Patienten mit einer viralen Infektion Antibiotika. Höffken empfiehlt stattdessen, den Test auf den Biomarker Procalcitonin (PCT-Test) einzusetzen. Der Wert von Procalcitonin im Blut zeigt an, wie wahrscheinlich es ist, dass der Patient eine bakterielle Infektion hat – und damit, ob ihm Antibiotika nützen können. In einer deutschen Studie haben niedergelassene Ärzte ihren Patienten bei Atemwegserkrankungen mit Hilfe des PCT-Tests 42 Prozent weniger Antibiotika verschrieben.³ „Mit dem PCT-Test lassen sich bei Atemwegserkrankungen bakterielle von viralen Infektionen gut unterscheiden“, so Höffken. Patienten mit einer viralen Infektion können so auch die möglichen Nebenwirkungen einer Antibiotika-Therapie erspart bleiben.

So funktioniert der PCT-Test

Die Bestimmung von Procalcitonin im Blut setzt sich bei niedergelassenen Ärzten immer mehr durch, um akute Atemwegsinfektionen gezielter therapieren zu können. Hierzu nimmt der Arzt dem Patienten Blut ab und schickt die Probe an sein Labor.



Das Ergebnis liegt in der Regel bereits am gleichen Tag vor. Bei gesunden Menschen ist der PCT-Wert sehr niedrig, dagegen sind bei bakteriellen Infektionen erhöhte Werte zu erwarten (virale Infekte: moderat bis gar nicht erhöht). In der Mehrheit der Bundesländer wird der PCT-Test schon von den gesetzlichen Kassen erstattet.

¹ Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie, ins Leben gerufen 2008 von den Bundesministerien für Gesundheit, für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie für Bildung und Forschung

² Butler C. C. et al.: Antibiotic prescribing for discolored sputum in acute cough/LRTI; European Respiratory Journal. Published online before print March 15, 2011, doi: 10.1183/09031936.00133910

³ Burkhardt O. et al.: Procalcitonin guidance and reduction of antibiotic use in acute respiratory tract infection, European Respiratory Journal 2010; 36: 601-607



Ernährung unter Berücksichtigung der besonderen Situation COPD-Erkrankter

Frau Margrit Selle, Pflégewirtin aus Delmenhorst mit mehreren Zusatzausbildungen, hielt ein sehr lebendiges Referat zum Thema Ernährung unter Berücksichtigung der besonderen Situation COPD-Erkrankter.

Sie stellte die Typologie der verschiedenen Kranken vor: den Pink Puffer, der schlank und untergewichtig mit stark erweitertem Brustkorb unter ständiger Atemnot leidet, gegenüber dem Blue Bloater, dem Bronchitistyp mit ausgeprägter Obstruktion, Husten, Auswurf, häufigen Infekten, deutlich übergewichtig und der, aufgrund des Sauerstoffmangels, bläuliche Lippen hat.

Anhand einer Tabelle zum BMI = Body-Maß-Index kann jeder selbst ausrechnen, wo er Gewichtsmäßig einzuordnen ist. Theoretische Grundlagen zum BMI:

Der BMI berechnet sich aus dem Körpergewicht [kg] dividiert durch das Quadrat der Körpergröße [m²]. Die Formel lautet:

$BMI = \text{Körpergewicht} : (\text{Körpergröße in m}^2)$. Die Einheit des BMI ist demnach kg/m².

Dies bedeutet, eine Person mit einer Körpergröße von 160 cm und einem Körpergewicht von 60 kg hat einen BMI von 23,4 - $[60 : (1,6 \text{ m})^2 = 23,4]$.

Weniger als 18,5 bedeutet Untergewicht

18,5 - 24,9 Normalgewicht

Mehr als 25 Übergewicht

25 - 29,5 Prä-Adipositas, was darüber liegt, wird in verschiedene Adipositas Grade eingeteilt, wobei 40 und mehr den 3. und schwersten Grad bezeichnet.

10 Regeln zur Ernährung

Die DGE oder „Deutsche Gesellschaft für Ernährung“ hat 10 Regeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse aufgestellt, wie man sich mit vollwertigem Essen genussvoll und gesundheitsfördernd ernähren kann und gleichzeitig Leistung und Wohlbefinden steigert.

1. Vielseitig, ausgewogen, abwechslungsreich sollte die Ernährung täglich sein, eine angemessene Menge nährstoffreicher und energiearmer Lebensmittel
2. Reichlich Getreideprodukte, Kartoffeln, Nudeln, Reis, Vollkornflocken. Sie enthalten allesamt viele Vitamine, Ballaststoffe und Mineralstoffe, kaum Fett. Dies sollte man mit fettarmen Zutaten kombinieren.
3. Täglich Obst und Gemüse, empfohlen werden 5 Portionen (eine Portion = eine Handvoll). Neben Vitaminen, Mineralien und Ballaststoffen enthalten sie Carotinoide und Flavonoide.
4. Täglich Milch und Milchprodukte (Calcium), 1-2mal wöchentlich Seefisch (Jod, Selen und Omega-3-Fettsäuren) Fleisch (Mineralstoffe und Vitamin B1; B2;B12), Wurstwaren und Eier in Maßen. Mehr als 300-600 gr. Fleisch und Wurst pro Woche in fettarmer Form sollten nicht verzehrt werden.
5. Wenig Fett und fettreiche Lebensmittel. Fette enthalten lebenswichtige essentielle Fettsäuren und fettlösliche Vitamine, sind aber sehr energiereich, und so kann das Übergewicht gefördert werden. Es könnte als Folge bei übermäßigem Verzehr zu Herz-Kreislauferkrankungen kommen. Bevorzugt werden sollten Pflanzenfette, z.B. Raps und Sojaöl, sowie die daraus hergestellten Streichfette. 60-80 gr. Fett am Tag reichen aus, dabei sollte auf die versteckten Fette in Fleischerzeugnissen, Milchprodukten, Gebäck, Süßwaren, Fertigprodukten sowie Fast-Food geachtet werden.
6. Zucker und Salz in Maßen, dabei auf versteckten Zucker (z. B. in Getränken) aufpassen. Würzen kann man mit Kräutern, Gewürzen, wenig Salz, aber möglichst mit Jod und Fluorid.
7. Reichlich Flüssigkeit zu sich nehmen, Wasser ist absolut lebensnotwendig. Trinken Sie rund 1,5 Liter Flüssigkeit jeden Tag. Bevorzugen Sie Wasser ohne oder mit Kohlensäure und andere energiearme Getränke. Alkoholische Getränke sollten nur gelegentlich und nur in kleinen Mengen konsumiert werden.
8. Essen sollte schmackhaft und schonend zubereitet werden. Garen Sie die jeweiligen Speisen bei möglichst niedrigen Temperaturen, soweit es geht kurz, mit wenig Wasser und wenig Fett, das erhält den natürlichen Geschmack, schont die Nährstoffe und verhindert die Bildung schädlicher Verbindungen.
9. Sich Zeit nehmen und genießen, essen Sie nicht nebenbei! Lassen Sie sich Zeit beim Essen. Das fördert Ihr Sättigungsempfinden.
10. Auf das Gewicht achten und in Bewegung bleiben. Ausgewogene Ernährung, viel körperliche Bewegung und Sport (30 bis 60 Minuten pro Tag) gehören zusammen. Mit dem richtigen Körpergewicht fühlen Sie sich wohl und fördern Ihre Gesundheit.

Bedürfnisorientiertes Essen: Das heißt, die Auswahl der Nahrungsmittel entsprechend der Gewohnheiten, Wünsche und Vorlieben, die sich aus den lokal-regionalen, ethischen oder sonstigen Aspekten ergeben, auswählen, da sie zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität beitragen.

Bedarfsgerechtes Essen: Ist die Menge an Energie bzw. Nährstoffen, die vom Körper pro Tag benötigt werden, um optimale Körperfunktionen zu gewährleisten. Das sind:

55-60% Kohlenhydrate

10-15% Eiweiß

30% Fett

Ernährungstipps bei Entzündungen:

Radikalfänger bzw. Antioxydantien
Erhöhte Zufuhr von Vitaminen E und C
Spurenelemente Selen und Zink
Sekundäre Pflanzenstoffe
Raffinierte Kohlenhydrate und Stress übersäuern und schwächen den Körper, Fleisch und Wurst reduzieren, da sie entzündungsfördernd wirken.

Ernährungstipps bei Cortisoneinnahme –Glukokortikoide bzw. Steroide:

Calcium 1.000-1.500 mg pro Tag

Vitamin D3 400-1.200 I.E.

Kalium mind. 200 mg.

Magnesium mindestens 300-350 mg, ggfs. bis 600-1.200 mg.

Ernährung nach einer Transplantation: Sie sollte vollwertig, fettreduziert und calciumreich sein. Zu meiden sind Grapefruits (Cyclosporinspiegel), Nüsse (Aspergillengefahr), rohes Fleisch, Alkohol. Nur frisch gemahlener Pfeffer und Gewürze verwenden (Aspergillengefahr), alle Lebensmittel frisch zubereiten.

Bei folgenden Lebensmitteln ist Vorsicht geboten: Müsli-fertigmischungen, Getreidekörner, Schrot, rohe Getreidekeime und Kleie, Brotsorten mit Leinsamen und Nüssen, allen schlecht waschbaren/schälbaren Obst und Gemüsesorten, rohen Pilzen, Blattsalat, Sprossen, Kohl, Rohmilch, Schimmelpilzkräuter, Mayonnaisen, Rohmarzipan, Eiswürfeln aus Leitungswasser.

Empfehlungen für Senioren mit Untergewicht (Altersexperte Dr. Zeyfang):

Mindestens ein bis zweimal wöchentlich fetter Fisch, Schokolade mit hohem Kakaoanteil, Haushaltszucker in Speisen und Quark, 2mal eine Handvoll Obst, täglich Milchprodukte, eiweißreiche und hochkalorische Aufbauernahrung aus der Apotheke, Tiefkühlprodukte, überschaubare Mengen trinken, mindestens einmal täglich eine warme Mahlzeit mit Kartoffeln, Nudeln oder Reis und Gemüse, 1 Stück Fleisch, Fisch oder Ei, 1 Glas Milch. Ausreichende Bewegung fördert den Appetit.

Margit Selle

Evidenzbasierte Medizin der COPD - Die Therapieleitlinie „GOLD“ unter Einbeziehung neuer Medikamente

Referent Alexander Rech, Pneumologe/Internist in Braunschweig

Bei den Todesursachen stand 1990 weltweit die COPD an 6. Stelle. Im Jahre 2020 wird sie bereits an 3. Stelle nach den Herzerkrankungen stehen. Deshalb sind die Vorsorge und die Behandlungsstandards sehr wichtig, wie Dr. Rech ausführte.

Die Therapieleitlinie „GOLD“ steht für die englische Bezeichnung „global initiative on obstructive lung disease“ bei COPD (chronic obstructive pulmonary disease). Sie wurde entwickelt, um einen einheitlichen Sprachgebrauch und ein gemeinsames Problembewusstsein weltweit zu entwickeln sowie eine anerkannte Diagnostik und ein evidenzbasiertes Therapieschemata.

Die COPD zeichnet sich durch eine abnorme Entzündungsantwort auf inhalative Noxen (Inflammation) und eine progressive-obstruktive Atemflusseinschränkung (nicht voll reversibel) aus. Sie ist eine chronische Erkrankung mit reduziertem, expiratorischem Spitzenfluss und verzögerter expiratorischer Lungenentleerung, die expiratorische Flusslimitierung ist progredient und überwiegend irreversibel. Die Flusslimitierung entsteht aus einer variablen Kombination aus bronchialen Ursachen und den Folgen eines Emphysems.

Zu den Therapiezielen gehören die Verringerung der Progredienz und der Symptome, die Steigerung der Belastbarkeit, die Verbesserung des Allgemeinzustandes, die Vorbeugung von Komplikationen sowie die Verringerung der Exazerbationen und der Mortalität, also ein Zugewinn an Lebenszeit. Um diese Ziele zu erreichen gibt es einerseits die medikamentösen Maßnahmen. Dazu zählen Bronchodilatoren, inhalative Glukokortikoide und Antibiotika bei bakterieller Exazerbation. Daneben gibt es noch unterstützende Maßnahmen. Dazu gehören die Raucherentwöhnung, die Schulung der Patienten, Rehabilitation, eine O₂-Langzeittherapie bei Sauerstoffmangel und die Impfung gegen Grippe und Pneumokokken.

Diese Maßnahmen werden in Evidenzgrade eingeteilt (A = sehr effektiv).

Das Einstellen des Nikotinkonsums ist die effektivste Methode die Entstehung und /oder den Progress einer COPD zu verhindern. (Evidenzgrad A). Auch eine kurze pharmakologische (mit Medikamenten) Tabakentwöhnung ist sehr effektiv. (Evidenzgrad A). Für den Erfolg sind die praktische Unterstützung, die Beratung und die Unterstützung im persönlichen Umfeld des Patienten besonders hilfreich (Evidenzgrad A).

Therapie

Bei der Therapie einer stabilen COPD spielen Bronchodilatoren als Bedarfs- und Basismedikation eine zentrale Rolle (Evidenzgrad A). Sie verbessern die Leistungsfähigkeit, allerdings nicht immer die Lungenfunktion (Evidenzgrad A).

Langwirksame inhalative Beta-2-Agonisten (Salmeterol) verbessern den Gesundheitszustand (Evidenzgrad B).

Inhalative Anticholinergika verbessern ebenfalls den Gesundheitszustand. (Evidenzgrad A). Die Kombination aus kurzwirksamen Beta-2-Agonisten und Anticholinergika ist wirksamer als eine Monotherapie (Evidenzgrad A). Inhalative Glukokortikoide werden für symptomatische Patienten mit einem FEV₁<50% Soll und wiederholten Exazerbationen (Evidenzgrad B) verwendet. Die Gabe von systemischen Glukokortikoiden soll vermieden werden (Evidenzgrad A). Eine Langzeit-Therapie mit Antibiotika (Evidenzgrad A), Mukolytika, das sind schleimlösende Mittel (Evidenzgrad D) oder Antioxidantien (freie-Radikalfänger Evidenzgrad B) wird nach derzeitiger Datenlage nicht empfohlen. Antitussiva (Hustenreiz stillende Medikamente) sind kontraindiziert (Evidenzgrad D).

Alle Patienten profitieren von adäquatem körperlichem Training (Evidenzgrad A). Eine Langzeit-O₂-Therapie verbessert bei respiratorischer Insuffizienz das Überleben des Patienten (Evidenzgrad A).

Exazerbation

Unter einer Exazerbation versteht man eine akute Verschlechterung einer vorbestehenden COPD mit vermehrter Menge/Purulenz des Sputums, vermehrtem Husten und vermehrter Dyspnoe. Die Exazerbation wird in drei Schweregrade eingeteilt:

leicht:

eine Intensivierung der Medikation ist erforderlich. Der Patient kann die Therapie selbständig anpassen.

mäßig:

eine Intensivierung der Medikation ist erforderlich. Der Patient holt sich medizinischen Rat ein.

schwer:

neben der Intensivierung der Medikation ist eine Krankenhauseinweisung erforderlich.

