

Patientenveranstaltung der Deutschen Emphysemgruppe e.V. in Uhusen

Seite 6



Atemübungen mit dem
Theraband

Seite 9

Mein Hund als therapeutischer
Begleiter (Teil 5)

Seite 12

Mobile Sauerstoffgeräte -
Ein Vergleich der Systeme

Seite 14

Bei COPD auch auf Alpha-1-Antitrypsin-Mangel testen

Rund 8.000 bis 16.000 Menschen in Deutschland leben mit einem schweren Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (Alpha-1). Viele der Betroffenen wissen jedoch nichts von der wahren Ursache ihrer Beschwerden: Denn selbst Experten verwechseln Alpha-1 aufgrund der ähnlichen Symptome – wie Husten, Auswurf und Atemnot – häufig mit einer COPD. Im Schnitt dauert es sieben Jahre und fünf Ärzte bis die Diagnose „Alpha-1“ gestellt wird. Einen ersten Hinweis, ob es sich um Alpha-1 handeln könnte, liefern bestimmte Auffälligkeiten: Während COPD als typisches Raucherleiden gilt, trifft Alpha-1 auch Nichtraucher. Stutzig werden sollten Betroffene zudem, wenn sich ihre Symptome trotz Behandlung nicht verbessern oder wenn in der Familie bereits ein Lungenemphysem oder Alpha-1 bekannt ist.

Ein einfacher Schnelltest bringt Gewissheit



Mit einem einfachen Schnelltest kann die Erkrankung allerdings leicht ausgeschlossen werden. Solch einen Test empfiehlt auch die nationale COPD-Leitlinie: Jeder COPD-Patient in Deutschland hat Anspruch darauf, sich einmal im Leben auf das Vorliegen von Alpha-1 testen zu lassen.

Genau hier setzt auch die Initiative PROAlpha an: Sie möchte über die Erkrankung aufklären und Ärzte sowie Patienten motivieren, auf Alpha-1 zu testen, mit dem Ziel, die Zahl der Fehl- und Spät Diagnosen zu verringern.

Denn je früher Alpha-1 erkannt wird, desto wirksamer können Maßnahmen zur Prävention und Therapie sein. Dazu zählen z. B. Rauchentwöhnung und eine symptomorientierte Behandlung. Zudem kann das fehlende Alpha-1-Antitrypsin als Infusion von außen zugeführt werden. Geheilt werden kann die Krankheit zwar nicht, aber die fortschreitende Schädigung der Lunge kann damit verlangsamt werden.

COPD

Lassen Sie sich
NICHT abstempeln.

- > **testen.**
- > **wissen.**
- > **leben.**

Die Initiative PROAlpha

- > Aufklärung über die Erkrankung Alpha-1 mit dem Ziel, die Zahl der Fehl- und Spät Diagnosen zu verringern.
- > Motivation von Ärzten und Patienten, einen Test auf Alpha-1 durchzuführen, bzw. durchführen zu lassen.
- > Aufruf zum bislang größten Screening von COPD-Patienten auf Alpha-1

Weitere Informationen und exklusiver
Terminservice unter:

www.initiative-pro-alpha.de



Initiative
PROAlpha
Deutschlands größtes COPD Screening
auf Alpha-1

GRIFOLS

Themen in dieser Ausgabe:

Grußwort der 1. Vorsitzenden	4
In eigener Sache	5
Patientenveranstaltung 2016 in Uphusen.	6
3 Atemübungen mit dem Theraband.....	9
Emphysemgruppe Rosenheim / Bad Aibling	10
Mensch des Jahres	11
Mein Hund als therapeutischer Begleiter (Teil 5).....	12
Mobile Sauerstoffgeräte - Ein Vergleich der Systeme	14
Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff (Teil 1)	16
Ernährungstipps bei Lungenerkrankungen.....	18
Impressum	19
Mitgliedsantrag / Beitrittserklärung.....	20

Sie möchten uns Ihre Meinung sagen, haben Wünsche oder Anregungen? Wir sind sehr daran interessiert, dass unsere Leser die „atemwege“ mitgestalten. Schreiben Sie uns, über eine entsprechende Rückmeldung würden wir uns freuen. Sie erreichen uns unter info@deutsche-emphysemgruppe.de oder auch telefonisch unter (0531) 234 904 5. Unsere Postanschrift finden Sie im Impressum auf der vorletzten Seite.

Liebe Mitglieder der Deutschen Emphysemgruppe, Angehörige, Förderer, Freunde und Freundinnen,



Heide Schwick
1. Vorsitzende

heute möchte ich mich einmal ganz herzlich bedanken. Bedanken bei all den fleißigen Helferinnen und Helfern im und um den Vorstand, die trotz eigener schwerwiegender Erkrankung, und häufig sind es im Laufe der Jahre noch einige gesundheitliche Einschränkungen mehr geworden, ihre übernommenen Aufgaben mit großem Engagement erfüllen. Sei es im Schreiben von unzähligen aufwändigen Berichten über die verschiedenen Vorträge und Informationsveranstaltungen, in der Organisation der einzelnen Selbsthilfegruppen, im Rat und Trost spenden für andere Erkrankten sei es telefonisch, schriftlich oder persönlich, in der täglichen Suche im Internet nach Neuigkeiten für die Mailingliste.

Der Dank gilt ebenso den Firmen, die uns bei Veranstaltungen kostenlos mit Sauerstoff versorgen und jederzeit mit Rat und Tat zur Verfügung stehen, all den Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft, die uns in ihrer knapp bemessenen Freizeit mit guten Vorträgen und fundiertem Wissen versorgen, bereit sind, auch noch die letzten Fragen ausführlich zu beantworten. Selbiges trifft auch für die „nichtärztlichen“ Referent(en)innen zu, bei denen wir so wundervoll hilfreiche Dinge wie richtiges Atmen, Yoga, manuelle Therapien, Osteopathie, Entspannung und Kreativität und noch einiges mehr lernen dürfen. Manches können Sie im vorliegenden Heft nachlesen. Und der Dank gilt besonders unseren Mitgliedern, von denen uns einige seit 18 Jahren die Treue halten. Die uns teilhaben lassen an ihren Sorgen und Nöten, und die mit ihren Ideen und Erfahrungen unseren Verein vielschichtig gestalten. In unsere Gedanken möchten wir auch die Angehörigen unserer Mitglieder mit einbeziehen, mit denen wir leider auch allzu oft den Schmerz des Abschieds teilen müssen.

Nicht zuletzt danke ich hier an dieser Stelle den „gesunden Helferinnen und Helfern“, ohne die so vieles nicht möglich wäre, die uns unterstützen und mit Geduld und Verständnis eingreifen, wenn wir mal wieder an unsere Grenzen stoßen. Leider sind wir vom Vorstand in den vielen Jahren auch kränker und weniger belastbar geworden, weswegen sich auch das Erscheinen der Atemwege in diesem Jahr verzögert hat. Wie alle Vereine leiden auch wir an Nachwuchsmangel, was teilweise den großen Veränderungen durch die digitalen Medien zuzuschreiben ist.

Allen Schwierigkeiten zum Trotz wird unsere Jahreshauptversammlung 2016 mit anstehenden Neuwahlen am 8. Oktober wie immer im Hotel Mercure in Braunschweig stattfinden.

Ich wünsche Ihnen einen wunderschönen Sommer, viel Gesundheit und freue mich auf ein Wiedersehen.

Ihre

In eigener Sache:

Wir sind bekanntlich ein gemeinnütziger Verein, in dem sich Patienten zusammenschlossen haben, um gemeinsam Hilfe zur Selbsthilfe zu suchen und weiterzugeben, um Erkenntnisse, Behandlungsmethoden und Tipps zu den Krankheitsbildern Emphysem, Alpha1-Antitrypsinmangel, und COPD zu erhalten, die den täglichen Umgang mit der Erkrankung erleichtern können. Auch Sie können uns helfen, dieses Anliegen noch besser zu verwirklichen. Wenn Sie mitarbeiten möchten, rufen Sie an: 0531-2349045 oder eine der weiter unten aufgeführten Nummern. Gerne können Sie kleine Geschichten und Erlebnisse einreichen, aber bitte als Worddatei, damit wir sie einfacher ohne zusätzliche Arbeit weiter verwenden können.