Die häufigsten Ursachen einer Exazerbation sind Infektionen und Luftverschmutzung. Bei einem Drittel der Fälle bleibt die Ursache allerdings unklar (Evidenzgrad B). Als Therapie der Wahl haben sich die Inhalation mit Beta-2-Agonisten und Anticholinergika sowie Glukokortikoide (oral oder intravenös) als Stoßtherapie für längstens 10 Tage bewährt (Evidenzgrad A). Bei klinischen Zeichen einer Infektion ist die Gabe von Antibiotika. (Evidenzgrad B) erforderlich. Die nichtinvasive Beatmung kann die Mortalität und die Krankenhausverweildauer vermindern. (Evidenzgrad A).

Stadieneinteilung der COPD nach Gold:

Stadium 0 = gefährdet

Merkmale: chronischer Husten und Sputumproduktion, normale Lungenfunktion, keine Medikation erforderlich, allerdings sollten Risikofaktoren vermieden werden und eine Raucherentwöhnung stattfinden.

Stadium 1 = leichte COPD

Merkmale: leichte Behinderung der Ventilation ($FEV_1/FVC < 70\%$ aber $FEV_1 \geq 80\%$ vom Sollwert) mit oder ohne chronische Symptome. Betroffene sind sich häufig nicht bewusst, dass ihre Lungenfunktion nicht normal ist. Als Medikamente werden kurz wirksame β_2 -Sympathomimetika (z.B. Fenoterol = Berotec) und / oder Anticholinergika verordnet (z.B. Ipratropiumbromid = Atrovent) bei Bedarf. Die jährliche Impfung gegen Influenza führt zu einer Reduktion der Mortalität und zu einer Abnahme sekundär auftretender Pneumonien und wird deshalb empfohlen, ebenso die Impfung gegen Pneumokokken alle 5 Jahre (wobei keine eindeutige Evidenz bei der Wiederholung gegeben ist) bei älteren Patienten und den höheren Schweregraden.

Stadium 2 = moderate COPD

Merkmale: Verschlechterung der Ventilation ($FEV_1/FVC < 70\%$, aber $50\% \leq FEV_1 < 80\%$ vom Sollwert) und Fortschreiten der Symptome, sowie Kurzatmigkeit nach körperlicher Anstrengung. Die hier verordneten Medikamente sind langwirksame β_2 -Sympathomimetika (z.B. Formoterol/Oxis oder Salmeterol/Serevent) und / oder Anticholinergika (Tiotropiumbromid/Spiriva als Dauertherapie). Dazu kommen kurz wirksame β_2 -Sympathomimetika und / oder Anticholinergika bei Bedarf. Wird in Ausnahmefällen Theophyllin in Tablettenform verordnet sind regelmäßige Spiegelkontrollen notwendig. Zusätzlich sollten eine pneumologische Rehabilitation, Patientenschulungen und Atemtherapie erfolgen. Ebenso können Atemhilfsmittel verordnet werden.

Stadium 3 = schwere COPD

Merkmale: Fortschreitende Ventilationsstörung ($FEV_1/FVC < 70\%$, aber $30\% \leq FEV_1 < 50\%$ vom Sollwert). Gesteigerte Kurzatmigkeit und wiederholte Exazerbationen, die die Lebensqualität des Patienten stark beeinflussen. Als zusätzliches Medikament können jetzt inhalative Corticosteroide (z.B. Budesonid / Pulmicort oder Fluticason/ Flutide) bei rezidivierenden (wiederkehrenden) Exazerbationen verordnet werden. Bei pulmonaler Kachexie ist eine adäquate Ernährung erforderlich.

Stadium IV = sehr schwere COPD

Merkmale: Schwerste Ventilationsstörung ($FEV_1/FVC < 70\%$, aber $FEV_1 < 30\%$ vom Sollwert) oder schwere chronische respiratorische Ausfälle. Die Lebensqualität wird noch weiter eingeschränkt und Exazerbationen können lebensbedrohlich sein. Hier ist die Notwendigkeit einer Sauerstofflangzeittherapie und / oder einer nichtinvasiven Heimbeatmung zu prüfen. Zusätzlich gibt es noch chirurgische Optionen (LTX, verschiedenartige Volumenreduktionen), die für einige Patienten in Frage kommen.

Die klassische Definition einer chronischen Bronchitis ist:

Husten, Auswurf und Hypersekretion an den meisten Tagen in mindestens drei Monaten in mindestens zwei aufeinander folgenden Jahren - ohne andere kardiale oder pulmonale Ursache. Eine Atemwegsobstruktion ist nicht notwendigerweise vorhanden. Die Chronische Bronchiolitis des Erwachsenen („Small airways disease“) mit entzündlichen Veränderungen bis zur Obstruktion der peripheren Atemwege ($< 2\text{mm}$) Sie ist eine Teilkomponente der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung. Pathologisch-anatomisch kann bei Emphysepatienten in 71,7% der Fälle eine zumindest minimale chronische Bronchiolitis nachgewiesen werden. Die relevante Rolle bakterieller und viraler Infektionen in der Pathogenese der COPD ist seit langem bekannt.

Die klassische Definition eines Emphysems ist:

die dauerhafte Erweiterung der terminalen Atemwege distal der Bronchioli terminales mit Destruktion der Alveolarsepten.

Es werden zwei Emphysemtypen unterschieden: der „blue bloater“

leidet an Hypoxämie, einer CO_2 -Retention, einem Cor pulmonale und produktivem Husten. Die Bronchitis steht dabei im Vordergrund.

Beim „pink puffer“ steht das Emphysem im Vordergrund. Er leidet unter Kachexie und Ruhedyspnoe.

Daxas

Anschließend stellte Dr. Rech noch die Ergebnisse von Studien über Daxas vor, das seit einiger Zeit für die Behandlung der COPD auf dem Markt ist. Der Wirkstoff ist ein Entzündungshemmer, der über die Blockade der chronischen Entzündung der COPD wirkt. Er blockiert die Phosphodiesterase 4, dadurch steigt die intrazelluläre Konzentration des Botenstoffs cAMP, was zu anti-entzündlichen Effekten führt. Er ist kein direkter Bronchodilatator, sondern eine nicht-steroidale, antiinflammatorisch wirksame Substanz, die als add-on-Therapie gemeinsam mit Bronchodilatoren die Lungenfunktion verbessert und die Exazerbationshäufigkeit senkt.

Besonders Patienten der schweren COPD-Stadien und häufigen Exazerbationen profitieren von diesem Wirkstoff.

Als Nebenwirkungen treten häufig Durchfall, Gewichtsverlust, Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen und Schlafstörungen auf.

In zwei randomisierten Doppelblind-Phase-III-Studien mit über 1.500 Patienten der Schweregrade II und III (EOS und HELIOS), wurde die Wirksamkeit von Daxas bei gleichzeitiger Behandlung mit Standard-Bronchodilatoren für COPD (Tiotropium oder Salmeterol) untersucht. Primäre Endpunkte waren die mittlere Änderung der Lungenfunktion (FEV_1 vor Einnahme eines Bronchodilators) im Laufe der Studie im Vergleich zum Ausgangswert bei Beginn der Studie. Beide Studien bestätigten die Wirksamkeit von Daxas bei gleichzeitiger Behandlung mit Standard-Bronchodilatoren.

Die Studienergebnisse zeigen, dass insbesondere mit Indacaterol 300 μg die Überblähung bei COPD-Patienten stark verbessert werden kann: Die IC unter Belastung von

COPD-Patienten betrug nach drei Wochen mit 300µg Indacaterol 2,22 Liter und mit Placebo 1,94 Liter, also 280 ml mehr ($p=0,002$). Auch die Belastungsdauer konnte durch Indacaterol vs. Placebo signifikant verbessert werden. Nach dreiwöchiger Behandlung war die Belastungsdauer unter Indacaterol 111 Sekunden länger als unter Placebo. In einer anderen Studie konnten ebenfalls unter Indacaterol 300µg an Tag 14 statistisch signifikante Verbesserungen ($p<0,05$) gegenüber Placebo verzeichnet werden. Diese betrafen Ausdauer, sowie Ruhe-IC, IC unter Belastung, FEV1 und Dyspnoe.

Als weiterer Indikator für die Dyspnoe und somit die Belastbarkeit von COPD-Patienten gilt der Transition-Dyspnoe-Index (TDI). Der TDI-Fragebogen erfasst die Veränderung der Luftnot im Verlauf. Im Vergleich zum Placebo erzielten bei Indacaterol signifikant mehr Patienten diesen klinisch relevanten Unterschied bei der TDI-Gesamtpunktzahl. In Woche

26 betrug der Anteil der Patienten, die diese Verbesserung erzielten, 62 Prozent beziehungsweise 71 Prozent unter einer Behandlung mit Indacaterol 150µg oder 300µg und 47 Prozent unter Placebo. Auch ein Vorteil gegenüber Salmeterol hinsichtlich des TDI konnte in einer der Indacaterol-Studien gezeigt werden: 69,4 Prozent der Patienten unter Indacaterol hatten eine klinisch relevante Besserung (≥ 1 Punkt) des TDI in Woche 12. Diese Verbesserung war statistisch höher ($p<0,05$) als unter Salmeterol (62,7 Prozent). Indacaterol verbessert also direkt die Lebensqualität.

Damit schloss Dr. Rech seinen Vortrag und beantwortete noch einige Fragen aus dem Publikum.

Brigitte Sakuth

Buchbesprechung

Atemgymnastik

Atemgymnastik
Von Heike Höfler
 Limpert Verlag GmbH
 ISBN 978-3-7853-1851-5

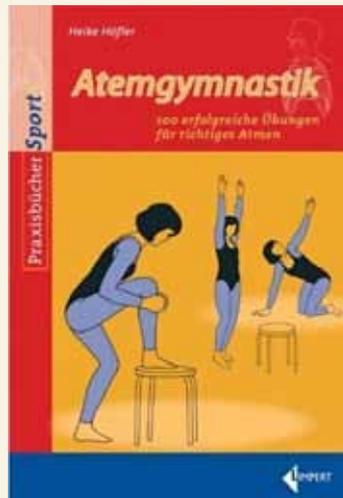
Die Autorin Heike Höfler, staatlich geprüfte Sport- und Gymnastiklehrerin, gibt seit vielen Jahren Kurse und Seminare im Bereich „Atmen“ und „Atemgymnastik“ in Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Betrieben, Bildungswerken und anderen öffentlichen Einrichtungen.

Gerade ist ihr Praxisbuch „Atemgymnastik,“ 100 erfolgreiche Übungen für richtiges Atmen, herausgekommen, die Neuauflage einer älteren Ausgabe.

Die Atmung ist die Grundvoraussetzung unseres Lebens überhaupt, ohne Luft, ohne Sauerstoff können wir nicht existieren.

Gerade Menschen mit chronischen Atemwegkrankungen haben den dringenden Wunsch, wieder besser atmen zu können, mehr Energie für ihren Körper und mehr Wohlbefinden für die Psyche zu erlangen. Frau Höflers Erfahrung mit diesen Kranken spricht aus jedem ihrer Sätze

In einfachen verständlichen Worten stellt sie den Aufbau und die Funktionsweise der Atmungsorgane dar. Sie beschreibt, was mit dem Menschen geschieht, wenn er sich müde, schlapp, lustlos und nicht mehr leistungsfähig fühlt, weil die Atmung oberflächlich und nicht ausreichend ist. Kommen Anspannung, Ängstlichkeit, Stress und mangelnde Bewegung dazu, ist die Folge zunehmender



Sauerstoffmangel, die Körperzellen, die Organe werden nicht mehr ausreichend versorgt, was schwerwiegende Folgen haben kann. In allen Körperzellen finden Stoffwechselprozesse statt, wofür die Verbrennung der Nährstoffe mit dem benötigten Sauerstoff ausschlaggebend ist. Die richtige Atmung sorgt durch das Ausatmen des Abfallproduktes Kohlendioxid für die optimale Reinigung in unserem Körper und für genügend Sauerstoff in den Organen, besonders im Gehirn.

Gerade für Menschen mit schweren Atemwegkrankungen gilt dies in besonderem Maße. Depressionen, Angst und Spannungen sind bei diesen Krankheitsbildern oft besonders stark ausgeprägt. Ein erster Weg zur Auflösung dieser Stresssymptome führt über die richtige Atmung. Auch wenn es sich vielleicht um Neuland handelt, sollte der theoretische Teil, der dem praktischen Übungsteil vorangestellt ist, aufmerksam gelesen werden. Die geistige und körperliche Vorbereitung sind Voraussetzungen, um die erwünschten Ziele und Auswirkungen der Atemgymnastik zu erreichen. Die Atemschulung verhilft zu körperlichem und seelischem Ausgleich, zu Harmonie und Entspannung.

Das Ziel der Atemgymnastik ist neben der „Bewusstmachung“ des Atems die Entwicklung, Schulung und Pflege des Atemapparates.

Alle 20 Übungsprogramme sind genau beschrieben und mit einfachen Zeichnungen versehen. Den eigentlichen Übungen gehen Entspannungs- und Haltungs- und Lockerungsübungen voraus, die von jedem nachvollziehbar sind und unbedingt angewendet werden sollten.

Lernen Sie, bewusst zu atmen, und stellen Sie sich nach einiger Zeit ein Übungsprogramm auf, das auf Ihre speziellen Bedürfnisse zugeschnitten ist, und Sie werden eine fühlbare Erleichterung im täglichen Umgang mit Ihrer Erkrankung erfahren.

Heide Schwick

A close-up photograph of several tulips. The tulips are in various stages of bloom, with some showing vibrant red and yellow colors. The petals are covered in small, clear water droplets, suggesting they have been recently watered or are in a humid environment. The background is a soft, out-of-focus green, likely the foliage of the tulips. The overall mood is fresh and vibrant.

*Der Atem steht für die
immer wiederkehrende
Kraft des Lebens*

Freizeitaktion der Lungensportgruppe Delmenhorst

Am 21. Juli 2011 fand erneut eine außerordentliche Freizeitaktion der Lungensportgruppe der BSG-Delmenhorst statt. Diesmal traf man sich bei sonnig warmen Wetter zum Minigolfen in der Delmenhorster Innengraft. Treffpunkt war um 17 Uhr die Minigolfanlage, die zwischen 38 und 80 Jahre alten Teilnehmer nutzen wollten.

Voller Tatendrang spielten einige Kursteilnehmer der zwei Lungensportgruppen und Angehörige ein kleines Turnier in zwei Sechsergruppen aus, wobei das Ergebnis nebensächlich war, der Spaß stand im Vordergrund. Es wurde ein Durchgang mit 12 Bahnen gespielt, die für einige doch Kopfzerbrechen darstellte und verzweifeln ließ. Letztendlich schaffte der Gesamtsieger es unter 40 von 84 Schlägen zu bleiben. Aufgrund der unterschiedlichen Handicaps und

mancher Luftnot sorgte Übungsleiterin Margrit Selle für genügend Sitzmöglichkeiten in Form von Hockern, die mitgeführt und auch redlich in Anspruch genommen wurden. Dieser Tag lief problemlos und mit viel Spaß ab trotz der verschieden schweren Lungenerkrankungen einzelner. Im Anschluss nutzte man das warme Sommerwetter und traf sich noch in einem Eiscafé und nahm etwas Kühles zu sich und beschloss, sich weiterhin neben den Sportstunden zu treffen.

Michael Feige



Galileo Training bei COPD

Auf der Informationsveranstaltung der DEG in Braunschweig lud der Physiotherapeut Wolfgang Rhode, die Teilnehmer ein, ein Galileo Training in seiner Praxis auszuprobieren.

Das Galileo wurde ursprünglich für die Raumfahrt entwickelt, weil in der Schwerelosigkeit die Muskeln verkümmern und die Astronauten nach ihrer Rückkehr zur Erde das Laufen erst mühsam wieder erlernen mussten. Inzwischen wird in der Medizin, beim Profisport, aber auch in Fitness-Clubs und Physiotherapiepraxen das Galileo Training angeboten. Durch die vibrierende Platte wird die Muskelleistung stimuliert, die Muskelkoordination und die Haltungskontrolle verbessert und die Durchblutung erhöht. Geringere Frequenzzahlen dienen der Muskelentspannung. Es wird zur Osteoporosevermeidung und zur Stärkung der Kraft und Ausdauer angewendet. Ein Trainingseffekt ist mit bedeutend kürzerem Zeit- und Kraftaufwand zu erzielen als bei herkömmlichen Trainingsmethoden. Trainiert werden alle Muskeln der Beine und des Rumpfes sowie Bauch und Rücken. Trainingsschwerpunkte auf einzelne Muskelgruppen können durch die Körperhaltung und Körpersteifigkeit variiert werden.

In einer kleinen Studie wurde die Wirksamkeit auch bei COPD nachgewiesen. Hier ist durch die Krankheit der Muskelaufbau ja sowieso erschwert und durch die Luftnot die mögliche Belastbarkeit begrenzt. Mit dem Galileo kann aber auch ein chronisch kranker Patient seine Muskeln ohne großen Kraftaufwand mit seiner individuellen Frequenz den Muskelaufbau trainieren und die Durchblutung verbessern, aber auch der Schleim kann sich bei regelmäßiger Anwendung besser lösen. Da bei der COPD Muskeln häufig verkrampft sind, kann bei einer niedrigen Frequenz von 5 – 10 Hertz eine Entspannung erreicht werden. Ohne die Anleitung eines erfahrenen Trainers sollte allerdings nicht trainiert werden. Auch gibt es einige Ausschlussgründe. Herr Rhode bietet in Braunschweig in seiner Praxis beispielsweise ein individuell auf den Patienten zugeschnittenes Training an, aber auch in anderen Praxen gibt es Galileogeräte. Im Rahmen meiner Atemtherapie trainiere ich regelmäßig 2-mal die Woche insgesamt ca. 15 Minuten auf dem Galileo.

Brigitte Sakuth

Erste Wangerländer Gesundheitswoche

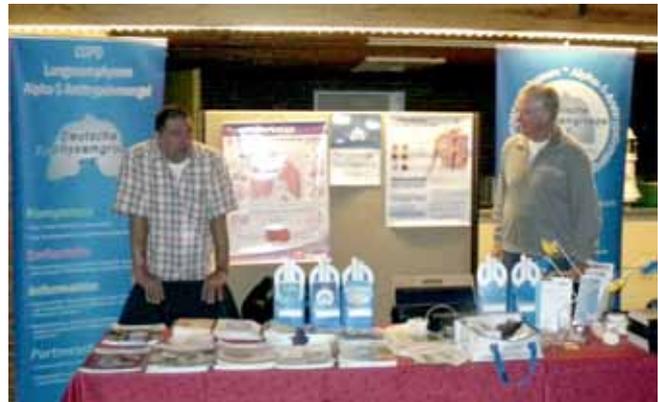
In der 48. Kalenderwoche dieses Jahres fand im Kursaal des Nordseeheilbades Horumersiel die erste Gesundheitswoche statt. Um die medizinische und gesundheitstouristische Kompetenz der Region verstärkt heraus zu stellen, fanden sich das Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch, die Friesenhörn-Nordsee-Kliniken und die Wangerländer Touristik GmbH als Initiatoren dieses Vorhabens zusammen.

Außerhalb der Schulferien und mit Beginn des Herbstes überwiegt im Straßenbild des Kurortes mit Abstand der, man kann es wohl so sagen, etwas betagtere Gast. Eben die Klientel, die die Verantwortlichen wohl auch ansprechen wollten. So wurde in den Vorträgen auch ein breites Kaleidoskop behandelt. Von Wellness über Klima, Körper & Psyche bis zur Ernährung. Von rheumatologischen Erkrankungen über Herz-Kreislaufbeschwerden bis eben auch zu Lungenerkrankungen.

Diesen Part übernahm wieder einmal mehr die Deutsche Emphysemgruppe e.V., vor Ort vertreten durch die Selbsthilfegruppe Friesland / Wilhelmshaven. Logistisch unterstützt wurden sie von unserem Koordinator für die Selbsthilfegruppen und Kassenwart Hartmut Domagala.

Dem Besucher wurde ein Infostand mit vielen interessanten Broschüren präsentiert. Über gemessene Werte aus Pulsoxymeter und COPD-Tester wurden dann informative Gespräche mit den Interessierten geführt. Es blieb leider nicht aus, dass ab und an die Empfehlung ausgesprochen werden mußte, man möge doch einen Pneumologen aufsuchen. Nach Ablauf der vier Tage wurde von den Verantwortlichen und

den Ausstellenden ein positives Resümee gezogen, in dem man sich aber fürs nächste Jahr für weniger Tage entscheiden würde.



Standbesetzung: Günter Tepper (rechts) ; Ulrich Schulz

*Bericht und Foto:
Hartmut Domagala*

**Selbsthilfegruppe
Wilhelmshaven / Friesland
Günter Tepper
26316 Varel
Neudorfer Str. 3
Telefon: 04451 - 6292**

Meine Krankenversicherung streicht die Versorgung mit Prolastin

Im Frühjahr 2000 wurde bei mir ein Lungenemphysem infolge Alpha-1-Antitrypsinmangels diagnostiziert. Seit dem Sommer 2000 erhalte ich wöchentliche Infusionen mit Prolastin. Im Mai dieses Jahres bekam ich ein Schreiben meiner privaten Krankenversicherung, in dem diese einen ausführlichen Befundbericht einschließlich eines Medikamentenplans von meinem Arzt anforderte. Da laut den Versicherungsbedingungen nur medizinisch erforderliche Arzneimittel erstattungsfähig seien, wolle man die mir verordneten Arzneimittel überprüfen.

Einige Wochen später erhielt ich dann ein Antwortschreiben der Krankenversicherung, in dem meine Medikamente aufgelistet waren und außerdem mitgeteilt wurde, dass nach Auffassung der beratenden Ärzte meiner Krankenversicherung eine medizinische Notwendigkeit für das Präparat Prolastin nicht erkennbar wäre und die Kosten dafür nicht mehr übernommen würden. Die Begründung lautete, das laut Studie ein Einfluss der Therapie bei Patienten mit einem FEV1 < 30% nicht feststellbar sei. Es fehle jegliche Evidenz, dass die Substitutionstherapie bei Patienten mit fortgeschrittenem Lungenemphysem hilfreich ist. Mein FEV1 betrug laut der letzten vorliegenden Messung 21,2%.

Mein Lungenfacharzt äußerte dazu, dass die genannte Studie nur etwas über den FEV1 zu Zeitpunkt des Beginns der Substitutionstherapie (bei mir im Jahr 2000) aussagt, aber keine Aussagen über die Behandlung während des weiteren Verlaufs trifft. Dies wurde meinem Lungenfacharzt durch den Leiter des Alpha-1-Centers Hamburg bestätigt. Ein Ende der Therapie ist nicht vorgesehen.

Ich habe daraufhin bei Frau Schwick die Email-Adressen einiger Experten für AAT-Mangel sowie die der Firma Talecris erfragt und dort jeweils um eine Einschätzung gebeten. Bei Talecris habe ich erfahren, dass private Krankenversicherungen gelegentlich solche Vorstöße unternehmen. Die medizinischen Experten haben mir bestätigt, dass die Studie

nur Aussagen über den Beginn der Therapie trifft. Über die Wirkung von Prolastin bei fortgeschrittenem Emphysem gibt es aufgrund der geringen Anzahl von Patienten keine Studienergebnisse. Bei einem fortgeschrittenen Emphysem ist der FEV1-Wert ohnehin kein geeigneter Parameter zur Beurteilung der Wirkung der Behandlung. Alle Experten haben dazu geraten, bei der Krankenversicherung auf Wiederaufnahme der Substitutionstherapie zu drängen oder vor dem Sozialgericht zu klagen.

Mein Lungenfacharzt hat schriftlich bei der Krankenversicherung die Thematik dargestellt. Gleichzeitig habe ich ebenfalls dorthin geschrieben, und das Ergebnis meiner eigenen Recherchen mitgeteilt. Etwa eine Woche später teilte die Krankenversicherung mit, dass die beratenden Ärzte aus dem Schreiben meines Arztes noch immer keine zusätzliche Begründung für den Nutzen der Therapie bei fortgeschrittenem Emphysem erkennen können. Man würde die Entscheidung aber noch überprüfen und bat um zusätzliche Unterlagen wie z.B. sämtliche Lungenfunktionsmessungen der letzten 10 Jahre und fragte, ob ich mich in einem LTX-Zentrum vorgestellt habe, was nicht der Fall ist. Die neueste Messung, die mein Arzt mitschickte, ergab dann einen FEV1 von 24,1% bzw. 25,3% bei der Spirometrie.

Ich kann nicht sagen, was genau den Ausschlag gegeben hat, aber einige Wochen später teilte mir die Krankenversicherung mit, dass die Substitutionstherapie in meinem Fall als wirksam eingeschätzt wird und deshalb die Kosten wieder getragen werden. Ich musste die Infusionen wegen dieser Aktion fünf oder sechs Wochen aussetzen. Falls Ihre Krankenversicherung auch auf solche Ideen kommt, kann ich nur raten, nicht aufzugeben und zu widersprechen. In meinem Fall hat das Engagement meines Lungenfacharztes sicher sehr geholfen.

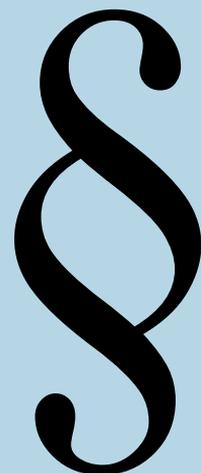
Claus-Günther Niemiets

Gerichtsurteil

Pflegeversicherung bei Hartz IV

Die private Pflegeversicherung von Hartz IV Empfängern darf nicht durch die Regelungen des Sozialgesetzbuches (SGB) begrenzt werden. Der vom Staat zu übernehmende Beitrag zur privaten Pflegeversicherung wird durch das SGB auf monatlich 18,04 € beschränkt. Versicherungen dürfen aber von Hartz IV-Empfängern Monatsbeiträge bis zu 36,31 € verlangen. Das ist die Hälfte des Höchstbetrages zur sozialen Pflegeversicherung. Damit diese Versicherten nicht zusätzlich belastet werden, sollen die Leistungsträger den vollen Beitragssatz erstatten urteilte das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen. Das Urteil ist allerdings noch nicht rechtskräftig, da beim Bundessozialgericht Revision eingelegt wurde.

Quelle: Apotheke adhoc



Neues aus der Forschung

Außer Kontrolle geratene Killerzellen bei COPD

Bisher galten Zigarettenrauch oder eine hohe Staubbelastung als Ursache der COPD unter der in Deutschland bis zu 5 Millionen Menschen leiden. Mittlerweise mehren sich die Hinweise, dass außer Kontrolle geratene Zellen des Immunsystems für die dauerhafte Entzündung des Lungengewebes verantwortlich sind und das Fortschreiten der Erkrankung beschleunigen.

Forschern am Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI) in Braunschweig gelang es in einer aktuellen Studie, die Rolle der zytotoxischen T-Zellen (Killerzellen, die Viren und andere Krankheitserreger aufhalten und abtöten) genauer zu beschreiben. Es scheint allerdings mehrere Mechanismen zu geben, die die zerstörerischen Immunzellen in Schach halten können. Rauchen oder eine starke Staubbelastung schaffen ein entzündliches Umfeld in den Lungenbläschen. Schreitet die Entzündung fort, sterben immer mehr beschädigte Zellen ab und setzen Antigene (Substanzen, die an Antikörper oder Lymphozyten-Rezeptoren binden) frei. Diese werden von Immunzellen eingefangen und in die benachbarten Lymphknoten transportiert. Dort werden Killerzellen aktiviert, die dann irrtümlich das körpereigene Lungengewebe angreifen. Dieser Prozess ist typisch für Autoimmunerkrankungen und läuft unabhängig von der Schadstoffexposition immer weiter ab.

Die Wissenschaftler simulierten das Geschehen in Mäusen, die sie genetisch veränderten. Diese Mäuse tragen einen Baustein des Grippevirus auf der Oberfläche der Lungenbläschen und zusätzliche Killerzellen, die diesen Virus erkennen und die Lungenzellen angreifen. Die genmanipulierten Mäuse entwickelten bereits kurz nach der Geburt eine heftige Lungenentzündung mit einer deutlich beeinträchtigten Lungenfunktion. Die Entzündung stabilisierte sich nach drei Wochen und der Zustand der Mäuse verschlechterte sich nicht weiter.

Anschließend isolierten die Forscher die zytotoxischen T-Zellen und stellten fest, dass viele dieser Immunzellen gar nicht an der Zerstörung der Lungenzellen beteiligt waren. Nur wenige dieser Zellen zeigten eine allerdings heftige Reaktion. Solange das Immunsystem also noch nicht ausgereift ist, findet eine massive Rekrutierung von zytotoxischen T-Zellen statt, danach stellt sich ein Gleichgewicht ein. Regulatorische T-Zellen (sie unterdrücken in bestimmten Situationen die Aktivierung des Immunsystems, senken das Risiko für die Entstehung von Autoimmunerkrankungen und Allergien, verhindern die Abstoßung eines transplantierten Organs) sind nur teilweise für die Zurückdrängung der fälschlich aktivierten Immunzellen verantwortlich, erklärte Privatdozentin Dunja Bruder. Die Braunschweiger Forscher versuchen nun herauszufinden, welcher zusätzliche Mechanismus die Aktivierung weiterer Killerzellen verhindert.

Der Einfluss von Infektionskrankheiten auf das entzündete Lungengewebe soll ebenfalls untersucht werden, da diese bei COPD häufig zu einer deutlichen Verschlechterung der Erkrankung führt. Allerdings können die bei den Mäusen

erzielten Ergebnisse nach Ansicht von Dunja Bruder nicht eins zu eins auf COPD-Patienten übertragen werden. Der Anteil der Killerzellen beim Menschen ist noch nicht bekannt, außerdem ist der Mensch immer wieder toxischen Substanzen ausgesetzt, die die Immunzellen aktivieren.

Der Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie am Universitätsklinikum Essen, Professor Jan Buer, ist vom tierexperimentellen Ansatz der Braunschweiger Arbeitsgruppe allerdings überzeugt. Mit diesem Modell könne die Aktivierung der Killerzellen und ihre Regulierung weiter untersucht werden. Mit solchen speziell gezüchteten Mäusen lassen sich neue Behandlungsstrategien erproben, denn je besser man den zugrunde liegenden Mechanismus verstehe, desto gezielter kann das zerstörerische Wirken der Killerzellen im Immunsystem unterdrückt werden, findet Professor Buer.