Da wir kein Dienstleistungsbetrieb, sondern alle selbst chronisch Erkrankte sind, kommt es manchmal vor, dass nicht sofort jemand erreichbar ist. Bitte verlieren Sie nicht die Geduld, sprechen Sie auf den Anrufbeantworter, langsam und deutlich mit Telefonnummer, wir rufen zurück. In fast allen Fällen ist jemand für Sie da.

H. Schwick:	Telefon	0531-2349045
G. Hannebohn:	Telefon	0531-74938
P. Objartel:	Telefon	05182-960216

WICHTIG:

Immer wieder kommen Beschwerden über Abbuchungen des Vereinsbeitrags, obwohl der oder die Angehörige schon seit längerer Zeit verstorben ist.

Bitte teilen Sie uns Adressänderungen, neue Kontonummern und Todesfälle zeitnah möglichst schriftlich mit, Rückbuchungen sind kostenpflichtig und kosten unnötigen Zeitaufwand.

Der freiwillige Austritt aus der „Deutschen Emphysemgruppe e.V.“ erfolgt durch die schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand. Er ist laut § 5 Absatz 2 der Satzung nur jeweils zum 31.12. des laufenden Jahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zulässig.

H.Schwick
Vorsitzende



www.deutsche-emphysemgruppe.de

Der nebenstehende QR-Code kann mit jedem Smartphone und einer entsprechenden App eingelese werden und leitet Sie direkt auf die Startseite unserer Homepage!

Patientenveranstaltung der Deutschen Emphysemgruppe e.V. 2016

Am 9. April dieses Jahres fand die Patientenveranstaltung der Deutschen Emphysemgruppe in Haberkamps Hotel, 28832 Achim (Ortsteil Uphusen) statt. Viele alte Bekannte und auch einige neue Gesichter waren anwesend und warteten gespannt auf die angekündigten Vorträge.

Wir haben uns sehr gefreut, dass Dr. Oliver Göhl ein weiteres Mal unserer Einladung gefolgt ist und gleich nach der Begrüßung durch die Vorsitzende Heide Schwick mit seinem Vortrag „Sport und Training bei COPD“ begann. Wie beim letzten Mal war sein Referat ein voller Erfolg und ganz sicher ein Motivations-schub für mehr Bewegung im Alltag. Freuen Sie sich jetzt schon auf einen großen Bericht zu diesem Thema in unserer nächsten Ausgabe.

Es folgte Christiane Behrens, Sozialpädagogin, vielleicht einigen bekannt durch ihr „Rauchfrei Programm“, das sie bundesweit anbietet.

Ihr Thema dieser Veranstaltung war die Vorstellung der meditativen Kunst- und Atemtherapie (MKA) nach Prof. Schwindt mit praktischen Übungen; ein etwas anderer Ansatz, der gut ankam. Mehr dazu im Bericht weiter hinten in dieser Ausgabe.

Nach einem gemeinsamen Mittagessen stellte uns Carola Kiesling, Heilpraktikerin aus Oyten das Thema „Osteopathie – grundsätzliche Informationen und Zusammenhang zur Lungenerkrankung“ vor. Es handelt sich dabei um eine ganzheitliche Methode/Medizin, die nur mit den Händen ausgeführt wird und schon viele Anhänger hat. Auch dazu lesen Sie bitte den ausführlichen Bericht in diesem Heft.

Leider konnte Dr. Berkefeld, Internist aus Bremen, wegen einer akuten Erkrankung nicht teilnehmen und sagte bedauerlicherweise seinen Vortrag ab.

Im Anschluss an die Vorträge wurden viele Fragen gestellt, die geduldig und verständlich beantwortet wurden.

Gegen 16 Uhr bedankte sich Heide Schwick bei den Gästen, Referenten und der Firma Vivisol, die uns mit kostenlosem Sauerstoff versorgt hatte, und wünschte allen eine gute Heimfahrt.

H. Schwick



Christiane Behrens u. Heide Schwick



Carola Kiesling



Dr. Oliver Göhl

Osteopathie – grundsätzliche Informationen und Zusammenhang zur Lungenerkrankung

Carola Kiesling – Heilpraktikerin und Physiotherapeutin – mit eigener Praxis für Osteopathie, Physiotherapie und Schmerztherapie in Düsen bei Harpstedt

referiert auf unserer Patientenveranstaltung in Uphusen über das Thema „Osteopathie: was ist das überhaupt?“

Bei der Osteopathie handelt es sich um ein ganzheitliches Behandlungskonzept, entwickelt vom amerikanischen Arzt A. T. Still (1828 – 1917). Die Osteopathie ist keine Wissenschaft und lässt sich nicht beweisen.

Man unterscheidet drei verschiedene Behandlungsbereiche:

- viszerale Osteopathie in Bezug auf die Eingeweide,
- parietale Osteopathie in Bezug auf das Knochenskelett,
- cranio-sacrale Osteopathie in Bezug auf die Hirnhäute u.a.

Ganz ohne Hilfsmittel oder Geräte, nur mit den Händen, werden Störungen im Gewebe gesucht.

Allein die Ausbildung, die fünf Jahre dauert, setzt eine medizinische oder physiotherapeutische Vorbildung voraus.

Carola Kiesling stellt die Frage in den Raum, ob die Osteopathie bekannt ist. Das Gros der Anwesenden hat zwar schon etwas davon gehört, aber wenige waren schon einmal in einer Praxis für Osteopathie. Es tauchen Fragen auf wie: „Gibt es noch Hoffnung bei total verschlissenen Gelenken, warum bezahlen die Krankenkassen die Behandlung nicht, was ist der Unterschied zwischen einem Chiropraktiker und Osteopathen?“.

Der Unterschied zur Osteopathie liegt beim Chiropraktiker darin, dass dieser mit speziellen Handgriffen die Beweglichkeit der Gelenke wiederherstellt. In der Osteopathie wird mit feinsten Bewegungen das System nur angeschoben und die Selbstheilungskräfte werden dadurch aktiviert. Daher liegen die Behandlungstermine sehr weit auseinander. Je frischer die Läsion (Verletzung, Störung) ist, desto besser kann mit Erfolg behandelt werden.

In Bezug auf unsere Erkrankungen ist u. a. auch das Altersemphysem gut behandelbar.

So können Faszien, die mit dem Rippenfell verklebt sind, auch gut mit dem Scenar (Diagnose- und Therapieverfahren auf der Grundlage elektrischer Impulse) behandelt werden. Dabei wird das handliche Gerät mit Hautkontakt über gewisse Regionen des Körpers sowohl streichend als auch stationär eingesetzt. Die Verbindung der Faszien zum Zwerchfell sorgt für die Ein- bzw. Ausatmung. Die Zwerchfellmuskulatur lässt sich aktivieren, damit es besser arbeiten kann.

Alles ist miteinander verbunden, unser Körper besteht aus unzähligen Strukturen wie Knochen, Muskeln, Sehnen und Organen. So ist es der Knochen – eine

harte Struktur – die dem Körper Halt gibt, für Festigkeit sorgt und vor Druck bzw. Zugbelastung schützt. Genauso verhält es sich mit den Muskeln, die sich zusammenziehen oder dehnen und somit erst dem Knochen ermöglichen, sich zu bewegen. Es ist jeweils die Funktion, die eine Struktur zu dem macht, was sie ist.

So übernimmt ebenfalls das Zusammenspiel von Sympathikus und Parasympathikus eine große Rolle in unserer Körperarbeit. Der Sympathikus und der Parasympathikus sind zwei gegensätzlich arbeitende Nerven des vegetativen Nervensystems und für die unwillkürliche Steuerung der meisten Organe verantwortlich. Sorgt der Sympathikus dafür, dass die Organe handlungsbereit sind, so trägt der Parasympathikus dafür Sorge, dass sich die Organe erholen können. Aus diesem Grund wird der Sympathikus auch „Arbeitsnerv“ genannt und der Parasympathikus ist auch als „Ruhe- bzw. Entspannungsnerv“ bekannt.



Noch heute wird die Repositionstechnik angewandt, die Hippokrates (460 bis 377 v. Chr.), der berühmteste Arzt der Antike, bereits ausgeführt hat.

Im zweiten Teil ihres Vortrages gibt Carola Kießling einen geschichtlichen Überblick über die Entstehung der Osteopathie.