Brigitte Sakuth

Quelle: DocCheckNews

Emphysem

Einem Wissenschaftlerteam des Forschungszentrums Borsstel, der Universitäten Gießen und Marburg und des Helmholtz Zentrum München gelang es in einer Studie an Mäusen mit Lungenemphysem die fortschreitende Zerstörung der Alveolen aufzuhalten und eventuell sogar zerstörte Lungenbläschen wieder herzustellen. Die durch das Lungenemphysem eingeschränkte Atmung der Mäuse verbesserte sich nachweisbar. Sie verwendeten dafür den Wirkstoff Palifermin. Diese Substanz wird bisher erfolgreich zur Behandlung schwerer Entzündungen der Mundschleimhaut, die durch eine Strahlentherapie entstanden sind, eingesetzt. Palifermin ist ein humaner Keratinozyten-Wachstumsfaktor (KGF), der unmittelbar die regenerative Fähigkeit des Epithelgewebes erhöht. Er fördert auch indirekt die Erhaltung und Reparatur der übrigen Baubestandteile der Alveolenwände, die beim Emphysem ja fortschreitend zerstört werden.

Allerdings muss nun in weiteren Studien geklärt werden, ob dieser Therapieansatz auch beim Menschen erfolgreich sein kann. Es wird sicherlich noch einige Zeit vergehen, bis ein neues Medikament für uns auf den Markt kommen kann.

Brigitte Sakuth

Quelle: Lungeninformationsdienst Helmholtz Zentrum, München

Vorbeugung von akuten Verschlechterungen (Exazerbationen) bei Asthma und COPD

Referent Prof. Dr. med. H. Worth Klinikum Fürth

Am 20.7.2011 fand in der Stadthalle Fürth eine Informationsveranstaltung statt. Professor Worth führte aus, dass akute Verschlechterungen sowohl den Asthmatiker als auch den COPD-Patienten stark zurückwerfen und den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen können.

Asthma ist aus heutiger Sicht eine Entzündung der Atemwege, die zu einer Verengung der Atemwege führt. Die Muskulatur, die um die Bronchien (Atemwege) herumläuft, zieht sich beim Asthmatiker zusammen, die Schleimhaut schwillt an und manchmal entwickelt sich auch zäher Schleim, der die Öffnung verkleinert oder sogar verschließt und dadurch Luftnot verursacht. Ein typisches Anzeichen für ein Asthma ist die anfallsartig auftretende Atemnot, die nicht nur nach körperlicher Belastung auftreten kann, sondern auch aus der Ruhe oder sogar aus dem Schlaf heraus. Der Verlauf der Erkrankung ist anders als bei der COPD. Eine akute Verschlechterung tritt bei Infektionen auf oder beim allergischen Asthma nach dem Kontakt mit dem Allergen. Beim Asthmatiker gibt es Phasen, wo es ihm sehr gut geht und er sogar eine normale Lungenfunktion hat. Solche starken Schwankungen gibt es bei der COPD nicht. Um schwere Asthmaanfälle möglichst zu vermeiden, gibt es die Asthmakontrolle in den Ampelfarben grün, gelb und rot. Grün bedeutet, der Asthmatiker ist gut eingestellt, er ist in seinen Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt und hat weniger als 2 mal pro Woche Beschwerden, kann nachts durchschlafen und benutzt sein Notfallspray kaum (nicht mehr als 2 mal pro Woche) = kontrolliertes Asthma. Sind seine Beschwerden häufiger = gelb. Treten mehrere Probleme auf, z. B. nächtliche Beschwerden, Einschränkungen tagsüber im Alltag, häufigeres Benutzen des Notfallsprays = rot. Es gibt einen Asthmafragebogen, durch den der Patient selbst feststellen kann, wie gut sein Asthma eingestellt ist, ebenso sollten regelmäßige Peakflow-Messungen durchgeführt werden.

In der Patientenschulung, lernt der Asthmatiker, eine Verschlechterung frühzeitig zu erkennen und die Medikamente selbstständig zu verändern, damit es ihm wieder besser geht, ebenso wie die richtigen Inhalationstechniken. Er lernt, welche Medikamente zur Unterdrückung der Entzündung notwendig sind, welche Medikamente als Dauermedikation (Kontrollere der Erkrankung) zu nehmen sind, wobei inhalative Cortison das wichtigste ist und bei akuter Verschlechterung die rasch wirkenden Atemwegsöffner (Bedarfsmedikation), die Betamimetika zu nutzen. Tritt ein leichter bis mittelschwerer Atemnotfall (Peakflow über 50% des Bestwertes) auf, sollte der Patient 2 Hübe seines Notfallsprays einnehmen, eine Atem erleichternde Stellung einnehmen und die Lippenbremse benutzen. Bei Bedarf können nach 10 Minuten nochmals 2 Hübe des Sprays genommen werden und frühzeitig auch Cortison in Tablettenform (40 – 50 mg) eingesetzt werden, um einer weiteren Verschlechterung vorzubeugen. Hat sich dann immer noch keine Besserung eingestellt, sollte der Notarzt gerufen werden. Bei einem schweren Asthmaanfall, bei der die Atemnot so stark ist, dass man keine

ganzen Sätze mehr sprechen kann und sehr schnell atmet (Peakflow unter 50 % des Bestwertes) sollte man 4 Hübe seines Notfallsprays nehmen, bessert es sich innerhalb von 5 Minuten nicht wesentlich wiederholt man das und nimmt eine höhere Cortisondosis bis zu 100 mg. Tritt keine Besserung ein, ist ebenfalls ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Eine akute Bronchitis (.itis = Entzündung) ist eine nicht dauerhafte Entzündung der Atemwege (Bronchien), die meist durch Viren und selten durch Bakterien hervorgerufen wird. Die Symptome sind Atemnot, Husten mit (produktiver Husten) und ohne Auswurf (trockener Husten). Gelber Auswurf beim Asthmatiker ist allerdings kein sicheres Zeichen für einen bakteriellen Infekt, es kann an den vorhandenen Entzündungszellen selbst liegen. In der Regel muss eine akute Bronchitis nicht mit Antibiotika behandelt werden.

Hält der Husten länger als 6 bis 8 Wochen an, sprechen wir von einer chronischen Bronchitis.

Sie geht mit täglichem Husten einher, die Atemwege sind aber noch nicht verengt wie bei der chronisch obstruktiven Bronchitis (COPD). Hier muss die Ursache abgeklärt werden. Manche Medikamente wie ACE-Hemmer verursachen als Nebenwirkung chronischen Husten, ebenso wie Reflux (Rückfluss von Magensäure in die Speiseröhre). Die Hauptursache für lang andauerndes Husten ist aber immer noch das Rauchen.

Bei der chronisch (dauerhaft) obstruktiven (verengten) Bronchitis besteht eine dauerhafte Verengung und Entzündung der kleinen Atemwege. Häufig tritt auch eine nicht rückbildungsfähige Überblähung der Lungenbläschen (Emphysem) auf. Beide Erkrankungen werden unter dem Oberbegriff COPD zusammengefasst. Akute Verschlechterungen (Exazerbationen) verstärken die Atemnot und machen eine Änderung der Medikation erforderlich und beeinflussen den Verlauf der Erkrankung ungünstig. Je schwerer die COPD, desto häufiger sind Exazerbationen, hat eine Untersuchung im letzten Jahr ergeben. Es gibt Patienten, die besonders häufig unter diesen Verschlechterungen leiden, während andere weniger betroffen sind. Patienten mit häufigen Exazerbationen haben eine geringere Lebenserwartung als die Patienten mit seltenen Verschlechterungen. Deshalb ist es besonders wichtig diesen akuten Exazerbationen vorzubeugen und sollten sie doch auftreten, frühzeitig zu behandeln. Meist ist ein Infekt die Ursache, es kann aber auch eine Herzschwäche oder eine Lungenembolie vorliegen. Auch hier kann man durch eine Patientenschulung (Cobra) die Exazerbation frühzeitig erkennen und die Schwere beeinflussen. Warnzeichen sind vermehrte Atemnot, vermehrter Husten, vermehrter evtl. zäher Auswurf mit Farbveränderung auf gelb oder grünlich, Fieber und Abgeschlagenheit sind ebenfalls möglich. Auch hier kann der Patient versuchen durch ein kurzwirksames Atemerweiterndes Spray (Betamimetika) die Verschlechterung selbst in den Griff zu bekommen. Er wartet 5 – 10 Minuten

und nimmt eine Atem-erleichternde Körperhaltung ein. Tritt keine Besserung ein, wiederholt er das und nimmt noch ein anderes kurzwirksames Spray wie Atrovent (Anticholerika) hinzu und gegebenenfalls noch Cortison zusätzlich. Hilft das nicht, ist ärztliche Hilfe erforderlich.

Sehr wichtig ist, um Infekten vorzubeugen, der Jahreszeit angepasste Kleidung zu tragen, Menschenansammlungen und erkältete Personen zu meiden und häufiges Händewaschen. Zu den vorbeugenden Maßnahmen zählen der Verzicht auf Tabakrauch (aktiv und passiv), die jährliche Gripeschutzimpfung im Herbst und die Pneumokokkenimpfung, bei der eine Wiederholung frühestens nach 5 – 7 Jahren erfolgt, wobei die Wirkung einer Wiederholungsimpfung umstritten ist und nur noch in schweren Fällen empfohlen wird. Zu den Medikamenten, die einer Verschlechterung vorbeugen, gehören die langwirksamen Betamimetika (Salmeterol) oder das langwirksame Anticholinergika (Spiriva), das in einer diesjährigen Studie mit über 7.000 Patienten eine Exazerbation besser verhindert hat. Inhalierbares Cortison wird nur bei schwerer und sehr schwerer COPD empfohlen. Seit kurzer Zeit ist ein neuer Wirkstoff mit dem Namen Roflumilast (Daxas) auf dem Markt, der direkt an den Entzündungszellen der COPD wirkt und den Entzündungsprozess hemmt. Dieses Medikament erweitert nicht die Atemwege und wird zusätzlich zu den anderen Medikamenten bei schwerer bis sehr schwerer COPD mit häufigen Exazerbationen eingenommen. Daneben gibt es noch Cineol (Soledum forte, Gelomyrtol). Die Reinsubstanz von Eukalyptus enthält 80 % Cineol, das bei Soledum forte auf 100 % angereichert wird. Man kann bis zu 4 Kapseln täglich eine halbe Stunde vor jeder Mahlzeit zusätzlich einnehmen. Die

Entzündungsprozesse werden sowohl beim Asthma wie auch bei der COPD dadurch nachweislich verringert und die Schlagfrequenz der Flimmerhärchen in den Atemwegen verbessert. Bei bakteriellen Infekten können Antibiotika zum Einsatz kommen. Professor Worth bedauerte, dass Antibiotika viel zu häufig und vorschnell eingesetzt werden und viele Bakterien dadurch bereits resistent geworden sind. Deshalb sollten die Patienten sorgfältig ausgewählt werden. Antibiotika sind eher bei einer sehr schweren COPD indiziert. Ein erstes Anzeichen für einen bakteriellen Infekt kann grünlicher Auswurf sein. Weitergehende Untersuchungen, z. B. eine Sputumprobe kann Gewissheit bringen und den unnötigen Einsatz von Antibiotika vermeiden.

Für die optimale Betreuung und Unterstützung eines COPD-Patienten ist ein Arzt alleine häufig nicht ausreichend. Es kann ein ganzes Betreuungsnetz notwendig sein. Dazu gehören der Hausarzt und der Lungenfacharzt, der Apotheker, der dem Patienten die richtige Inhalationstechnik zeigt, das Akutkrankenhaus, das bei plötzlicher schwerer Verschlechterung notwendig sein kann und die Reha-Kliniken, die mit vielen auch nichtmedikamentösen Maßnahmen den Patienten unterstützen und ebenso die physiotherapeutische Atemtherapie und der Lungensport oder die Bewegungstherapie. Ebenso kann ein Sozialarbeiter oder Psychologe für die Betreuung notwendig werden.

Brigitte Sakuth

Tipps und Tricks für Sauerstoffpatienten

Referent Ernst Kahlau

Der frühere stellvertretende Vorsitzende des Sauerstoffselbsthilfvereins (LOT, jetzt Sauerstoffliga) und langjährige Leiter einer Sauerstoffselbsthilfegruppe Ernst Kahlau gab ein paar hilfreiche Tipps und Tricks für Sauerstoffpatienten. Er selbst ist seit vielen Jahren sauerstoffpflichtig und hat reichlich Erfahrungen gesammelt, auch im Umgang mit Krankenkassen und Sauerstoffversorgern.

Es gibt viele Firmen, die Sauerstoff liefern. Einige nur regional (meistens Sanitätshäuser), andere bundesweit. Hier einige Beispiele für die in der Pauschale enthaltenen Leistungen bei Flüssigsauerstoff: Die Firma Linde hat für ihre Kunden ein bundesweites Netz von Sauerstofftankstellen für eine Urlaubsversorgung eingerichtet. Dort kann der Patient nach vorheriger Anmeldung seine Reisetonne mit Sauerstoff füllen. Die Firma Vivisol bietet eine kostenlose 14tägige Urlaubsversorgung an. Einige Krankenkassen übernehmen auf Anfrage eine 3wöchige Urlaubsversorgung in Deutschland.



Ernst Kahlau

Die Sauerstoffverordnung erfolgt durch Lungenfachärzte oder eine Klinik. Sie sollte genaue Angaben über die Art des Sauerstoffs, z.B. Flüssigsauerstoff, die Literzahl und möglichst eine namentliche Bezeichnung des Mobilteils enthalten. Steht nur Sauerstoff auf der Verordnung, wird meistens nur ein Konzentrator (Stromkosten müssen von der Krankenkasse übernommen werden) mit schweren Stahlflaschen geliefert. Das Gewicht kann von vielen Patienten gar nicht mehr getragen werden. Wenn Krankenkassen im Vorfeld nach der Mobilität fragen, ist Vorsicht geboten. Gibt der Patient an, nur selten oder immer nur für kurze Zeit das Haus zu verlassen, sind Konzentratoren für die Kasse kostengünstiger. Bei 4 Stunden täglicher Mobilität ist Flüssigsauerstoff (mtl. Pauschale ca. 260 €), für die Krankenkasse wirtschaftlicher. Konzentratoren sind zwar nicht mehr ganz so laut wie früher, was im Hotel oder in Mietwohnungen häufig zu Problemen geführt hat (ab 32 Dezibel Lärmbelästigung), haben aber immer noch einen ziemlichen Geräuschpegel. Es wäre deshalb wünschenswert, wenn Patienten sich im Vorfeld einer Sauerstoffverordnung durch eine Selbsthilfegruppe beraten lassen, oder sich mit Sauerstofffirmen in Verbindung setzen, um Geräte ausprobieren zu können. Hat der Patient ein für ihn passendes Gerät gefunden, kann der Arzt dann ein entsprechendes Rezept ausstellen. Weigert die Krankenkasse sich, ein leichtes Gerät zu genehmigen, weil sie nur die Kosten für das medizinisch notwendig übernimmt, sollte Widerspruch eingelegt werden. Als Begründung: Der Patient ist körperlich nicht in der Lage ein schweres Gerät zu tragen und ist dadurch in seiner Mobilität eingeschränkt. Einige Krankenkassen machen eine Mischversorgung, den Konzentrator für zu Hause und Flüssigsauerstoff für unterwegs. Wird dieser Flüssigsauerstoff begrenzt, beispielsweise 1 Tank im Monat, obwohl der Patient mehr benötigt, ist dies nicht zulässig. Ebenso wenn die Anzahl der Stahlflaschen begrenzt wird. Hierdurch ist der Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung gegeben, weil der Patient, obwohl notwendig, ohne Sauerstoff das Haus verlassen muss, da seine Sauerstoffversorgung nicht mehr möglich ist.

Allerdings sollte auch der Patient selbst darauf achten, seinen Sauerstoff regelmäßig zu benutzen, da dieser vom Körper nicht gespeichert werden kann.

Bei den Flüssigsauerstoffgeräten gibt es inzwischen kleinere Geräte am Markt, die ca. 36 Stunden im Demandsystem halten (2 Liter die Minute), wie der Spirit 1200 oder der Marathon (Gewicht dann allerdings über 3kg).

Auch als Sauerstoffpatient braucht man nicht auf Urlaubsreisen zu verzichten, muss diese allerdings planen. Für die Urlaubsversorgung kann man sich auch Reisekonzentratoren ausleihen (z.B. Firma Air-be-c, 07548 Gera, Arminiusstr. 1 für 170 € in der ersten Woche), die es in verschiedenen Größen gibt. Wer ein Gerät mit Demandsystem benutzen möchte, sollte in jeden Fall seine „Demandfähigkeit“ (kein Mundatmer) in Ruhe und bei Belastung testen lassen, auch weil diese Geräte bei Belastung oft nicht ausreichen. Einige Patienten haben auch sogenannte Homefill-Konzentratoren, bei denen man seine Gasflasche selber füllen kann, allerdings hält Herr Kahlau diese Geräte noch nicht für ausgereift, vor allem bei einer höheren Flussrate. Der Nachteil aller Konzentratoren ist die Abnahme der Sauerstoffkonzentration auf

bis zu 80 % bei höheren Flussraten, was bei Flüssigsauerstoff nicht der Fall ist. Dafür verdunstet ein Teil des Flüssigsauerstoffs, auch wenn er nicht genutzt wird. Auslandsreisen oder Flugreisen sollten vorher immer mit dem Arzt abgesprochen werden und gut geplant werden.

Bei den Nasenbrillen gibt es viele verschiedene Modelle, die meisten sind aus PVC und werden nach einiger Zeit sehr hart. Inzwischen gibt es auch eine Nasensonde ganz aus Silikon (Everestnasenbrille von der Firma MIC, 32049 Herford, Mindenerstr. 86). Sie kann ausgekocht (10 Min. kochen lassen und am Tank mit 6 Liter trocken pusten) und wieder verwendet werden. Die Kosten für diese Brille betragen 30 €, extra Nasenstege 6 €. Sie ist allerdings nicht für den Helios 300 oder Marathon geeignet, die doppellumige Brillen benötigen. Von der Firma Cegla (56410 Montabaur, Horeser Berg 1) und einen +* Heine Heinen + Löwenstein (56130 Bad Ems, Arzbacher Str. 80) gibt es die Oxynasor, eine Nasensonde für nasale und orale Sauerstoffapplikation, die ohne Stege auskommt und für Mundatmer oder bei kaputter Nase bis 3 Liter eingesetzt werden kann, da der Sauerstoff durch die Öffnungen nach unten und nach oben gepustet wird. Kratonnasenbrillen sind besonders weich und für PVC-Allergiker geeignet und werden ebenfalls von Cegla vertrieben. Eine spezielle Brille, bei der der Sauerstoffschlauch durch extra angebrachte Ösen an der Brille geführt wird, gibt es über den Optiker Kicking in Bad Reichenhall, Optiker Horn in Lengerich, bei Fielmann und auch bei anderen Optikern, wenn man sie anspricht. Die Kosten liegen bei ca. 200 €.

Die langen Schläuche für den Tank aus Silikon können ebenfalls ausgekocht werden. Inzwischen gibt es auch einen Silikon Schlauch mit Innenstreben, der ein platt treten verhindert. Er kostet allerdings 49 €.

Für die Benutzung am Tank gibt es Befeuchter, die ein Austrocknen der Nase verhindern sollen, destilliertes Wasser aus dem Baumarkt ist nicht geeignet, da es nur entsalzt, aber nicht steril ist. Leitungswasser sollte abgekocht und täglich erneuert werden, ebenfalls sollte das Gefäß regelmäßig gesäubert werden. Einige Sauerstofffirmen haben Sterilwasser zum Nachfüllen, hier sollte der Behälter aber auch mindestens alle 4 Wochen gesäubert werden. Am komfortabelsten sind geschlossene sterile Systeme, die aber häufig nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt werden.

Herr Kahlau schloss seinen Vortrag mit einem Appell an alle Sauerstoffpflichtigen, ihren Sauerstoff auch zu benutzen und dadurch wieder mehr Lebensqualität zu gewinnen. Er bot an, für Fragen rund um Sauerstoff telefonisch zur Verfügung zu stehen. Seine Telefonnummer lautet: 04148-5281. Dafür können wir uns nur im Namen aller Patienten bedanken.

Brigitte Sakuth

Ein Infotag in der Klinik Fallingbostal

Vielen, von einer Lungenkrankheit Betroffenen, ist die Klinik in der Lüneburger Heide mittlerweile ein Begriff geworden. Ob es sich um eine Rehamaßnahme handelt, oder auch um Vor- und Nachsorge nach einer Lungentransplantation, immer wieder und zunehmend mehr wird dieses Haus genannt.



Was liegt also näher, als an solcher Stätte eine Infoveranstaltung zu machen. Dies dachte sich auch unser Kassenwart und Ansprechperson für die Selbsthilfegruppe im Elbe-Weser Dreieck, Hartmut Domagala. Schon seit einigen Jahren wird mit den Gruppen aus Varel und Delmenhorst von ihm und Günter Tepper ein Sommerprogramm erarbeitet. Bereits viele Wochen vorher begannen sie ihre Fühler auszustrecken um den Teilnehmern wieder einen Tag mit Information, aber auch mit der Möglichkeit des Gedankenaustausches zu ermöglichen. Auch sollte aber Geselligkeit und Kurzweil ihren Platz finden. All diese Punkte wollten organisiert sein.

Am ersten Sonnabend im Wonnemonat Juni war es soweit. Rund 100 Teilnehmer, aus allen Himmelsrichtungen kommend, fanden sich am Vormittag in Bad Fallingbostal ein. Ein großer Reisebus brachte die Teilnehmer aus Varel, Wilhelmshaven, ja dem gesamten Raum Friesland in die Klinik.

Für den informativen Teil des Tages konnte als Referentin Frau Dr. med. Fiona Hamann, Stationsärztin in der Pneumologie des Diakonie-Krankenhauses Rotenburg/Wümme, gewonnen werden. Sie verstand es im angenehm klimatisierten Schulungsraum ihren Vortrag über Diagnostik, Therapie und Prognose von Bronchiektasen dem Zuhörer sehr verständlich nahe zu bringen. Die volle Konzentration der Zuhörer war förmlich zu spüren. Sie wusste zu berichten, dass Bronchiektasen krankhafte Ausweitungen in der Lunge sind, in denen sich vermehrt Bronchialschleim absetzt, den die Erkrankten nur schwer abhusten können. Die Krankheitsbezeichnung Bronchiektasen leitet sich aus dem griechischen Wort "ék-tasis" (Erweiterung) ab. Diese Erweiterungen können örtlich begrenzt oder auf mehrere Lungenbezirke ausgedehnt (generalisiert) sein und zylinderförmige oder sackförmige (zystische) Formen annehmen. Und aus diesen erweiterten Bronchien kann das Bronchialsekret schlecht abfließen. Es sammelt sich in den Erweiterungen an und Bakterien können sich darin ansiedeln und vermehren. Die Atemwege sind dadurch anfälliger für Infektionen. Bronchiektasen können angeboren sein – entweder ist die Lunge nicht richtig entwickelt oder die Bronchiektasen entstehen infolge von angeborenen Erkrankungen wie Mukoviszidose (cystische Fibrose) oder einem Alpha-1-Antitrypsinmangel, welche die Lungenfunktion beeinträchtigen. Häufiger sind jedoch wiederkehrende Atemwegsinfekte oder anders Erworbenes die Ursache. Durch Impfungen und der damit verbundene Rückgang von Infektionserkrankungen wie Mumps, Masern und Tuberkulose, treten Bronchiektasen heute seltener auf.

Zur Diagnosefindung befragt der Arzt den Betroffenen ausführlich nach seinen Beschwerden. Langandauernder Husten und zäher Auswurf können ein Hinweis auf Bronchiektasen

sein. Anschließend folgt eine körperliche Untersuchung, bei der der Arzt unter anderem die Lunge abhört. Gegebenenfalls schließen sich weitere Untersuchungen an. Das derzeit zuverlässigste Verfahren, um Bronchiektasen festzustellen, ist die hochauflösende Computertomographie (HRCT). Die Therapie besteht dann aus einer medikamentösen Behandlung und auch der Physiotherapie. Wenn die Bronchiektasen nur auf einen Teil der Lunge beschränkt sind, kann der Arzt sie manchmal in einer Operation entfernen. In schweren Fällen kann eine Lungentransplantation notwendig sein. Die Prognose von Betroffenen mit Bronchiektasen ist abhängig davon, wie die Behandlung anschlägt und ob Komplikationen wie eine Rechtsherzschwäche (Rechtsherzinsuffizienz) oder ein Lungenkollaps (Pneumothorax) auftreten. Maßnahmen, den Bronchiektasen vorzubeugen, sind nicht bekannt. Eine Impfung gegen Influenza-Viren und Pneumokokken kann aber dazu beitragen, Komplikationen von Bronchiektasen vorzubeugen.

An dieser Stelle möchten sich die Initiatoren nochmals bei Frau Dr. Hamann bedanken. Ein großes Dankeschön geht auch an die Klinik, und hier besonders an Herrn W. Bissel, der uns die Möglichkeit eröffnete, in dieser schönen Klinik einige Stunden Gast sein zu dürfen.

Bericht/Fotos: Hartmut Domagala



Frau Dr. med. Fiona Hamann



aufmerksame Zuhörer

Reha - und wie geht es zu Hause weiter?

OA Dr. med. M. Wittmann, Klinik Bad Reichenhall

Das Ziel einer stationären Rehabilitation besteht darin: „**Mehr Wohlbefinden und höhere Lebensqualität – mehr Lebensfreude**“ zu erlangen. Der Patient sollte Experte und Manager seiner Krankheit werden, um seinen Alltag besser bewältigen zu können.

Um diesem Ziel näher zu kommen, bietet eine stationäre Rehabilitation - beispielsweise in der Klinik Bad Reichenhall - die besten Voraussetzungen. In seinem Vortrag unterstrich Dr. M. Wittmann anhand von Beispielen, Tabellen und Statistiken, dass ein 3- bis 4-wöchiger Aufenthalt in einer Rehaklinik eine Verbesserung aller messbarer Parameter zeigt, und weist auf den hohen wissenschaftlichen Anspruch hin, zu denen sich die entsprechenden Kliniken verpflichten.

Ein wertvolles Messinstrument ist der Gehstest.

6-Minuten-Gehstest:

Was ist das?

Der 6-Minuten-Gehstest ist eine sehr einfache Methode, die körperliche Leistungsfähigkeit festzustellen.

Wie wird es gemacht?

Der Test kann auf einem Laufband oder einfach einer ebenen Strecke wie einem Krankenhausflur erfolgen. Der Patient wird angehalten 6 Minuten lang forciert zu gehen. Blutdruck und Puls werden kontrolliert.

Warum wird es gemacht?

Die zurückgelegte Wegstrecke sowie die subjektiv empfundene Atemnot geben einen Hinweis auf die körperliche Leistungsfähigkeit, diese kann auch prognostisch verwendet werden. Dieser Test dient auch einer Objektivierung des Therapieerfolges.

Beispiel: Bei Reha-Beginn geht der Patient 379,2 Meter in 6 Minuten, bei Reha-Ende 431,7 Meter. Das bedeutet einen Zuwachs von 52,5 Meter bei gleichzeitiger Abnahme der Atemnot.

Ein weiteres Messinstrument ist der **CAT (COPD-Assessment-Test)** als Routinemessung aller Patienten mit COPD. Auch hier veränderte sich die zu erreichende Punktzahl zu einer Verbesserung um 3,8 Punkte. Abgefragt werden bei diesem Test: Verschleimung, Engegefühl in der Brust, Atemlosigkeit, Einschränkungen der Mobilität, Schlaf und Energiestatus.

Das Therapieangebot der pneumologischen Rehabilitation umfasst die Optimierung der Pharmakotherapie, Verhaltenstraining, Patientenschulung, Atemphysiologie, Bewegungstherapie und körperliches Training.

Auch noch nach einem Jahr – mit Patientenschulung und Aktionsplan als Elemente der stationären Reha-Maßnahme – wurden eine Verbesserung der Lebensqualität, eine Reduktion der Krankenhaustage, weniger Notfälle sowie seltenere Arbeitsunfähigkeitstage registriert.

DMP - Disease-Management-Programm

Es handelt sich um ein systematisches Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen, das sich auf die

Erkenntnisse der evidenzbasierten, d. h. „auf Beweismaterial gestützte Heilkunde“, stützt. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden diese Programme auch als strukturierte Behandlungsprogramme oder Chronikerprogramme bezeichnet. Die Zahl, der an diesen Programmen teilnehmenden Patienten mit COPD (585.750) ist gegenüber den 8.000.000 Erkrankten mit fortgeschrittenem Krankheitsstadium mit 7% gering. (Quelle: BVA Juni 2011)

Tabakentwöhnung: Das Rauchen ist noch immer zu 90 % der Hauptauslöser als Ursache für die chronische Bronchitis. Durch die ständige Reizung der Atemwege wird die Entzündungsreaktion in Gang gehalten. Beim Emphysem ist das Rauchen sogar die einzige Ursache, selten besteht zusätzlich ein angeborener Mangel eines Enzyms, das vor den aggressiven inhalierten Substanzen schützt (Alpha1-Proteaseninhibitor-Mangel).

Dr. Wittmann stellte anhand einer Grafik den Prozentsatz der Verringerung des Rauchverhaltens nach einem Programm zur Tabakentwöhnung (DMP AOK Bayern 2010) vor. Das Programm umfasst eine 60-minütige Information durch einen Psychologen, medikamentöse Unterstützung bei Rauchstopp durch ärztliche Betreuung, Nichtrauchertraining in einer vom Psychologen geführten Gesprächsrunde mit Motivationstraining. Die medikamentöse Therapie ist kostenlos. Da Nikotin die Ursache der Tabakabhängigkeit ist, erhöht eine Nikotinersatztherapie die Wahrscheinlichkeit für anhaltenden Rauchstopp um das drei- bis vierfache. So erreichten beispielsweise von 107 Teilnehmern 77 einen Rauchstopp, also 72%.