Galen (geb. ca. 129 n. Chr. in Pergamon/ Kleinasien, gest. um 199 n. Chr. in Rom) ist nach Hippokrates der bedeutendste Anatom und Physiologe der Antike. Mit seinen anatomischen Untersuchungen an Tieren und Beobachtungen der Körperfunktionen des Menschen schuf er ein umfassendes System der Medizin, das mehrere Jahrhunderte die Heilkunde und das medizinische Denken und Handeln der Menschen bestimmte. Jede Läsion eines Organs provoziert eine Veränderung dessen Funktion.

Etwa um 1493 wird **Paracelsus** in der Schweiz geboren und stirbt 1541 in Salzburg. Er war der erste moderne Arzt und gegen Aberglaube, aber für Beobachtung. Die Lehren und Ausführungen des Paracelsus

zu den Ursachen der Krankheiten sprechen von fünf Hauptarten von Krankheitseinflüssen – die Gestirns-einflüsse: durch den Körper Aufgenommenes, Vorherbestimmung, Konstitution, Einfluss der „Geister“ sowie unmittelbarer Einfluss Gottes.

Nach Paracelsus lässt sich jede Krankheit auf eine oder mehrere dieser Ursachen zurückführen.

Aber erst **Andrew Taylor Still**, geboren 1828 in Virginia und gestorben 1917 in Missouri, entdeckt eine neue Wissenschaft: die Osteopathie, eine Alternative zur bisherigen Medizin. Er beschreibt es als Chirurgie ohne Messer – Medizin ohne Werkzeug – heilen durch denkende Finger. Still datiert diese Entdeckung auf den 22.06.1874 und stellt diese auf die bereits genannten drei wichtigen Grundmerkmale, die bis heute die Ecksäulen der Osteopathie darstellen.

Der neben Still wohl wichtigste Vertreter der Osteopathie war der 1866 in Glasgow geborene und 1947 in Bagger Hall verstorbene **John Martin Littlejohn**. Auf Grund einer langjährigen Krankheit, von der Still ihn erfolgreich befreite, trat Littlejohn durch diese für ihn wichtige Erfahrung gleich in die American School of Osteopathy ein, um begeistert diese Kunst zu erlernen, was jedoch nur wegen seiner hervorragenden Physiologiekennntnisse möglich war.

Die gesamte manuelle Medizin in der heute bekannten Form wurde von ihm in ihrer Biomechanik (Teilbereich der Bewegungswissenschaft) beschrieben.

Die Therapie

Der medizinisch-lateinische Begriff Diaphragma kommt ursprünglich aus dem Altgriechischen und beschreibt eine Trennwand, durch die etwas hindurchtritt.

Die Diaphragmen wurden bereits lange vor unserer Zeit als etwas Besonderes angesehen. So hielt man das Zwerchfell beispielsweise im alten Griechenland sogar für den Sitz der Seele.

In dem vornehmlich longitudinalen (in Längsrichtung verlaufend) Fasziensystem unseres Körpers finden sich die Diaphragmen als transversal (quer) verlaufende Strukturen, die als sogenannte fasziale Diaphragmen dem System als Pufferzone dienen.

Als Beispiel für die vielfältigen Funktionen der Diaphragmen die wichtigsten Funktionen des Diaphragma abdominale:

- Atmung
- Gewährleistung der Druckverhältnisse zwischen Thorax und Abdomen
- Hämodynamischer Antrieb

- Aufhängung der Bauchorgane
- Viszeraler Motor

Die Diaphragmen dienen dem Körper als Pufferzonen. Sie sollen Verbindung schaffen, Ver- und Ent-sorgung gewährleisten, alles im Fluss halten, keine Stagnationen entstehen lassen, Läsionen auflösen, sogenannte Dysfunktionen verbessern und Selbstheilungskräfte anregen.

Als Anwendungsgebiete der Osteopathie für eine Lungen-erkrankung nennt Carola Kießling u. a.

- **Das Altersemphysem**, welches eine Sonderform des Lungenemphysems darstellt. Es handelt sich hier um eine normale Alterserscheinung und wird auch als „physiologisches Emphysem“ bezeichnet. Die Lunge verliert hierbei altersbedingt an Elastizität und Dehnbarkeit
 - **Den Engpaß der 1. Rippe**, hier geht es um die Mobilisierung der 1. Rippe, dazu wird mit Hilfe eines Handtuchs unter dem Gesäß des Patienten eine Mobilisierungsübung gezeigt
 - **Nach bronchialen Infekten** erfolgt die Mobilisierung von den Rippen zum Lungenfell
 - **Mobilisierung des Zwerchfells** und der Atemhilfsmuskulatur (Musculi Scaleni (Treppenmuskeln) , Musculus sternocleidomastoideus (Kopfnicker))
- Für die Atemhilfsmuskeln gibt es spezielle Entspannungsübungen zur Entlastung von z. B. Schulterverspannungen.
- **Freihalten** von neuralen Strukturen sowie Gefäßen und Enpaßsyndrome vermeiden

Bei der Balancemethode aus dem Bereich der Akupunktur werden Nadeln eingesetzt. Für Patienten, die Blutverdünner nehmen, ist diese Methode jedoch nicht geeignet.

Die Frage, ob Krankenkassen die Kosten einer osteopathischen Behandlung übernehmen, muss jeder Patient mit seiner eigenen Krankenkasse vorher abklären.

Wir bedanken uns bei Carola Kiesling für diesen sehr interessanten Vortrag sowie die gezeigten Beispiele.

Heidi Oelfke

3 Atemübungen mit dem Theraband

Therabänder gibt es in verschiedenen Farben und Längen. Die Farben haben eine unterschiedliche Zugkraft, von leicht bis schwer, beginnend mit grün, etwas stärker rot, blau ist schon sehr stark, schwarz und silberfarben sind für das Training von Leistungssportlern gedacht.

Es gibt Therabänder für ein paar Euro in Apotheken, Sanitätshäusern, Sportgeschäften, Physiopraxen und im Internet. Ein 2 m-langes Band reicht bereits aus, um Atemübungen machen zu können. Therabänder werden je nach Hersteller auch als Fitnessband oder Powerband bezeichnet.

1. Dehn-Übung

Hier geht es um die Dehnung des Oberkörpers

Bequemer und aufrechter Sitz auf einem Hocker, Beine hüftbreit auseinander, einen Fuß auf das Theraband stellen, gegengleiche Hand nimmt das andere Ende und führt das Band schräg nach oben außen, 3-6 Sekunden halten und wieder entlasten. Einatmung erfolgt während des Ziehens, da sich hier der Oberkörper weitet und mehr Luft in die Lungen gelangt.

6 -10 x wiederholen, dann gegengleich die Übung wiederholen, kann bis auf 3 Sätze mit jeweils 20 Dehnungen erweitert werden.



2. Theraband über Kopf

Bequemer und aufrechter Sitz auf einem Hocker, Beine hüftbreit auseinander. Das Theraband schulterbreit vor den Oberkörper mit beiden Händen halten. Einatmung erfolgt während des Streckens über den Kopf, nach hinten führen (soweit es möglich ist) und ausatmen.

Wer will – und für Fortgeschrittene - kann das Theraband während der Übung etwas dehnen, so dass

es noch leicht zu halten ist. Eine zu starke Dehnung ist nicht nur nicht zu halten, sondern kann Muskelkater und Atemnot erzeugen, also bitte vorsichtig anfangen.

(Band nicht um die Hand wickeln, da die Blutzirkulation sonst gestört wird!)

6-10 x wiederholen, kann bis auf 3 Sätze mit jeweils 20 Übungen erweitert werden.



3. Theraband seitliche Dehnung

Bequemer und aufrechter Sitz auf einem Hocker, Beine hüftbreit auseinander.

Das Theraband schulterbreit vor der Brust mit beiden Händen halten.

Dann seitlich über den Kopf führen und die entgegengesetzte Thoraxseite dehnen,

5-10 Sekunden halten, dann über den Kopf das gleiche auf der Gegenseite wiederholen.

Wer will – und für Fortgeschrittene - kann das Theraband während der Übung etwas dehnen, das erhöht den Schwierigkeitsgrad.

6-10 x wiederholen, kann bis auf 3 Sätze mit jeweils 20 Übungen erweitert werden.



Bei allen Übungen gilt: Theraband nicht um die Hand wickeln, da die Blutzirkulation sonst gestört wird!

Quelle: Margrit Selle, Atemübungen

Emphysemgruppe Rosenheim/Bad Aibling

Die „Emphysemgruppe Rosenheim / Bad Aibling“ hatte wieder einmal zu einem Informationstag über Lungenerkrankungen in das „Bürgerhaus Mangfalltreff“ in Kolbermoor eingeladen.

Es wurden Thementische zu „Sekretlösenden Maßnahmen / Leichteres Abhusten“, „Ernährung bei Lungenerkrankungen“ und „Lungensport“ angeboten.

Bei einem Quiz zu COPD und Asthma konnte das eigene Wissen getestet werden. Auch kleine Spiele und verschiedene Wissensinformationen zu Therapie und Umgang im Alltag gaben Einblicke zu Erkrankungen wie COPD, Lungenemphysem, chronische Bronchitis und Alpha-1-Antitrypsinmangel. Es konnten viele Fragen rund um das Thema „Lunge“ in diversen Gesprächen beantwortet werden. Interessierte konnten sich mit Informationsmaterialien zum Mitnehmen versorgen.

Um 11 Uhr und 13 Uhr gab es je einen Vortrag zu „Lungengesundem Wohnen“ und „Hilfsmittel bei Lungenerkrankungen“. Im ersten Vortrag ging es um gesundheitsrelevante Aspekte wie Raumklima, aber auch um die Folgen bei Schimmel, FCKW, Formaldehyd und anderen belastenden Stoffen. Bei den Hilfsmitteln waren es Themen zu Unterstützungsmöglichkeiten für die körperliche Pflege, die Mobilität als auch die selbstständige Lebensführung. Speziell für die Lungenerkrankungen wurden Hilfsmittel vorgestellt wie Zubehör für Sauerstoffgeräte, Siliconschläuche, Wasserfallen, Entzwirbler, Hygienetäschchen und Clips, um Stolperfallen zu vermeiden. Zur Entschleimung wurden Cornet und Flutter sowie zum Atemtraining Flowball und Möglichkeiten mit Strohhalmen aufgezeigt.

Langzeit-Sauerstoff-Patienten konnten vor Ort Flüssigsauerstoff auftanken.

Auch für das leibliche Wohl war mit selbstgebackenen Köstlichkeiten und Getränken gesorgt.

Margrit Selle
Gruppenleiterin
Tel.: 08066-88 472 55



Teilnehmer der Veranstaltung



Thementische

Besuchen Sie uns im Internet:

www.deutsche-emphysemgruppe.de

Mensch des Jahres?

Kann es sein das unsere Krankheit so langsam das Licht der Öffentlichkeit erreicht?

Die Stadt Varel sucht jedes Jahr wieder eine Person als Mensch des Jahres.

Dieses Jahr wurde, unter anderen, auch unser langjähriger Sprecher Günter Tepper für diese Nominierung vorgeschlagen. Der Vorschlag wurde von der Leiterin der AWO Varel eingereicht, mit deren Gruppe wir ein freundschaftliches Verhältnis haben.

Ein langer Bericht über unsere Krankheit und wie Günter sich seit vielen Jahren um die Selbsthilfegruppe Luftikus bemüht, erschien kürzlich in der Oldenburger Nord-West-Zeitung.

Selber auch Mitglied in der DEG bemühte Günter sich seit acht Jahren um Kontakte zu anderen Gruppen um zusammen Erfahrungen auszutauschen und aber auch um Geselligkeit in den sonst recht trüben Alltag zu bringen.

Unter seiner Führung ist der Name Luftikus zu einem Synonym für die Vareler Gruppe geworden und so soll es auch in Zukunft bleiben.

Günter Tepper hat seine Aufgabe am 31.12.2015 abgegeben und Ulrich Schulz macht kommissarisch weiter bis eine Neuwahl durchgeführt wird.

Wer letztendlich als Mensch des Jahres in Varel nominiert wird, wird von einer Jury im Februar entschieden, aber eine Nominierung ist schon ein eigener Erfolg.

Ulrich Schulz

Anm. d. Redaktion: Leider hat sich die Kommission für einen anderen Kandidaten entschieden.

Mein Hund als therapeutischer Begleiter (Teil 5)

Im heutigen Teil geht es um die verschiedenen Hundebesuchsmöglichkeiten.

Verschiedene Besuchsdienste

Hier wird zwischen ehrenamtlichen und hauptamtlichen Hundebesuchsdiensten differenziert.

In der Regel besucht ein Hundeführer mit nur einem Hund einen entsprechenden Personenkreis, auch wenn er mehrere Hunde besitzt.

Es handelt sich hier meistens um Hundebesuche bei älteren Menschen in der ambulanten und stationären Pflege. Jedoch können auch in Privathaushalten und Seniorenresidenzen gesunden und rüstigen Personen Besuche abgestattet werden, die keine eigenen Tiere/Hunde besitzen.

Besuchsarten

Die Hundebesuche können als Einzel- aber auch als Gruppenbesuche stattfinden. Zu berücksichtigen ist jedoch der physische und psychische Zustand des zu Besuchenden. Mobile und fitte Senioren sollten in der Gruppe mit Hunden besucht werden. Als Sitzordnung hat sich der Halbkreis bewährt, der Hund in der Mitte und von allen sichtbar. So können alle Geschehnisse von jedem erfasst und verfolgt werden. Da auch für den Hund eine Stunde mit engem Kontakt, multiplen Gerüchen und Geräuschen Stress auslösen kann, sollten Kleingruppen mit maximal 6 Personen bevorzugt werden. Neben den Eigenschaften, die der Hund auslöst, kann auch die Kommunikation unter den Personen selbst gefördert werden (vgl. KAHLISCH 2010:26). Bei Besuchen mit mehreren Teilnehmern sollten die gruppenpädagogischen Grundsätze (vgl. JOPPIG 2009:18) beachtet werden wie:

„Anfangen, wo die Gruppe steht“: der Gruppenleiter soll durch Beobachtung und Gespräch Kenntnisse über die Gruppenmitglieder und deren Erfahrungen, sowie Teile der Biografie bezüglich eigenen Haustieren erwerben.

„Auf den Einzelnen eingehen“: der Gruppenleiter geht auf den einzelnen Menschen mit seinen Veranlagungen, Fähigkeiten und Hemmungen ein, ohne die Gesamtgruppe aus den Augen zu verlieren.

„Fähigkeiten der Teilnehmer nutzen“: der Gruppenleiter berücksichtigt die Erfahrungen und Einstellungen der Teilnehmer, so können weniger ängstliche Personen beim gemeinsamen „Leckerli Auffädeln“ an letzter Stelle sitzen, um die Leckerlis dem Hund zu geben oder ihn auch zu bürsten.

„Über alles Mögliche zu entscheiden“: Die Senioren bestimmen selbst, wie weit sie sich auf das Programm der Stunde einstellen. Ängstliche Teilnehmer können z. B. einen Sicherheitsabstand wahren oder eine sogenannte „Brückenmethode“ (KAHLISCH 2010: 65)



Begrüßung des Hundes

wie die „Leckerlichleuder“ benutzen.

„Zusammenarbeit ist wichtiger als der Einzelwettbewerb“: hier sollen die Senioren gemeinsam Freude an dem Besuch haben, keiner soll das Gefühl haben Leistungen erbringen zu müssen.

Auch unter älteren Menschen kann es mehr oder weniger Unterschiede geben. Auch ist auf eine gleichberechtigte Ebene zu achten, ein Anderssein sollte toleriert und der individuelle Umgang mit Nähe und Distanz berücksichtigt werden (vgl. JOPPIG 2009: 21 ff).

Personen mit physischen und psychischen Auffälligkeiten oder Kreislaufschwäche sollten einzeln individuell besucht, betreut und gefördert werden.

Besuche bei mobilen Senioren

Hier geht es speziell um Einzelbesuche. In der ambulanten Pflege und bei gesunden Senioren mit körperlicher Fitness, die den Kontakt mit einem Hund suchen, können die Fähigkeiten sehr variabel sein. Das geht von einfachen Streichelbesuchen bis hin zu gemeinsamen Spaziergängen und Ausflügen, bei denen der Senior auch selbst den Hund an der Leine führen darf. Spiele und andere Aktivitäten werden implementiert.