HUSTEN: Husten ist immer ein Krankheitszeichen! Chronisch entzündete Bronchien produzieren ein Übermaß an Schleim, der diese verengen und auch verstopfen kann, Sauerstoffmangel kann die Folge sein. Entfernt werden kann der Schleim nur durch Husten. Um die Atemwege freizuhalten und den Schleim locker zu machen, kann man einiges tun:

1. Bronchusdrainierende Maßnahmen sind: Inhalation mit 2%iger Sole, Benutzung von Flutter oder Cornet, autogene Drainage, Hängelage, Trampolinspringen oder Benutzung eines Pezziballs, körperliches Training, Abklopfen, schleimlösende Medikamente, ausreichend Trinken, Inhalieren und Atemtherapie.

2. Richtige Hustentechnik zur effektiven Bronchusdrainage und zur Verhinderung eines Atemwegskollapses anwenden. Um den Bronchien nicht zu schaden, sollte man nie bis zur völligen Ausatmung husten, nicht pressen. Möglichst tief einatmen und nur 2, maximal 3 Hustenstöße folgen lassen. Den möglichst lockeren Schleim vorher „hochatmen“ (als wollte man eine Scheibe anhauchen), durch vorsichtiges Räuspern entfernen. Eine erfahrene Atemtherapeutin lehrt Sie dies während einer Reha.

Im Winter droht durch trockene Luft Gefahr für die Bronchien. Vor allem bei Schnupfen und verstopfter Nase kommt

es zur Mundatmung und in Folge zur Austrocknung der Schleimhäute, was einer Besiedelung mit Bakterien Vorschub leistet. Es ist wichtig, diese Austrocknung zu verhindern, z.B. bei verstopfter Nase einige Tage abschwellende Nasentropfen zu nehmen, um die Atemwege offen zu halten.

ATEMNOT: Durch zerstörte Lungenbläschen bildet sich ein Emphysem, die Lungenoberfläche ist vermindert, eine Überblähung die Folge. Dadurch geht Atemfläche verloren, die Sauerstoffaufnahme wird geringer. Bei stärkerer Ausatmung, bei Belastung und unkorrektem Husten klappen die Bronchien zusammen. Kommt es zu einer Verschlechterung (Exacerbation), ist eine schnelle Reaktion erforderlich. Man sollte sofort auf die Warnsymptome, die da sind: mehr Husten, vermehrter Auswurf mit evtl. veränderter Farbe (gelb/grün spricht für einen bakteriellen Infekt), blutiger Auswurf, meist durch geplatzte Äderchen, das muss vom Arzt abgeklärt werden, zunehmende Atemnot, evtl. sogar im Ruhezustand, Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, Schlafstörungen durch Husten und/oder Atemnot, vermehrte Atemgeräusche, Engegefühl, mehr Inhalationen mit Bedarfsspray reagieren. Um angemessen reagieren zu können, sollte jeder Patient einen AKTIONSPLAN bei seinen Medikamenten liegen haben, den der Arzt speziell auf den Patienten abgestimmt hat. Bei akutem Auftreten von Atemnot am Wochenende oder Nachts 20 mg Prednisolon, z.B. Decortin H, einnehmen, am nächsten Morgen unbedingt die nächste Tablette einnehmen, dann den Kortisonstoß nach ärztlicher Anordnung, meist 5 Tage morgens 20 mg, dann 10 mg für 5 Tage, dann 5 mg für 5 Tage, dann aufhören. Lippenbremse: Die Ausatemluft hält die kleinen Atemwege offen, die Luft kann vollständig ausgeatmet werden und atemerleichternde Körperstellungen helfen die Atemnot zu verringern. Bei Verschlechterung, Fieber oder Schmerzen im Brustkorb muss sofort der Arzt gerufen werden. Antibiotika sind nur bei eitriger Bronchitis erforderlich, bei Atemnot wirken am schnellsten Kortison-tabletten, die die Atemwege offen halten. Den Aktionsplan erhält man in der COPD-Schulung in Bad Reichenhall. Das Wichtigste bei schwerer Atemnot:

BESCHIED wissen!

Nicht-medikamentöse Therapie: Durch regelmäßiges Training, wie im Rahmen einer Rehabilitation angeboten, lernt der Körper mit weniger Luft auszukommen.

Atemwegserkrankung und Sport sind kein Widerspruch. Wer dem Teufelskreis:

Atemnot – weniger Bewegung „sich schonen“ – führt zu Trainingsmangel – noch mehr Atemnot

nachgibt, wird bald merken, dass das Herz immer schneller schlägt, die Muskulatur verkümmert und die Atemnot sich verstärkt. Hier hilft regelmäßiges Training.

COPD und Krankheitsfolgen: Atemnot führt zu Trainingsmangel und verminderter Belastbarkeit, wenn der Patient sich schonen und sämtliche Aktivitäten einstellt. Häufig sind Arbeitsunfähigkeit und soziale Isolation oder Antriebslosigkeit die Folgen. Diesen Teufelskreis gilt es zu durchbrechen, bevor sich Depressionen und Angstkrankheit manifestieren. Patienten, die unter diesen häufig bei COPD –Erkrankten

psychischen Störungen leiden, sollten unbedingt entsprechende Hilfen, die auch in der Rehaklinik angeboten werden, wahrnehmen. Übrigens kann man sehr gut auch mit oder trotz Sauerstofflangzeittherapie am Leben und seinen Herausforderungen teilnehmen, wie sich immer wieder zeigt.

Warum Training zu Hause?

In der Klinik beginnt der Patient zu trainieren, entscheidend ist aber, dass er zu Hause weitermacht. Die positiven Effekte der Rehabilitation bleiben durch Fortführung des Trainings erhalten. Empfohlen wird 5mal die Woche, täglich etwa 15 Minuten lang.

Ausdauersport wie Gehen, Nordic Walking, Radfahren, Schwimmen oder der Crosstrainer. Alle Aktivitäten sollten dem Schweregrad der Erkrankung angepasst sein, also nicht bis zur Leistungsgrenze gehen. Das heißt, anstrengen, aber dabei noch kurze Sätze sprechen können.

Ideal ist ein Fahrrad-Ergometer, da man nicht vom Wetter abhängig ist, außerdem die Gelenke geschont werden. Treppensteigen ist ebenfalls das ideale Training, zudem kostenlos. Wenn die Möglichkeit besteht, sollte das Angebot der Lungensportgruppen genutzt werden, wo unter fachkundiger Anleitung und beim gemeinschaftlichen Erleben auch noch der Faktor Spaß eine erfreuliche Komponente ist. Da das Training Muskeln, Herz, Kreislauf, Lunge, Nerven und Koordination fordert kann es unter Belastung zu einem massiven Sauerstoffabfall kommen, dann ist Training unter Sauerstoffzufuhr geboten.

Informationen erhält man unter „Kontaktbüro Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland“.

In Bad Reichenhall wird auch das IMT-Training angeboten, ein spezielles Training der Einatemmuskulatur (**InspirationsMuskelTraining**). Positive Effekte auf die Erleichterung der Atmung sind feststellbar und sollten zu Hause fortgeführt werden. Das 6 Minuten Gehtraining plus ITM ergab einen Zugewinn von 56,5 Metern, ohne ITM 46,6 Meter. Das Trainingsgerät (Threshold) ist bisher leider nicht über eine Krankenkassenverordnung beziehbar.

Zu Fragen nach der Möglichkeit in eine bestimmte Rehaklinik fahren zu können, muss man wissen, dass es eine gesetzlich festgelegte freie Wahl für den Patienten gibt. Es ist immer zweckmäßig, persönlich mit dem jeweiligen Sachbearbeiter Kontakt aufzunehmen. Als Indikation für einen Reha-Aufenthalt ist eine „Teilhabebeeinschränkung am sozialen Umfeld“ ein Argument. Jeder Klinikpatient sollte die Anschlussheilbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt als Möglichkeit sofort in die Reha zu kommen, wahrnehmen.

FAZIT:

Ausschlaggebend für die Fortführung des Erfolges der klinischen Rehabilitationsmaßnahmen ist das Verhalten des Patienten in der häuslichen Umgebung. Dazu zählen als wichtigster Faktor der Lungensport, die Physiotherapie, die regelmäßige Medikamenteneinnahme und das Vermeiden von Auslösern.

Heide Schwick

Pneumologische Rehabilitation bei schweren obstruktiven Atemwegserkrankungen

Referent Dr. med. B. Sczepanski

Bei einer Informationsveranstaltung in der Stadthalle Fürth am 20.7.2011 referierte Dr. med. Sczepanski über die Vorteile einer pneumologischen Rehabilitation bei schweren Atemwegserkrankungen. Früher, in den neunziger Jahren, waren COPD Patienten oft Männer jenseits der 60. Inzwischen nimmt die Häufigkeit der Erkrankung zu und die Patienten werden immer jünger und zunehmend auch weiblich. Auch viele Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 15 Jahren rauchen bereits regelmäßig. Durch die Atemnot kommt es beim Patienten häufig zur Schonung, was bis vor etlichen Jahren auch noch von Ärzten empfohlen wurde. Inzwischen weiß man aber, dass durch diese Inaktivität die Muskeln verkümmern, die Knochendichte abnimmt und die Kondition sich verschlechtert. Dadurch wird eine Abwärtsspirale in Gang gesetzt, die die Atemnot noch verstärkt. Da die COPD eine schleichende Erkrankung ist, wird sie im Anfangsstadium häufig nicht erkannt. Der Patient verharmlost die Symptome und schiebt die Atemnot auf sein Alter oder auf mangelndes Training. Häufig wird die Krankheit erst realisiert und richtig wahrgenommen, wenn z.B. im Rahmen eines Infektes auch in Ruhe Atemnot auftritt. Dann ist die Krankheit allerdings im Allgemeinen schon weiter fortgeschritten. Weltweit gibt es für die Behandlung der COPD Richtlinien, die dem Schweregrad der Erkrankung angepasst sind. Bereits ab dem Schweregrad II wird eine Rehabilitation empfohlen.

Dr. Sczepanski erklärte kurz die Unterschiede in der Funktionsweise der Lunge bei einem Gesunden und einem COPD-Patienten. Ein Gesunder schöpft beim Atmen nur den Bruchteil seines Lungenvolumens aus. Bei Anstrengung vertieft und beschleunigt sich seine Atmung, das Zwerchfell hebt und senkt sich schneller wie der Kolben eines Motors und der Körper bekommt dadurch genügend Sauerstoff. Bei einem COPD Patienten sind viele Belastungen nicht mehr möglich, da durch die Verengung der Bronchien und der Überblähung der Lunge eine vertiefte Atmung nicht ausreichend möglich ist, das Zwerchfell bewegt sich nur noch minimal und die Luft kann nicht schnell genug ausgeatmet werden (Bronchien kollabieren). Das Residualvolumen (verbleibende Luftmenge nach der Ausatmung) nimmt zu und der Patient bekommt nicht mehr genügend Sauerstoff. Zur Erklärung: Die Lunge spielt mit dem Kreislaufsystem und den Muskeln zusammen und dient dazu, den Sauerstoff über die Blutbahn in die Muskeln und einzelnen Zellen, die wie kleine Kraftwerke funktionieren, zu transportieren. Aus diesem „Kraftwerk“ müssen die „Abgase“, das CO₂ eliminiert werden. Es

wird über die Blutbahnen und die Lunge ausgeatmet. Das funktioniert ähnlich wie bei einem Verbrennungsmotor, dort wird Sauerstoff und Benzin verbrannt und am Ende kommt Energie und Kohlendioxid heraus.

In einer pneumologischen Reha werden verschiedene Atemwegserkrankungen behandelt, z. B. COPD, Fibrose oder Asthma. Die Indikationen für eine Reha sind von den Kostenträgern klar definiert, z. B. bei der Deutschen Rentenversicherung nach einem Zustand bei schwerer respiratorischer Insuffizienz wie nach einer Exazerbation, bei Atemnot in Ruhe oder Belastung. In der Reha werden die erforderlichen Maßnahmen, z. B. die Atemtherapie konzentriert, was in einem Akutkrankenhaus oder ambulant nicht möglich ist.



Foto: Karl-Heinz Laube / pixelio.de

Es wird versucht Herz und Kreislauf zu stärken und zu trainieren, damit mehr Leistung möglich ist. Zu den Zielen einer Reha gehören die Optimierung der Medikation, die Aufklärung und Patientenschulung, der Umgang und die Handhabung mit Sauerstoff, Beatmung, aber auch die richtige Anwendung der normalen Inhalationssprays. Ernährungsberatung und Schulungen zum Infektmanagement sind ebenfalls Bestandteile der Reha. Zu den Aufgaben der Physiotherapie gehört das Erlernen

der verschiedenen Atem- und Hustentechniken und der Sekretlösung ebenso wie die Steigerung der Leistungsfähigkeit durch angepasstes körperliches Training (MTT = medizinische Trainingstherapie). Aber auch psychosoziale Ziele sind von großer Bedeutung, da Atemnot ein beängstigendes Gefühl ist und die Krankheit viele Fragen und Zukunftsängste beim Patienten auslöst. Auch die Gesprächskreise und die Gespräche der Patienten untereinander tragen zum Erfolg einer Reha bei.

Die Rehabilitation heutzutage ist nicht mit den früheren Kuren vergleichbar, bei der es hauptsächlich um Erholung und Vorbeugung ging. In der heutigen Reha-Medizin werden auch schwerkranke Patienten behandelt und ihre Leistungsfähigkeit gesteigert.

Um eine Reha genehmigt zu bekommen werden von der Rentenversicherung bzw. dem Kostenträger einige Bedingungen an den Patienten gestellt. Um überhaupt rehafähig zu sein muss der Patient motiviert sein, sich selber versorgen (essen, waschen) können, ausreichend mobil sein, um sich in der Reha-Klinik zu bewegen, und für eine effektive

Reha-Maßnahme ausreichend belastbar sein. Obwohl viele COPD Patienten mit dem Schweregrad IV nicht alle diese Kriterien erfüllen, sind sie sehr wohl rehafähig und sollten auch versuchen, eine Reha in einer geeigneten Klinik zu bekommen. Für Dr. Sczepanski ist eine effektivere Bestimmung des Schweregrades und der Reha-Fähigkeit bei COPD der von Lungenärzten entwickelte Bode Index. Zu den Parametern gehört die 6-Minuten-Gehstrecke (6MGT), der Body-Maß-Index, der FEV1-Wert und subjektiv die Ausprägung der Luftnot. Je höher die erreichte Punktzahl, desto eingeschränkter ist zwar die Belastbarkeit und Lebenserwartung der Patienten, aber selbst Patienten mit nächtlicher nicht invasiver Beatmung oder Rollstuhlpatienten können durch die Reha noch Leistungssteigerungen erzielen.

Dr. Sczepanski zeigte anhand von Grafiken wie sich bei den Patienten am Ende der Reha die zurückgelegten Meter beim 6MGT erhöhen. In der MTT werden die Muskeln trainiert und gestärkt und die Beweglichkeit verbessert, damit der Patient seinen Alltag wieder besser bewältigen kann. Die

Belastung bei der Ausdauer (60% der maximalen Belastbarkeit auf dem Ergometer und Laufband) und die Gewichte an den Geräten werden dem Gesundheitszustand des Patienten angepasst. Durch die dadurch erreichte höhere Belastbarkeit verringert sich auch die Luftnot der Patienten und seine Ängste nehmen ab. Die Lebensqualität nimmt zu. In der Reha muss man auch mal andere Wege gehen, so wird seit einiger Zeit im Klinikum Berchtesgadener Land auch ein Galileo-Training (Rüttelplatte) zur Muskelaktivierung verwendet. Es werden Studien zu unterschiedlichen Trainingsmöglichkeiten erstellt. Ein eindrucksvolles Schaubild zeigte einen Patienten, der unter NIV (nicht invasive Beatmung) und Sauerstoff auf einem Ergometer trainiert.