Besuche bei bettlägerigen Patienten

Bei Einzelbesuchen, die sich bei bettlägerigen Menschen anbieten, müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden.

„Bettenbesuche verlangen dem Mensch-Hund-Team viel Energie und hohe psychische Belastbarkeit ab“ (KAHLISCH 2010: 90).

Auch immungeschwächte, infektiöse und Chemotherapie-Patienten können unter bestimmten Vorsichtsmaßnahmen besucht werden. Selbst hinter einer Glasscheibe kann ein Hund durch seine Anwesenheit dem Erkrankten Kraft zum Leben geben. Der Blickkontakt und das Betrachten des sich bewegenden Hundes können Schmerzen lindern und eine heilende Wirkung haben (vgl. OTTERSTEDT 2001: 90). Oftmals kann so der Verbrauch von Schmerzmitteln, Antidepressiva und diversen Medikamenten gesenkt werden. Ansonsten ist es sinnvoll bei Bettenbesuchen den Hund auf einen Stuhl neben dem Bett zu platzieren.

Ist eine Kommunikation möglich, kann der Besuchte selbst bestimmen, was er möchte. Es ist jedoch gut zu wissen, welchen kulturellen und sozialen Hintergrund der zu Besuchende hat, um ggf. adäquat zu reagieren. Gab es z.B. in der Kindheit Hunde nur im Hof oder Zwinger und durften diese nicht ins Haus, so wäre es sehr unpassend einen Bettenbesuch mit Hund im Bett durchzuführen.

Es sollte immer berücksichtigt werden, dass der Mensch sich nach Nähe und Berührung sehnt, ein von Natur aus wesentlicher Wunsch unserer Population. Erfahrungsgemäß bleibt leider kaum Zeit bei den heute eng gesteckten Zeitablaufplänen und dem oft fehlenden Pflegepersonal. Berührungen sollten jedoch behutsam, liebevoll und einfühlsam erfolgen, wie schon in der basalen Stimulation von *Andreas Fröhlich* und *Christel Bienstein* beschrieben. Die Tabuzonen aus der Pflege mit dem *privaten* und *teilöffentlichen Bereich* sollten bedacht werden. Ein Mensch lässt sich in der Regel aber an Händen, Armen, Schulter und Rücken, Teile des **öffentlichen Bereiches**, gerne streicheln und berühren.

Eine gute Beobachtungsgabe ist erforderlich, die auch sehr feine Nuancen in der Interaktion und des Menschen insgesamt dezidiert wahrnimmt.

Ist noch eine nonverbale Kommunikation möglich können durch Augenschließen oder Berührung der Hände Reaktionscodes vereinbart werden. I.d.R. gelten bei Ja-Nein-Fragen ein Schließen der Augen als bejahend, dies muss allerdings im Vorfeld abgeklärt werden.

Ist gar keine Kommunikation mehr möglich so sollte auch aus einem zuvor erstellten Biografiebogen ersichtlich sein, ob der Patient/Bewohner/Klient Hunde oder vielleicht lieber andere Tiere mag.

Der Hund sollte anfangs auf Hüfthöhe platziert werden, nach positivem Kontakt kann er dann höher gelagert werden. Beim Erstkontakt sollte hier eine

Fachkraft anwesend sein. Positive Zeichen des Besuchten können sich durch Laute, Weinen, verändertem Atemrhythmus oder entkrampften Händen erkennen lassen. (vgl. KAHLISCH 2010: 88). Der Hundehalter sollte all seine Handlungen kommentieren, auch wenn der Besuchte vermeintlich nicht ansprechbar ist. Die Verbindung zum Bewusstsein kann so hergestellt und Vertrauen aufgebaut werden.

Durch Verstecken von Leckerlis in Körpennähe kann noch intensiverer Kontakt und Stimulierung durch die kalte Hundennase (taktil) oder den Geruch (olfaktorisch), das Kaugeräusch (auditiv) oder das Anschauen des Hundes (visuell) entstehen. Hier sind kleinere Hunde zu bevorzugen, die auch mal übers Bett laufen dürfen und keinen Druck auf den Bettlägerigen ausüben (vgl. ebd.: 89 f.).

In allen Fällen sollte eine Begrüßung, verbal und/oder taktil stattfinden, das kann eine Initialberührung sein und/oder ein intensiver Blickkontakt. Der Hund wird dann in Augenhöhe auf einem Stuhl oder auf einer Hundedecke im Bett platziert. Wenn Vertrauen zu dem Hund aufgebaut ist, darf der Hund auch weiter kopfwärts ins Bett.

Ein Hund darf ins Bett, wenn es um Nähe geht. „Denn auf Nähe kommt es an, wenn der Funke überspringen und die gegenseitige Zuneigung erfolgreich sein soll“ (MAMEROW 2003: 58).



Hund im Bett

Gespräche, ob übers Wetter oder den Hund, sollten einen möglichst normalen Umgang mit dem kranken/behinderten Menschen ermöglichen.

Margrit Selle, Dipl.-Pflegerin (FH)

Literaturquellen:

KAHLISCH, Anne (2010): *Tiergestützte Therapie in Senioren- und Pflegeheimen. Ein Wegweiser mit Praxisbeispielen für Besuchshundeteams*. Nerdlen/Daun: Kynos Verlag.

KAHLISCH, Anne (2010): *Tiergestützte Therapie in Senioren- und Pflegeheimen. Ein Wegweiser mit Praxisbeispielen für Besuchshundeteams*. Nerdlen/Daun: Kynos Verlag.

OTTERSTEDT, Carola (2001): *Tiere als therapeutische Begleiter. Gesundheit und Lebensfreude durch Tiere – eine praktische Anleitung*. Stuttgart: Kosmos Verlag.

MAMEROW, Ruth (2003): *Projekte mit alten Menschen. Kreativ – praxisorientiert – finanzierbar*. München: Urban und Fischer.

Mobile Sauerstoffgeräte – ein Vergleich der Systeme

Am 2. April diesen Jahres hatte die DEG-Selbsthilfegruppe Braunschweig, die sich jeden 1. Samstag im Krankenhaus St. Vinzenz trifft, zu einem interessanten Vortrag zum Thema Sauerstoff und Sauerstoffgeräte eingeladen.

Frau Christine Löffler von der Firma Hempel KG erklärte den anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Unterschiede zwischen den Systemen mobiler Sauerstoffgeräte.

In der Umgebungsluft haben wir einen Anteil von 21% Sauerstoff. Für einen gesunden Menschen reicht dieser Teil Sauerstoff für die Versorgung des Körpers aus. Bei einigen Krankheitsbildern aber reicht diese Menge Sauerstoff aus der Luft nicht aus. Wird durch den Arzt, bei einer Blutgasanalyse, ein zu niedriger Sauerstoffwert festgestellt, so kann es zu einer Verordnung von Sauerstoff kommen. Bei der Sauerstofflangzeittherapie geht man in der Regel von einer Inhalationszeit von mindestens 16 Stunden am Tag aus.

Der gasförmige Sauerstoff wird je nach Sauerstoffgerät mit 96-100%iger Konzentration über eine Nasenbrille oder eine Maske zugeführt.

Bei den Sauerstoffgeräten gibt es 3 unterschiedliche Systeme, die teilweise auch kombiniert beim Patienten eingesetzt werden.

Sauerstoffkonzentrator
Flüssigsauerstoff-System
Sauerstoffflaschen-System

Sauerstoffkonzentratoren benötigen Strom für den Betrieb.

Sie produzieren den hoch konzentrierten Sauerstoff, in dem sie die Umgebungsluft ansaugen und ein Siebssystem den Sauerstoff vom Stickstoff trennt. Auf diese Weise können die stationären Sauerstoffkonzentratoren rund um die Uhr Sauerstoff abgeben, ohne dass der Patient auf eine Nachlieferung angewiesen ist.

Seit der Weiterentwicklung der Lithiumionenakkus gibt es auch mobile Sauerstoffkonzentratoren, die im Prinzip wie die Stationären arbeiten, jedoch kleiner und leichter sind. Die Lithiumionenakkus versorgen die mobilen Sauerstoffkonzentratoren außer Haus mit Strom, so dass sich der Sauerstoffpatient für eine gewisse Zeit draußen frei bewegen kann. Nach der Nutzung müssen die Akkus für den nächsten Einsatz wieder geladen werden. Dies kann je nach Gerätetyp an der Steckdose oder teilweise sogar im Auto

geschehen. Wie lange man mit einer Akkuladung unterwegs sein kann, ist von vielen Faktoren abhängig. Das ist unter anderem: die Dosierung, die Atemfrequenz, die Akkuleistung und die Außentemperatur.

Flüssigsauerstoff-Systeme kommen im Gegensatz zum Sauerstoffkonzentrator ohne Strom aus. Sie bestehen in der Regel aus einem stationären Behälter und einem mobilen tragbaren Sauerstoffgerät. Das mobile Flüssigsauerstoffgerät lässt sich vom Patienten am stationären Behälter selbst abfüllen. Bauartbedingt gehören mobile Flüssigsauerstoffgeräte noch zu den leichtesten Systemen. Je nach Geräte-Typ und Dosierung sind 4 bis 20 Stunden Mobilität mit einer Füllung zu realisieren. Die Füllung des Handgerätes dauert ca. 2 Minuten.

Alle Flüssigsauerstoffgeräte bestehen aus einem Behälter mit Hochvakuum. Hierin befindet sich der Flüssigsauerstoff, der eine Temperatur von -183°C hat. Über dem Flüssigsauerstoff befindet sich im Behälter gasförmiger Sauerstoff, der dafür sorgt, dass im System ein gewisser Druck herrscht, der für die Funktion wichtig ist. Wird das Dosierventil vom Patienten geöffnet um gasförmigen Sauerstoff zu entnehmen, so wird durch den Druck Sauerstoff in die Verdampferspirale gedrückt, wo der kalte Sauerstoff durch die Umgebungsluft erwärmt wird. Die Konzentration des Sauerstoffs liegt bei Flüssigsauerstoffgeräten bei 99,5%. Da Flüssigsauerstoffgeräte eine gewisse Eigenverdampfung haben, verflüchtigt sich der Sauerstoff bei Nichtnutzung. Aus diesem Grund sollten die mobilen Flüssigsauerstoffgeräte immer erst ca. 1h vor Benutzung gefüllt werden.

Bedenkt man, dass aus einem Liter tiefkaltem flüssigem Sauerstoff 854 Liter gasförmiger Sauerstoff entsteht, kann man sich gut vorstellen, dass Flüssigsauerstoffgeräte kleiner und leichter sein können als zum Beispiel Sauerstoffflaschensysteme.

Sauerstoffflaschen-Systeme werden bei der Sauerstofflangzeittherapie für wenig mobile Patienten eingesetzt, die selten das Haus verlassen. Diese mobilen Sauerstoffgeräte bestehen aus einer „kleinen“ Sauerstoffflasche, an die ein Druckminderer angeschlossen wird. Sauerstoffflaschen werden mit einem Druck von ca. 200 bar vom Sauerstoffhersteller gefüllt. Das heißt, eine 2-l-Sauerstoffflasche beinhaltet im gefüllten Zustand ca. 400 Gasliter Sauerstoff. Mit Druckminderer, 2-l-Flasche und Tasche liegt ein tragbares Sauerstoffflaschengerät dann bei ca. 5kg. Die Zeit, die für die Mobilität mit solch einem Gerät bleibt, ist wie bei den anderen Geräten auch von

der Dosierung abhängig. Bei einem Druckminderer mit Dauerfluss, bei dem der Sauerstoff kontinuierlich Sauerstoff abgibt, lässt sich die Zeit leicht errechnen. Geht man von einer Dosierung von 2 l/min aus, so rechnet man wie folgt: 400 l durch 2 l/min gleich 200 min, also 3 h 20 min.

Der Sauerstoff aus der Flasche ist ein Fertigarzneimittel. Der Sauerstoff hat eine Konzentration von 99,5% und ist sofort verfügbar. Lagern von vollen Sauerstoffflaschen ist kein Problem. Bis zum Ablauf des Haltbarkeitsdatums können sie benutzt werden.

Sparsysteme

Um länger mit einer Sauerstofffüllung aus zu kommen, wurden Sparsysteme entwickelt. Diese Sparsysteme geben nur in der Einatemphase Sauerstoff ab. Man spricht hier von Demandsystemen bzw. atemzuggesteuerten Systemen. Der Patient löst durch das Einatmen über die Sauerstoffbrille einen leichten Unterdruck aus, der vom Sparsystem erkannt wird und eine definierte Menge Sauerstoff abgibt. Bleibt man beim Beispiel der 2-l-Flasche mit einer Dosierung von 2 l/min, so hält eine Flaschenfüllung mit Demandsystem ungefähr 3-mal so lange. Das heißt, aus den 3 h 20 min werden 10 h. Ein errechneter Wert, der natürlich abweichen kann, da er auch von der Atemfrequenz des Patienten abhängig ist.

Diese Sparsysteme werden aber nicht nur bei Sauerstoffflaschengeräten eingesetzt. Sie werden auch bei tragbaren Flüssigsauerstoffgeräten und mobilen Sauerstoffkonzentratoren verwendet. Geräte, die diese Sparsysteme eingebaut haben, sind in der Regel kleiner und leichter. Wichtig ist, dass der Lungenfacharzt abklärt, ob solch ein Sparsystem eingesetzt werden kann. Denn nicht jeder Sauerstoffpatient kann solch ein atemzuggesteuertes System sicher auslösen.

Homefillsysteme bestehen aus einem Sauerstoffkonzentrator und einem zusätzlichen Füllsystem, an dem Druckgasflaschen zu Hause gefüllt werden können. Die Befüllung der Flasche dauert je nach Flaschengröße ein paar Stunden. Die Konzentration des Sauerstoffes ist nicht so hoch wie bei Sauerstoffflaschen, die durch einen Gashersteller befüllt werden. Aus diesem Grund sind beim genauen Hinsehen die Gasflaschen auch anders gekennzeichnet. Der Vorteil

dieses Systems ist, dass der Patient nicht auf die Belieferung von Gasflaschen angewiesen ist.

Möchte man die unterschiedlichen Mobilen Sauerstoffgeräte vergleichen, so sollte man sich folgende Kriterien bei den Geräten anschauen:

1. Gewicht des Geräts
2. Reichweite, das heißt, wie lange kann das Gerät bis zur Wiederbefüllung genutzt werden.
3. Füll- bzw. Ladezeiten
4. Grundlegende Funktionsprinzipien
5. Leistungsfähigkeit (kann das Gerät die geforderte Menge Sauerstoff abgeben)
6. Dauerfluss und Triggerung
7. Einsatzbereiche

In der Tabelle sind unterschiedliche Systeme gegenüber gestellt.

Welche Sauerstoffversorgung ist die Richtige?

Diese Frage ist nur individuell, abhängig von der Lebensweise und den Empfehlungen des Lungenfacharztes zu beantworten.

Die Krankenkassen sehen folgende Versorgung vor:

- Liegt keinerlei Mobilität vor, ist nur der stationäre Konzentrator vorgesehen
- Bei eingeschränkter Mobilität ein stationärer Konzentrator und Druckgasflaschen.

Bei einer höheren Mobilität ist die Versorgungsform auch krankenkassenabhängig.

Hier wird auch nach der Dosierung beim Patienten entschieden. Es gibt auf jeden Fall mehrere Möglichkeiten einen mobilen Sauerstoffpatienten zu versorgen.

- Flüssigsauerstoff stationär mit Mobilteil
- Ein Sauerstoffkonzentrator für zu Hause und ein komplettes Flüssigsauerstoffsystem für die Mobilität
- Ein stationärer Sauerstoffkonzentrator inkl. Homefillvorrichtung für die Mobilität
- Ein stationärer Sauerstoffkonzentrator und für die Mobilität ein mobiler Sauerstoffkonzentrator.