Dr. Sczepanski schloss seinen Vortrag mit der Ermunterung an die Patienten selbst aktiv zu werden und sich mit fachlicher Anleitung körperlich zu betätigen. Und daraus neue Kraft zu schöpfen.

Brigitte Sakuth

Klage vor dem Bundesverfassungsgericht auf Kostenübernahme für das Erkältungsmittel Gelomyrtol

Ein Patient mit Emphysem klagt gegen seine Krankenkasse als Ausnahmeregelung für chronisch Kranke auf Übernahme der Kosten für das Erkältungsmittel Gelomyrtol beim Bundesverfassungsgericht. Das Präparat wird ihm von seinem Arzt empfohlen. Seit 2004 werden OTC Präparate nicht mehr von den Kassen übernommen. Gelomyrtol gehört auch nicht zum Therapiestandard. Laut Bundesgesundheitsministerium ist die Erstattung grundsätzlich von der Verschreibungspflicht abhängig zu machen. Das Sozialgericht Hannover hat die Klage bereits 2005 zurückgewiesen. Das Bundessozialgericht entschied wie das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen zugunsten der Krankenkasse. Ein Termin für die Verhandlung vor dem Bundessozialgericht steht noch nicht fest.

Brigitte Sakuth
Quelle: Apotheke Adhoc



NIV – nicht invasive Heimbeatmung

**Referent Dr. Christof Göbel, Oberarzt der Pneumologie,
Diakoniekrankenhaus Rothenburg/Wümme**

Zu Anfang erklärte Dr. Göbel den Unterschied von invasiver und nicht invasiver Beatmung (NIV = nicht-invasive-Ventilation oder NIB nicht-invasive Beatmung). Bei der invasiven Beatmung liegt ein geblockter Tubus in der Luftröhre und der Patient liegt normalerweise im künstlichen Koma oder in Narkose. Allerdings gibt es auch eine invasive Heimbeatmung, bei der über einen Luftröhrenschnitt (Tracheostoma) ein geblockter Tubus eingeführt ist. Zur nicht-invasiven Beatmung gehört auch beispielsweise die Mund-zu-Mund Beatmung oder eine Maskenbeatmung. Der Vorreiter der NIV ist die Negativdruckbeatmung, die in den 50er und 60er Jahren üblich war. Wir atmen, indem wir die Luft einsaugen, d.h. wir erzeugen einen Unterdruck im Brustkorb. Durch die Negativdruckbeatmung wird außerhalb des Brustkorbes ein Negativdruck aufgebaut (eiserne Lunge) und die Luft fließt hinein. Heutzutage wird allerdings eine Überdruckbeatmung, die

nicht der natürlichen Atmung entspricht, durchgeführt. Es wird also Luft in den Brustkorb des Patienten hineingepustet.

Indikationen für eine NIV nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin:

Darin heißt es, beatmet wird bei einer hyperkapnischen Ateminsuffizienz (= zuviel Kohlendioxid = Ventilations- bzw. Atempumpenversagen), bei einer hypoxämischen Ateminsuffizienz (= zu wenig Sauerstoff = Gasaustauschstörung durch eine Lungenentzündung oder ein Lungenödem), vor und nach Operationen (perioperative Phase), während einer Endoskopie (Magen- oder Bronchiospiegelung), in der Palliativmedizin bei einer fortgeschrittenen Erkrankung, bei der keine invasive Beatmung gewünscht wird und beim Aufwachen nach invasiver Beatmung (Weaning). Bei einer akuten Herzschwäche (Lungenödem), einer Lungenentzündung, einer schweren Kyphoskoliose (Wirbelsäulenverkrümmung), Postpolio-Syndrom, bei ALS (amyotrophe Lateralsklerose = fortschreitende Muskellähmung), nach einer schweren Tuberkulose kann ebenfalls wie bei fortgeschrittener COPD oder Schlafapnoe eine NIV erforderlich sein.

Ein sehr großer Vorteil dieser Beatmung ist, dass der Patient wach ist (Vigilanz) und schnell eine Besserung seiner Atemnot (Anstieg der Sauerstoffwerte) merken kann. Die Atemfrequenz nimmt ab, die Kohlendioxidwerte nehmen ab, der pH-Wert steigt. Eine NIV kann immer öfter bereits in speziell ausgerüsteten Rettungswagen begonnen werden, ansonsten in der Notaufnahme oder Aufnahmestation und auf Intensivstationen. Es gibt auch spezielle NIV Stationen.

Kontraindikationen für NIV:

Absolut kontraindiziert ist eine NIV bei Herz- Kreislaufstillstand, bei einem Schockzustand, schwerer Azidose (niedriger PH Wert unter 7,1), bei schweren Blutungen oder Koma und bei einer Verlegung der Atemwege. Relative Kontraindikationen sind eine fehlende oder mangelnde Kooperation des Patienten oder starke Unruhe, Verletzungen im Gesichts- oder HNO-Bereichs und starke Sekretion in den Atemwegen, da ist eine Beatmung nur bedingt möglich.

NIV bei COPD:

Bei einer schweren COPD mit einer chronischen respiratorischen Insuffizienz besteht eine Erschöpfung der Atempumpe. Es entsteht eine Hyperkapnie (zu viel Kohlendioxid), und dadurch kommt es zu einer zunehmenden Belastungsdyspnoe, Konzentrations- und Schlafstörungen und Kopfschmerzen. Das Zwerchfell ist nicht mehr in der Lage sich genügend auszudehnen und wieder zusammen zu ziehen. Ein Gesunder verbraucht für seine Atmung ca. 1 % seiner maximal zur Verfügung stehenden Atemmuskulatur, bei körperlicher Belastung bis maximal 7 %. Bei einer krankheitsbedingten Schwäche der Atemmuskulatur steigt der Kraftaufwand für einen Atemzug auf bis zu 40 % der maximal möglichen



Kraftreserve. Mit der NIV wird die Atempumpe entlastet, die Atmung wird von der Maschine übernommen, die Atemanstrengung verringert sich.

Kriterien für eine NIV bei COPD:

Wenn der pCO₂ Wert tagsüber permanent auf über 50mmHg oder nachts über 55mmHg steigt, sind die Kriterien für eine NIV erfüllt. Bei häufigen Exazerbationen mit Krankenhausaufenthalten und Werten bis 50mmHg kann ebenfalls eine NIV empfohlen werden.

Damit eine NIV erfolgreich durchgeführt werden kann, brauchen das Pflegepersonal und die Ärzte ausreichende Erfahrung in der Anwendung und Überwachung, die Versorgung muss das ganze Jahr über gewährleistet sein und eine schnelle Intubation bei Verschlechterung muss möglich sein. Der Patient muss ruhig und ehrlich aufgeklärt werden, der Arzt muss sich Zeit nehmen und ein Vertrauensverhältnis aufbauen. Der Patient sitzt aufrecht und darf die Maske selbst mithalten. Damit alles funktioniert sind eine ganze Menge Einstellungen erforderlich, wie die Art der Beatmung (Modus), ob kontrolliert, assistiert oder eine Mischform davon, volumen- oder druckkontrolliert, die Atemfrequenz, die Steilheit des Druckanstieges, das Verhältnis Einatemzeit zur Ausatemzeit (Inspiration zu Expiration). Auch eine präzise Maskenanpassung ist notwendig, z. B. eine Nasenmaske, die komfortabel ist, eine kleinere Auflagefläche hat und besser abgedichtet werden kann oder eine Nasen-Mund-Maske, die häufig im Akutfall verwendet wird, aber auch für Mundatmer geeignet ist. Es gibt diese Masken von verschiedenen Firmen und in unterschiedlicher Ausführung, auch eine individuelle Maske ist bei medizinischer Notwendigkeit und Begründung möglich.

Nachteile einer NIV:

Die Nasen- und Mundschleimhaut trocknet aus und kann sich entzünden. Es kann zu Hautläsionen und Magenüberblähung kommen. Man kann sich verschlucken (Aspirationssgefahr), besonders bei Nasen-Mund-Masken. In der Klinik ist ein höherer personeller und zeitlicher Aufwand notwendig, da es beim Patienten auch zu Platzangst und Panikattacken kommen kann, allerdings verringert sich die Gefahr einer Lungenentzündung, zu der es bei einer invasiven Beatmung häufig kommt, erheblich.

Die Einleitung einer häuslichen NIV wird in der Regel auf einer speziellen Station (Intermediate Care = IMC oder auf Intensivstationen) vorgenommen. Ziel ist eine Entlastung der Atempumpe, also eine Atemunterstützung, und damit mehr Lebensqualität für den Patienten. Die Beatmung erfolgt meistens nachts und sollte möglichst 8 Stunden betragen. Eine zusätzliche Sauerstoffzufuhr ist möglich. Damit beendete Dr. Göbel seinen Vortrag, stand aber noch für Fragen aus dem Publikum zur Verfügung.

Brigitte Sakuth

Nasenspray

Durch unsere Nase strömen jeden Tag ungefähr 10.000 Liter Atemluft, in der sich Staub, Schmutz und zahlreiche Keime befinden. Im Inneren der beiden Nasenhöhlen sitzen deshalb zur Immunabwehr Schleimhäute. Sie erwärmen und befeuchten die eingeatmete Luft und filtern die Schmutzpartikel heraus. Die Flimmerhärchen transportieren diese mikroskopisch kleinen Teilchen anschließend ab.

Bei akuten Infektionen z. B. bei Schnupfen produziert der Körper vermehrt Sekret und die Nasenschleimhäute schwellen an. Die Nase ist verstopft. Dann helfen abschwellende Nasensprays wieder besser, Luft zu bekommen. Sie enthalten als Wirkstoffe Sympathomimetika (z. B. Xylometazolin oder Oxymetazolin). Durch diese Stoffe ziehen sich die Blutgefäße an den Nasenschleimhäuten zusammen, das verringert die Blutzufuhr und das Gewebe schwillt ab. Die Nase ist wieder frei. Allerdings können diese Sprays bei zu langer Anwendung süchtig machen und die Nasenschleimhäute schädigen, da sich diese an die regelmäßige Dosis gewöhnt haben. Sobald die Wirkung des Nasensprays nachlässt, werden die Schleimhäute besonders stark durchblutet und schwellen übermäßig an. Das verleitet die Patienten dazu, erneut zum Spray zu greifen, um die Nase wieder frei zu bekommen. Auf Dauer entsteht ein chronischer Schnupfen. Die Nasenschleimhäute trocknen durch den Dauerreiz allmählich aus und können ihre Abwehrfunktion nicht mehr erfüllen. Es können sich Borken bilden und es kommt leicht zu Nasenbluten. In schweren Fällen kann es sogar zu Erstickungsanfällen und Stimmungsschwankungen kommen, sobald Betroffene das Spray absetzen. Dr. Roland Windt vom Bremer Zentrum für Sozialpolitik schätzt, dass etwa 100.000 bis 120.000 Bundesbürger von Nasensprays abhängig sind.

Deshalb sollten abschwellende Nasensprays nicht länger als eine Woche benutzt werden. Die Entwöhnung ist schwierig und kann länger dauern. Helfen können cortisonhaltige Nasensprays, Nasenspülungen mit Kochsalzlösung oder ätherischen Ölen. Sind chronische Ursachen, wie z. B. eine Allergie der Grund für die Verwendung des Nasensprays, sollte diese Allergie behandelt werden, da sonst die Gefahr besteht, wieder zum Spray zu greifen.

Wer also länger als eine Woche unter einer verstopften Nase leidet, sollte besser einen Arzt aufsuchen, um die Ursache abklären zu lassen.

Brigitte Sakuth

Quelle: Apothekenumschau

Künstliche Lunge

Eine implantierbare, künstliche Lunge ist eine der großen Visionen in der Forschung, denn mehr als 200 Millionen Menschen weltweit leiden an schweren Lungenerkrankungen. Bisher kann die Medizin außer einer Lungentransplantation nur sehr wenig anbieten. Ein Teilersatz ist die nicht invasive Beatmung (zu Hause oder im Krankenhaus) oder die „extrakorporale Membranoxygenierung“, eine intensivmedizinische Technik bei akutem Lungenversagen, bei der eine Maschine die Atemfunktion des Patienten übernimmt.

Damit eine Kunstlunge in der Praxis auch einsetzbar ist, müssen viele Voraussetzungen geschaffen werden. Sie darf nicht zu groß sein, damit sie implantierbar ist, die Gewebeverträglichkeit der eingesetzten Materialien muss gegeben sein und die Energieversorgung muss gewährleistet sein. Der physiologische Gasaustausch der Lunge muss mechanisch nachgebildet werden. Bisher ist keine der Lungenersatzoptionen sonderlich mobil, da sie durch Sauerstoffflaschen versorgt

werden müssen, und diese Flaschen müssen ja auch noch mitgeführt werden.

Wissenschaftler aus Cleveland sind dem Ziel einer Kunstlunge jetzt einen großen Schritt näher gekommen. Sie haben den Prototyp einer Kunstlunge entwickelt, die sich mit normaler Atemluft begnügt. Das gelingt, weil der Gasaustausch wesentlich effektiver abläuft als bei bisherigen Ersatzlungen. Getestet wurde bisher allerdings nur an Schweineblut. Ein Gerät für den Einsatz beim Menschen hätte geschätzt eine Größe von 15 mal 15 mal 10 Zentimetern, könnte an das Herz angeschlossen werden und bräuchte deshalb keine eigene Pumpe. Die Kunstlunge besteht komplett aus Silikonkautschuk, der zu einer Art künstlichem Kapillarsystem geformt wurde, das den natürlichen Verhältnissen im menschlichen Körper ähnelt. Allerdings sind noch nicht alle Probleme gelöst, und es werden schätzungsweise noch 8 – 10 Jahre vergehen, bis klinische Studien am Menschen erfolgen können.

Brigitte Sakuth (Quelle: DocCheck News)

Schlafapnoe

COPD-Patienten, die zusätzlich unter einer Schlafapnoe leiden, sollten nachts mit einer (Nasen-)Atemmaske schlafen, die ihnen stetig Raumluft mit geringem Überdruck zuführt. Diese CRAP-Therapie (continuous positive airway pressure = nichtinvasive Überdruckbeatmung) kann die Lebensdauer verlängern und das Sterberisiko senken.

Bei der Schlafapnoe fallen die Atemwege während des Schlafes immer wieder zusammen und verschließen sich. Dadurch kommt es zu wiederholten Atemstillständen. Deshalb kommt es zu physiologisch erzwungenen Weckreaktionen, die bei den Betroffenen einen erholsamen Nachtschlaf verhindern. Die Patienten leiden unter Tagesschläfrigkeit und Leistungsminderung. Langfristig führt der durch die wiederholten Atemaussetzer bedingte Sauerstoffmangel auch zu einer Beeinträchtigung der Herzaktivität verbunden mit

arteriosklerotischen Veränderungen. Das begünstigt die Entwicklung eines Bluthochdrucks oder kann zu plötzlichen Herzinfarkten und Schlaganfällen führen. Durch die Überdruckbeatmung bleiben die oberen Atemwege beim Aus- und Einatmen stets offen. Die normale Atmung wird unterstützt und ein normaler Schlafablauf ist wieder möglich. Wird die CRAP-Therapie nachts regelmäßig durchgeführt, verbessert sich bei 70 % der Patienten die Lebensqualität. Sie fühlen sich beim Aufwachen frischer und ausgeschlafener, neigen weniger zu Schläfrigkeit und senken gleichzeitig ihr Risiko für teils lebensbedrohliche Begleiterkrankungen.