Christine Löffler, Firma Hempel KG

	Tragbare Flüssigsauerstoffgeräte			Mobile Sauerstoffkonzentratoren				Mobile Flaschengeräte		
	H300 Plus	Marathon	Stroller	Inogen G3	Inogen G2	Zen-O	Eclips 5	2l UltraFill	2l O2 Flasche	0,8l O2 Flasche
Gewicht (gefüllt)	1,63 KG	2,54 Kg	3,63 Kg	2,2 Kg	3,2 KG	4,6 KG	8,3Kg	3,5kg	ca. 5,5kg	ca.3kg
Fülldauer/Ladedauer	1-2 min	2-3min	2min	4h(8h)	4h(8h)	4h (8h)	5h	4h	-	-
Laufzeiten 2l/min kont.Flow	-	6h	8h	-	-	1,5h	2h	3h 20min	3h 20min	1h 20min
Laufzeiten 2l/min mit Demand	8h (9,2)	20h (22h)	-	4h (8h)	4h (8h)	4h (8h)	5h	10h	ca.8h+1h	ca. 4h
Stufen konstant Flow	-	1-4l	0,25-6l	-	-	0,5l-2l	0,5-3l	0,25-4,5l	abhängig v. D.	abhängig v. D.
Stufen Demand	1 bis 4	1 bis 6	-	1 bis 5	1 bis 6	0,5 bis 6	-	1 bis 6	abhängig v. D.	abhängig v. D.
Sauerstoffbolusmenge*	9ml-15ml+Tail Flow	9mlbis15+T	-	10,5ml/21l	10,5ml/21	11ml/22/33	16ml/32/48	17ml/25/33	-	-
max Sauerstoffproduktion min	-	-	-	1050ml/min	1260ml/min	2000ml/min	3000ml/min	-	-	-
Umgebungsbedingungen	nicht def.	nicht def.	nicht def.	5°C bis 40°C	5°Cbis 40°C	5°C bis 40°C	5°C bis 40°C	nicht def.	nicht def.	nicht def.
Flugtauglichkeit	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja	Fluggesellschaft abhängig		

() Mobile Konzentratoren bei großen bzw. zweitem Akku

() Tragbare Flüssigeräte Angabe der Hersteller, Wert vor der Klammer Erfahrungswert beim Patienten

* Sauerstoffbolusmenge erhöht sich je Einstellungsstufe je Gerät unterschiedlich. Aus Platzgründen sind nur die jeweiligen ersten Stufen angegeben

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff (Teil 1)

Bei der Schaffung der Pflegeversicherung Mitte der 90er Jahre ist Pflegebedürftigkeit so definiert worden:

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.“

Obwohl geistige und seelische Erkrankungen genannt werden, beziehen sich die Hilfen, die die pflegebedürftigen Menschen erhalten sollen, nur auf die „gewöhnlichen Verrichtungen“ im Leben, bei denen Unterstützung geleistet werden soll. Das sind etwa Körperpflege, Nahrungszubereitung, Hilfen beim Aufstehen und Schlafengehen oder Einkaufen, Kochen und Wäsche waschen. Hilfen, die nötig sind, weil jemand an einer dementiellen Erkrankung leidet und deshalb der ständigen Beaufsichtigung und der Hilfe beim Zurechtfinden im Alltag bedarf, sind nicht vorgesehen. Daß diese Hilfen auch nötig sind, war den Müttern und Vätern der Pflegeversicherung schon klar, erschien ihnen aber bei der Einführung der Pflegeversicherung als zu teuer.

Um festzustellen, ob jemand pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (das ist das Sozialgesetzbuch - SGB - XI) ist, wird er vom Medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegekassen (MDK) auf der Grundlage von Pflegebegutachtungsrichtlinien überprüft. Dazu wird die Zeitmenge gemessen, für die der Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung Hilfe bei den o.g. Verrichtungen benötigt. Braucht jemand z.B. jeden Tag Hilfe beim Aufstehen, Waschen, Anziehen, zur Toilette-Gehen, bei der Zubereitung des Mittagessens und beim Zubettgehen und nimmt das mindestens 90 Minuten am Tag in Anspruch, erreicht er die Pflegestufe I. Je nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit gibt es drei Pflegestufen und einen entsprechenden Leistungsumfang.

Die Beschränkung auf die körperlichen Erkrankungen und den sog. „Verrichtungsbezug“ hat vom Beginn der Pflegeversicherung an für Kritik gesorgt. Es hat allerdings ein Vierteljahrhundert gedauert, bis sich der Gesetzgeber zu einer Änderung hat durchringen können.

Im vorigen Jahr ist das Zweite Pflegestärkungsgesetz beschlossen worden, dessen Herzstück die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist. Er gilt ab dem 01.01.2017.

In diesem neuen Verständnis sind Personen pflegebedürftig, die „gesundheitlich bedingte

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muß sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.“

Um dies festzustellen, werden sechs Bereiche bei den Betroffenen betrachtet:

* **Mobilität** (z.B. Positionswechsel im Bett, Bewegen in der Wohnung, Treppensteigen...)

* **kognitive und kommunikative Fähigkeiten** (z.B. örtliche und zeitliche Orientierung, Erkennen von Personen, Verstehen von Sachverhalten, Beteiligung am Gespräch...)

* **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** (z.B. nächtliche Unruhe, aggressives Verhalten, Ängste, Wahnvorstellungen, Antriebslosigkeit...)

* **Selbstversorgung** (z.B. Waschen, Duschen, Anziehen, Zubereitung von Nahrung, Benutzen einer Toilette, Bewältigung der Folgen von Inkontinenz...)

* **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** (z.B. in Bezug auf Medikation, Verbandswechsel, Wundversorgung, Arztbesuche...)

* **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** (z.B. Gestaltung des Tagesablaufs, Sich-beschäftigen, Planen von Tätigkeiten, Interaktionen mit anderen Personen...)

Um die Schwere der Pflegebedürftigkeit festzustellen, werden nicht mehr Minuten gemessen, sondern es wird in den genannten Bereichen geprüft, wie selbständig oder unselbständig jemand ist. So wird beispielsweise im Bereich „Selbstversorgung“ geprüft, ob sich jemand kämmen, die Zähne putzen bzw. die Zahnprothese reinigen und (im männlichen Fall) rasieren kann. Für diese Fähigkeit gibt es vier Abstufungen: selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig, unselbständig.

Nach diesem Muster werden sehr viele Einzelaspekte innerhalb der sechs Bereiche vom MDK angeschaut. Für jeden Einzelaspekt werden Punkte vergeben, die dann im Anschluß auch noch gewichtet werden.

So fließen etwa die Feststellungen aus dem Bereich „Selbstversorgung“ zu 40% in das Gesamtergebnis für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein, die aus dem Bereich „Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte“ zu 15%. Die gewichteten Punkte werden aufaddiert und ganz zum Schluß wird auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten der Grad der Pflegebedürftigkeit festgelegt:

- 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte --> Pflegegrad 1
- 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte --> Pflegegrad 2
- 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte --> Pflegegrad 3
- 70 bis unter 90 Gesamtpunkte --> Pflegegrad 4
- ab 90 bis 100 Gesamtpunkte --> Pflegegrad 5

Jeder, für den die Pflegebedürftigkeit schon vor dem 01.01.2017 festgestellt und dem eine Pflegestufe zuerkannt worden ist, muss in dieses neue System überführt werden. Dabei hat sich der Gesetzgeber zu dem Grundsatz bekannt, dass durch den Systemwechsel niemand schlechter gestellt werden soll. Es müssen also die drei bisherigen Pflegestufen in die neuen fünf Pflegegrade überführt werden.

Auf dem Weg zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff hat es bereits in den vergangenen Jahren einige Verbesserungen für Menschen mit „eingeschränkter Alltagskompetenz“ (= mit dementiellen Erkrankungen) gegeben. Dies sind z.B. die „zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen“, für die die Pflegeversicherung in Abhängigkeit von der Schwere der Einschränkung einen Betrag von 104 € (Grundbetrag) bzw. 208 € (erhöhter Betrag) gezahlt hat. Aus diesem Grund trifft der MDK bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit auch eine Aussage dazu, ob der betreffende Mensch in seiner Alltagskompetenz

eingeschränkt ist. Die Gutachten bzw. Bescheide weisen daher jeweils die Pflegestufe und ggf. „PEA“ (= Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz) aus.