Die positiven Auswirkungen der Überdruck-Maskenbeatmung kommen ab 6 Stunden pro Nacht optimal zur Geltung.

Brigitte Sakuth (Quelle: Lungenärzte im Netz)

Korianderöl gegen MRSA

Offenbar kann Koriander-Öl Antibiotika resistente Erreger abtöten und durch Keime hervorgerufene Nahrungsmittelvergiftungen vorbeugen.

Portugiesische Wissenschaftler der University of Beira Interior haben 12 Bakterienstämme mit Lebensmittelzusätzen auf Koriander-Öl-Basis getestet. Darunter war auch der sehr schwer zu behandelnde Krankenhauskeim MRSA (Methicillin resistenter Staphylococcus aureus) sowie andere bekannte Erreger wie Escherichia coli, Salmonella enterica und Bacillus cereus. Die Lösungen mit 1,6 Prozent (oder auch weniger) Koriander-Öl verringerten das Wachstum aller getesteten Bakterienstämme. Die Substanz tötete bis auf 2 Ausnahmen

(Bacillus cereus, Enterococcus) die Bakterien sogar vollständig ab. Offenbar zerstört das Öl die Membran der Bakterienzellen. Für die mit herkömmlichen Antibiotika nicht zu behandelnden gefürchteten Krankenhauskeime könnte Koriander-Öl eine wirksame Therapiealternative sein.

Koriander ist ein aromatisch duftendes Kraut, das in der Pflanzenheilkunde für seine schmerzstillende, krampflösende und verdauungsfördernde Wirkung bekannt ist. Das ätherische Öl wird aus dem Samen der Pflanze durch Wasserdampf-Destillation gewonnen.

Brigitte Sakuth (Quelle: netdoktor)

Gerichtsurteile

Auch auf dem Krankenfahrstuhl mit Motor gilt eine Promille-Grenze

Der Grenzwert für die absolute Fahruntüchtigkeit von Fahrern motorisierter Krankenfahrstühle über 6 km Geschwindigkeit, die versicherungspflichtig sind und ein Versicherungskennzeichen benötigen, beträgt 1,1 Promille. Das hat das Oberlandesgericht Nürnberg entschieden. Das Gefährdungspotenzial solcher motorisierter Krankenfahrstühle sei im Vergleich zu Fahrrädern deutlich höher einzustufen (hier wird erst ab 1,6 Promille von absoluter Fahruntüchtigkeit ausgegangen). Begründet wird das mit der massiveren Bauart, dem höheren Gewicht und der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Haftpflichtversicherung
(Oberlandesgericht Nürnberg, Aktenzeichen: 2 St Ss 230/10).

Fahrten zu Fachärzten muss das Pflegeheim organisieren

Pflegeheime müssen ihre Bewohner grundsätzlich bei Arztbesuchen begleiten. Das hat das Verwaltungsgericht Stuttgart entschieden. Diese Begleitungsfahrten zu Ärzten außerhalb der Einrichtung, besonders zu Fachärzten sind Teil der allgemeinen Pflegeleistungen. Sie sind durch den entsprechenden Pflegesatz der Kassen abgegolten. Sobald es der Zustand der Heimbewohner erforderlich macht und auch sonst niemand für die Begleitung in Anspruch genommen werden kann, müsse die Begleitung von der Heimleitung sichergestellt werden.
(Verwaltungsgericht Stuttgart, Aktenzeichen: 4 K 3702/10).

Wenn private Krankenversicherung mahnt, darf Spezifikation nicht fehlen

Gerät ein Versicherungsnehmer einer privaten Krankenversicherung mit den Monatsprämien in Rückstand, kann das Versicherungsunternehmen den Vertrag nur kündigen, wenn zuvor eine wirksame Mahnung erfolgt ist. Der Versicherer muss nach einer nicht getätigten Zahlung der Folgeprämien eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen einräumen. In der Mahnung müssen konkret die rückständigen Beiträge, die Zinsen sowie die Kosten im Einzelnen aufgeführt werden. Diese Posten sind bei zusammengefassten Verträgen (zum Beispiel die Mutter mit den Kindern) auch getrennt nachzuweisen. Wird nur pauschal der rückständige Betrag genannt, ist die Mahnung unwirksam. Das gilt dann auch für eine auf dieser Mahnung beruhende Kündigung des Versicherungsvertrages. Nur die Spezifikation in der Mahnung ermöglicht es dem Versicherungsnehmer zu entscheiden, welche Vertragsbestandteile er aufrechterhalten will und welche nicht.
(Oberlandesgericht Düsseldorf, Aktenzeichen: 4 U 2/10).

Reha-Sport "in Gruppen" kann unbegrenzt beansprucht werden

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen Behinderten, denen vom Arzt Reha-Sport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung

und Überwachung verordnet wurde, gegebenenfalls ohne zeitliche Begrenzung finanzieren. Dies unberücksichtigt der Tatsache, dass demselben Versicherten bereits als Heilmittel "Krankengymnastik" bezahlt wird. Das Bundessozialgericht hält die dem entgegen stehende "Rahmenvereinbarung", die einen "höchstzulässigen Leistungsrahmen" vorsieht, in diesem Punkt für unwirksam.

(Bundessozialgericht, Aktenzeichen: B 1 KR 8/10 R).

Arbeitnehmer können in der "aktiven Phase" der Altersteilzeit entlassen werden

Das Landesarbeitsgericht Köln hat entschieden, dass Arbeitnehmer, die sich noch in der "aktiven Phase" der Altersteilzeit befinden, vom Arbeitgeber betriebsbedingt gekündigt werden können. Sie sind beim Kündigungsschutz wie normale Arbeitnehmer zu behandeln. Der bis zum Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis fehlende Arbeitsverdienst muss jedoch vom Arbeitgeber nachgezahlt werden. Hier hatte ein "aktiver" Altersteilzeiter gegen die Kündigung vorgetragen, dass das Bundesarbeitsgericht anderer Auffassung als der Arbeitgeber sei. Dort ging es allerdings um eine Kündigung während der passiven Altersteilzeit-Phase. Das Gericht sah darin den entscheidenden Unterschied.

(Landesarbeitsgericht Köln, Aktenzeichen: 7 Sa 541/08).

Was in der Patientenverfügung steht, ist gültig

Geht aus einer Patientenverfügung hervor, unter welchen Umständen der Verfasser keine lebenserhaltenden Maßnahmen mehr wünscht, und stimmen in der Auslegung der Verfügung der Betreuer und die behandelnden Ärzte überein, bedarf es keiner "Genehmigung" mehr durch das Betreuungsgericht. Das Landgericht Kleve hält die Einschaltung des Betreuungsgerichtes in solchen Fällen für überflüssig – selbst, wenn "der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt" habe. Ein Leiden mit irreversiblen tödlichem Verlauf liege nicht nur dann vor, wenn der Tod in kurzer Zeit bevorstehe. Insoweit sei vielmehr zwischen Hilfe "beim" Sterben und Hilfe "zum" Sterben oder Sterbehilfe in weiterem Sinne zu differenzieren. Sterbehilfe setze demnach voraus, dass das Grundleiden eines Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar sei, einen tödlichen Verlauf angenommen habe und der Tod in kurzer Zeit eintreten werde. Doch auch dann, wenn der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt habe, sei der Abbruch einer einzelnen lebenserhaltenden Maßnahme "bei entsprechendem Patientenwillen als Ausdruck der allgemeinen Entscheidungsfreiheit anzuerkennen".

(Landgericht Kleve, Aktenzeichen: 4 T 77/10)

Quelle: ihre-vorsorge.de

Besuchen Sie uns im Internet:

www.deutsche-emphysemgruppe.de

**In stillem Gedenken nehmen wir Abschied
von unseren im Zeitraum 2011 - 2012
verstorbenen Mitgliedern**

**Und meine Seele spannte
weit ihre Flügel aus,
flog durch die stillen Lande
als flöge sie nach Haus...**

Joseph von Eichendorff

Hans-Jürgen Karuhn

Manfred Fischer

Wolfgang Menke Hofheim

Anita Barthauer

Annemarie Neuschwender

Brunhilde Hinsch

Heinz Zens

Gisela Zschörnig

Rolf Kader

Bernd Mecke

Marlene Vent

Brigitte Schröder

Jürgen Niessit

Horst Emser

Edgar Moschner

Gabriele von Burgsdorff

Lothar Simon

Inge Lenzen

Monika Feldbrügge



Mein Leben vor und nach der Transplantation

Es war vor etwa 15 Jahren, als bei mir die Diagnose COPD gestellt wurde. Das war für mich damals nichts Schlimmes, da mein Lungenfacharzt sagte, die Krankheit ist zwar unheilbar, aber gut behandelbar. Deshalb habe ich mich auch weiter nicht darum gekümmert oder richtig informiert. Am Anfang ging es auch ganz gut damit und ich hatte keine großen gesundheitlichen Einschränkungen und kam ganz gut zurecht. Doch mit der Zeit kamen auch andere Tage. Größere Anstrengungen fielen mir zusehends schwerer, und die Luft wurde knapp. Ich wurde sehr unzufrieden mit mir und haderte mit meinem Schicksal. Was ich einmal konnte, sollte ich nie wieder können, das machte mir Angst. Damit konnte ich mich nicht abfinden. Also ging ich wieder zu meinem Lungenarzt. Der sagte zu mir: „Tja mein Lieber, Du brauchst jetzt Sauerstoff.“ Das lehnte ich mit aller Härte ab. Ich und Sauerstoff? Das kam für mich überhaupt nicht in Frage. Was sollten die anderen Leute von mir denken, wenn ich mit so einem Schnorchel in der Nase rum lief. Nach kürzester Zeit, so im Frühjahr 2009 war ich dann soweit, es ging nicht mehr anders, der Sauerstoff musste her. Die Nasenbrille im Gesicht und 2 Liter Sauerstoff, da wurde so manches wieder leichter. Für Nachts bekam ich noch zusätzlich ein Beatmungsgerät. Nach einer kurzen Eingewöhnungszeit empfand ich diese nächtliche Beatmung als sehr angenehm und ich konnte gut damit schlafen.

Doch mit der Zeit benötigte ich immer mehr Sauerstoff, die Literzahl wurde immer höher und es wurde zunehmend anstrengender und auch lästiger etwas zu unternehmen. Irgendwohin zu fahren war für mich in weite, weite Ferne gerückt und auch viel zu umständlich, da mein Sauerstofflieferant ja den Sauerstoff an Ort und Stelle bringen musste

und mein tragbares Gerät ja auch nicht sehr lange hielt.

Mein Lungenarzt meinte, meine einzige Chance wäre eine Lungentransplantation. Nach kurzer Überlegung war ich damit einverstanden, machte die notwendigen Untersuchungen und wurde dann in Großhadern gelistet. Als meine Luftnot immer größer wurde, ging ich zu meinem Hausarzt. Der sagte zu mir, ein Reha-Aufenthalt in Schönau würde mir sicher gut tun. Gesagt, getan, die Reha wurde beantragt und auch genehmigt und war für mich ein riesiger Erfolg. Die Ärzte und das Pflegepersonal haben sich sehr um mich bemüht. Der OA Dr. Sczepanski und Dr. Kaltenegger haben mir durch die Therapien das Leben mit Sauerstoff sehr erleichtert. Das war Anfang 2010.

Leider ging es mir Anfang 2011 immer schlechter und die Luftnot wurde größer. Ich bin deshalb auf Anraten von Professor Behr in die Lungenklinik Donaustauf gegangen, um dort auf meine Transplantation zu warten, seit meiner Listung waren inzwischen 22 Monate vergangen und ich hoffte sehnlich auf eine neue Lunge für mich. Nach nur 2 Wochen stellte sich das Glück für mich ein, Eurotransplant hat mich auf HU (high urgent = sehr dringlich) gesetzt. Ich habe geheult vor Freude, weil es nun ja nicht mehr lange dauern konnte. Nach nur 5 Tagen kam dann um 18 Uhr der erlösende Anruf aus Großhadern, wir haben eine Lunge für sie. Nun war ich doch geschockt und nervös, weil alles sooo schnell ging. Die Schwestern freuten sich für mich und sagten: „Bravo, jetzt beginnt für sie ein ganz neues Leben.“ Dann ging es auch schon mit dem Krankenwagen und tatütata los nach Großhadern. Dort angekommen ging alles dann sehr schnell, waschen und rasieren und danach dann gleich die Narkose. Die OP

begann abends um 22 Uhr und war laut OP-Team am nächsten Vormittag um 10 Uhr beendet. Das habe ich natürlich nicht mitgekriegt, ich habe ja geppent.

Der berühmte „erste selbständige Schnauer“ erfolgte noch auf der Intensivstation und war schon ein Erlebnis für mich. Es war sehr abenteuerlich ohne Sauerstoff zu atmen, das traute ich mich anfangs gar nicht. Doch die Ärzte und Schwestern redeten mir gut zu und dann siegte doch die Neugier. Es war der erste Schnauer in meinem neuen Leben und meine Freude ohne Sauerstoff zu atmen war das größte Erlebnis überhaupt für mich. Es kann mit nichts anderem verglichen werden, außer mit der Freude es geschafft zu haben.

Nun bin ich wieder in Schönau zur Reha aber jetzt gehöre ich zu den Transplantierten und erfahre das Glück, das für mich einem Wunder gleicht und unbeschreiblich ist – Atmen ohne Luftnot.

Ich möchte mich von Herzen bei meinen Ärzten (OA Dr. Sczepanski, Dr. Kaltenegger), meinen Therapeuten (Frau Wadispointner, Herr Hinz) und allen anderen in Schönau bedanken, die mir mein 2. Leben ermöglichen und mich dadurch in eine schönere Welt entlassen, in der es für mich keine Nasenbrillen mehr gibt. Auch möchte ich mich bei Allen bedanken, die in der schweren Zeit zu mir gehalten und mir alles Gute gewünscht haben, allen voran meine liebe Evi. Sie war nach der Transplantation Tag und Nacht telefonisch mit meinen Ärzten verbunden, vor allem als es mir auf der Intensivstation einmal nicht so gut ging. Aber das ist für mich jetzt alles Vergangenheit und ich schaue zuversichtlich nach vorne.

„Ich liebe das Leben“

Winfried Adler

Impressum

Deutsche Emphysemgruppe e.V.
Steinbrecherstraße 9
38106 Braunschweig
Tel. 0531-2349045
deg@emphysem.de
www.deutsche-emphysemgruppe.de

Spendenkonto

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

Redaktion und Layout

Brigitte Sakuth, Petra Objartel

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen.

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: 20,00€ pro Jahr)

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

Ich will mehr als den Mindestbeitrag entrichten, nämlich _____ € 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: _____

(O = ankreuzen, wenn zutreffend)

Konto der Deutschen Emphysemgruppe e.V.

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