Die Überführung der Pflegestufen in Pflegegrade folgt einem einfachen Muster:

- Pflegestufe ohne PEA + 1 = Pflegegrad
- Pflegestufe mit PEA + 2 = Pflegegrad

Insofern kann sich jede/r Betroffene schon selber ausrechnen, welchen Pflegegrad er ab dem kommenden Jahr haben wird. Abzulesen ist es auch an der folgenden Tabelle:

bis 31.12.2016	ab 01.01.2017
nur PEA	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I + PEA	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II + PEA	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III + PEA	Pflegegrad 5

Die Pflegekassen werden vermutlich gegen Jahresende ihre Versicherten über ihre neuen Pflegegrade informieren.

Barbara Heidrich
Hannover

Besuchen Sie uns im Internet:

www.deutsche-emphysemgruppe.de

Mailingliste für Betroffene und Angehörige

Ernährungstipps bei Lungenerkrankungen

Bei der Auswahl der folgenden Speisen ist zu berücksichtigen, dass so wenig wie möglich scharfe Bratengerüche oder Wrasen entstehen, die zu Luftnot führen könnten.

Es stehen bewusst keine Kalorien- und Nährstoffangaben bei den Rezepten, so können untergewichtige Personen fettreiche Zutaten wie Vollmilch, Butter, Sahne verwenden, übergewichtige Menschen bevorzugen fettarme Milch, Mineralwasser und fettreduzierte Alternativen.

Rezept für ein vollwertiges Frühstück

Bananen-Kokos-Frischkornbrei

(von Margrit Selle)

Zutaten:

3 gehäufte EL gemahlene Sechskorn-Getreide
1 kleine Banane
150 ml Milch
Vanillemark
1 EL Kokosflocken

Zubereitung:

Das Getreide in Wasser über Nacht einweichen, so dass es gut bedeckt ist.
Am Morgen dann die Banane kleinschneiden und im Brei mit Milch und Vanillemark verrühren, mit den Kokosflocken garnieren.

Rezept für die warme Küche

Gegrillte – Fleischspieße

(Geheimtipp von Eleonore Mackeben)

Zutaten: (für 4 Personen)

1 kg Nackenkoteletts, ca. 1 cm dünn schneiden und den Knochen entfernen lassen,
zu Hause in kleine Stückchen schneiden, wenn das Fleisch zu mager ist werden die Spieße sehr trocken.

Marinade-Rezept

Mindestens 2 Esslöffel Sojasoße
2 Knobizehen kleingeschnitten oder gepresst
½ Teelöffel Fondor (Streuwürze)
mind. 1 TL Zucker oder Honig
½ TL Pfeffer

Zubereitung:

Die Marinade sollte etwas süßlich sein. Ich nehme immer reichlich Marinade.
Die Fleischstückchen in die Marinade legen.

Mindestens über Nacht, besser etwas länger, im Kühlschrank ruhen lassen.

Zwischendurch einige Male umrühren und am nächsten Tag auf DÜNNE Holzstäbchen (möglichst vorher 2 Stunden gewässert, sonst verbrennen diese leicht!) aufziehen. Bei Bambus-Holzstäbchen muss nicht gewässert werden.

Mit wenig Öl begießen und auf den Grill damit.

Schmeckt lecker und ist immer wieder unser Grill-Hit.

Rezept für eine Nachspeise

Beeren-Mozzarella

(von Margrit Selle)

Zutaten: (für 2 Personen)

1/2 Mozzarella light
30 g Heidelbeeren
6 geschälte Walnüsse
2 EL Akazienhonig flüssig

Zubereitung:

Mozzarella in Scheiben schneiden und auf einem kleinen Teller anrichten.
Mit Heidelbeeren und Walnüssen verzieren, den Honig darüber träufeln.

Rezept für nachmittags

Eierlikörkuchen

(von Brigitte Weigl)

Zutaten:

1/4 l Öl
1/4 l Eierlikör
5 Eier
200 g Zucker
250 g Mehl
1 P. Backpulver

Zubereitung:

Alle Zutaten schaumig rühren - erst das Mehl, dann den Eierlikör.
Auf ein gefettetes Backblech streichen und 20 Min. bei 180° backen
oder in eine gefettete Kastenform 45-50 Min. backen.

Rezept für die kalte Küche

Sommersalat Trampo-Mallorquine

(von Margarethe Dutz)

Zutaten: (für 4 Personen)

je 1 Paprikaschote grün, rot, gelb
3 kleine Tomaten
1/2 Zucchini oder/und Gurke
1 kleine Zwiebel
1 Stück Honigmelone/Wassermelone
2 Weinbergpfirsiche
150-200 g Feta
2-3 EL Weißweinessig/condimento bianco
2-3 EL Olivenöl
Salz, Pfeffer
etwas Petersilie

Zubereitung:

Paprikaschoten entkernen, evtl. Pfirsiche enthäuten und alles in feine Würfel schneiden.
Marinade anrühren und über den Salat geben.

Ernährungstipps bei Untergewicht

Die „Pink Puffer“, die schlanken bis untergewichtigen Emphysematiker brauchen höher kalorische Angebote für Hauptspeisen und Zwischenmahlzeiten. Dies ist der typische Emphysem-Typ mit erweitertem Brustkorb und ständiger Atemnot. Die Atemhilfsmuskulatur im Brustbereich wird immer stärker beansprucht, was einen vermehrten Energieverbrauch und somit eine deutliche Gewichtsabnahme zur Folge hat.

Anbei ein paar Empfehlungen für Senioren mit Untergewicht (nach Altersexperte Dr. Zeyfang):

- Mind. 1-2 x wöchentlich fetter Fisch
- Schokolade mit hohem Kakaoanteil
- Haushaltszucker in Speisen & Quark
- 2 x eine Hand voll Obst

- Täglich Milchprodukte
- Eiweißreiche und hochkalorische Aufbaunahrung aus der Apotheke
- Tiefkühlprodukte
- Überschaubare Mengen trinken
- Bewegung fördert den Appetit
- „**Einer-Regel**“: mind. 1x täglich eine warme Mahlzeit mit Kartoffeln, Nudeln oder Reis und Gemüse, 1 Stück Fleisch, Fisch oder Ei, 1 Glas Milch

Relevant sind auch folgende Punkte für Untergewichtige:

- durch das ständige Atmen durch den Mund leidet auf Dauer das Geschmacksempfinden und somit schmeckt das Essen oft nicht mehr so gut
- außerdem erschweren Atemschwierigkeiten beim Essen unseren Körper und somit kommt es zu häufiger Müdigkeit, die die Essenszeit verkürzt und somit vom weiteren Essen abhält
- allgemeine Müdigkeit und Kraftlosigkeit hält vor allem Alleinlebende oft davon ab, sich überhaupt etwas zu essen zu machen, zudem kommt durch das durch den Mund atmen oft noch das Schlucken von Luft hinzu, das auch zum Sättigungsgefühl führen kann
- Theophyllin, Antibiotika und andere Medikamente führen ebenfalls oft zu Appetitlosigkeit und Magen-Darm-Beschwerden

Diese Kriterien gilt es neben den anderen Ernährungskriterien auch zu berücksichtigen.

Margrit Selle
Dipl. Pflégewirtin (FH)
Ernährungsberaterin (sgd)

Herausgeber

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
IBAN: DE28 2415 123500273080 30
BIC: BRLADE21ROB

Redaktion

Petra Objartel, Brigitte Sakuth
Kurt Samsel, Nürnberg

Für unverlangt eingesandte
Manuskripte und Bilder wird keine
Haftung übernommen.



Deutsche Emphysemgruppe e.V.

Steinbrecherstr. 9 - 38106 Braunschweig

Konto: Sparkasse Rotenburg-Bremervörde

IBAN: DE28 2415 123500273080 30 BIC: BRLADE21ROB

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der Deutsche Emphysemgruppe e.V. als

- Mitglied** (Jahresbeitrag 25,00 €)
- Fördermitglied** (ohne Stimmrecht, Jahres-Mindestbeitrag 50,00 €)
- Mitglied** mit mehr als dem Mindestjahresbeitrag, nämlich _____ €

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ Geb.-Datum: _____

Durch meine Unterschrift erkläre ich meinen Beitritt und erkenne gleichzeitig den jeweils gültigen Mitgliedsbeitrag an. Mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Vereinsverwaltung bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

- Der Mitgliedsbeitrag soll im Lastschriftverfahren von folgendem Konto abgebucht werden:

Name des Kontoinhabers: _____

Name der Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers