atem wege

Deutsche Emphysemgruppe e.V.

Die Zeitschrift der Deutschen Emphysemgruppe e.V.

Ausgabe 01/2009

COPD-Patienten:

Selbsthilfe wirkt,
denn gemeinsam sind wir stark!

Seite 3
Protokoll
Jahreshauptversammlung 2009

Seite 5
Dr. Stephanie Korn
Alpha-1-Antitrypsinmangel

Seite 7
Patientenbericht
Reha in Bad Dürrheim

Seite 10
Gruppenaktion
SHG testet Saltpipe®

Seite 11
Infotag der DEG
Mitgliederversammlung 2009

Seite 14
Patientenrecht
Was jeder Patient wissen sollte

Seite 19
Hoch im Norden
SHG Luftikuss stellt sich vor

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

Die extrem langen und unangenehmen Wintertage werden hoffentlich vorbei sein, wenn Sie das neue Heft in den Händen halten. Wir haben einige Themen aus der Fülle der Informationen ausgewählt, von deren Nützlichkeit wir überzeugt sind.

Die ersten warmen Sonnenstrahlen bieten eine Gelegenheit für einige von uns, sich wieder an das „Draußen“ zu gewöhnen. Nicht nur wird durch den täglichen Spaziergang das Immunsystem gestärkt, für COPD – Erkrankte bedeutet es schon Muskeltraining und eine Verbesserung der Lungenfunktion, wenn Sie jeden Tag 3 mal 15 Min. Gehtraining absolvieren, oder einen halbstündigen Spaziergang machen. Lesen Sie bitte mehr dazu im Heft.

Das Training hat noch einen weiteren Effekt, wer einige winterliche Speckröllchen angesetzt hat, könnte sie auf diese Weise loswerden. Die US-Thoraxgesellschaft hat nämlich festgestellt, dass ein großer Bauchumfang mit einer Abnahme der Lungenfunktion verbunden ist, und zwar unabhängig von Geschlecht, Rauchen, BMI und weiteren Risikofaktoren. Es wird angenommen, dass es sogar einen Zusammenhang mit systemischer Entzündung geben könnte. (Quelle: Ärztezeitung)

Häufig kommt die Frage auf, ob der Patient seine Krankenunterlagen einsehen darf. Immer noch vielerorts unbekannt ist die Tatsache, dass erstens der Arzt verpflichtet ist, die Behandlung seiner Patienten zu dokumentieren, während Patienten das Recht haben, Einsichten in ihre persönlichen Krankenunterlagen zu nehmen. Mehr dazu auf Seite 14.

Im Anschluss an die Jahreshauptversammlung 2009, das Protokoll ist auf Seite 3 einzusehen, wurden interessante Vorträge angeboten.
Frau Dr. Fondahl vom MDKN erklärte die Organisation, deren Aufgaben und nahm zu den vielen Fragen aus dem Publikum Stellung. Unter anderem war und ist sie sehr interessiert an den Erfahrungen, die COPD – Patienten mit den verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen haben. Eine Zusammenfassung ihres Vortrages hat Frau Sakuth für unsere Zeitung verfasst.

Noch einige Worte in eigener Sache: Wir sind ein gemeinnütziger Verein, in dem sich Patienten zusammengeschlossen haben, um gemeinsam Hilfe zur Selbsthilfe zu suchen und weiter zu geben, 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.

Da wir kein Dienstleistungsbetrieb sondern alles chronisch Kranke 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.
Bitte teilen Sie uns Adressänderungen, neue Kontonummern und Todesfälle mit, Rückbuchungen sind kostenpflichtig und kosten unnötigen Zeitaufwand.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen eine gute Zeit in größtmöglicher Gesundheit

Mit herzlichem Gruß,

Ihre

1. Vorsitzende

In dieser Ausgabe:

Seite 3: Protokoll Jahreshauptversammlung 2009
Seite 5: Der Alpha-1-Antitrypsinmangel
Seite 6: Buchbesprechung „Kneip-Vital-Kochbuch“
Seite 7: Meine Reha in Bad Dürrheim - Espan Klinik
Seite 8: Änderungen in privater Krankenversicherung
Seite 9: Atemtherapie
Seite 10: Shg Nürnberg testet Saltpipe
Seite 11: Mitgliederversammlung und Infotag der DEG
Seite 13: Buchbesprechung: Tai Chi
Seite 14: Was jeder Patient wissen sollte
Seite 15: Der Gesundheitsfond
Seite 16: Kurz gemeldet
Seite 17: Was ändert sich sonst noch in 2009
Seite 19: Hoch im Norden
Seite 20: Medizinisches Wörterbuch Teil 6

Protokoll der Jahreshauptversammlung 2009

Datum: ***28. Februar 2009 von 11.05 - 15. 30 Uhr***
Ort: ***Hotel Starenkasten, Braunschweig***

TOP 1 Begrüßung und Feststellung der Beschlussfähigkeit

Die Vorsitzende Heide Schwick begrüßt die Anwesenden und eröffnet die Mitgliederversammlung 2009. Die Einladung erfolgte form- und fristgerecht, Beschlussfähigkeit ist gegeben und die Tagesordnung wird einstimmig angenommen. Die Vorsitzende weist darauf hin, dass ausschließlich die Mitglieder stimmberechtigt sind. Frau Schwick erläutert den Ablauf der Tagesordnung und des Programms. Sie bittet, den 2. Vorsitzenden Kurt Samsel zu entschuldigen, der erkrankt ist.

TOP 2 Verlesung und Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung 2007

Heide Schwick verliest das Protokoll der Jahreshauptversammlung 2008. Es werden keine Einwände gegen den Inhalt erhoben und das Protokoll wird einstimmig genehmigt.

TOP 3 Bericht des Vorstandes
Vorlage des Kassenberichtes

Heide Schwick bedankt sich bei Margrit Selle, die sich intensiv für die Deutsche Emphysemgruppe einsetzt und vom Vorstand als Beisitzerin bestellt wurde.
Die Verhandlungen mit dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband befinden sich auf einem guten Weg, wir werden in Kürze als Mitglied aufgenommen werden.

Die Vorsitzende verliest die Liste der im letzten Jahr Verstorbenen und bittet mit einer Schweigeminute derer zu gedenken.

Hartmut Domagala gibt einen Überblick über die Mitgliederentwicklung, die im letzten Jahr nicht ganz so gut angestiegen ist, wie in 2007. Er erläutert detailliert den Kassenbericht des Geschäftsjahres 2008.

TOP 4 Bericht der Kassenprüferinnen
Frau Ingrid Braun verliest den Bericht der Kassenprüferinnen. Die Kassenprüfung erfolgte am 10. Februar 2009 bei Frau Martina Fuchs in Braunschweig durch Frau Ingrid Braun und Frau Martina Fuchs. Die Kassenprüferinnen hatten keinerlei Anlass zu Beanstandungen.

TOP 5 Aussprache

Zu diesem Tagesordnungspunkt gibt es keine Wortmeldungen.

TOP 6 Entlastung des Vorstandes

Frau Ingrid Braun beantragt, dem Vorstand und dem Kassenwart Entlastung zu erteilen. Die Versammlung erteilt einstimmig Entlastung.

TOP 7 Verschiedenes
Heide Schwick bittet die Mitglieder, darüber nachzudenken, im Vorstand Verantwortung zu übernehmen. Durch den Gesundheitszustand der einzelnen amtierenden Mitglieder wird es früher oder später von Nöten sein, dass sich weitere Mitglieder mit dem Gedanken vertraut machen, Posten im Vorstand zu übernehmen.

Hartmut Domagala stellt das Angebot eines Busunternehmers vor, der ein Angebot für unsere Patientenveranstaltung am 18. April 2009 in Berlin abgegeben hat. Aus der Mitgliederversammlung kommt die Frage auf, ob auch nur das angebotene Hotel genutzt werden könnte. Hartmut Domagala kümmert sich darum.

Nachdem es keine weiteren Wortmeldungen mehr gibt, schließt die Vorsitzende die Jahreshauptversammlung 2009 um 13:00 Uhr

Vortragsprogramm:
Im Anschluss an die Jahreshauptversammlung und nach dem gemeinsamen Mittagsimbiss wurde den anwesenden Mitgliedern noch ein abwechslungsreiches Programm geboten.

Diplom Pflegewirtin cand. Margrit Selle hielt einen PowerPoint Vortrag über „Heiße Rolle und Auflagen“. Frau Selle stellte anschaulich und interessant die Wirkung und Vorzüge dieser recht einfach anzuwendenden Hausmittel dar, die – sinnvoll zum richtigen Zeitpunkt angewendet - durchaus wirkungsvoll Krankheitssymptome lindern und Verschlimmerungen aufhalten können.

Anschließend stellte Herr Mohr von der Firma „Tante Paula“ den gleichnamigen Elektro-Roller vor. Mit einer Reichweite von 18 km mit dem Original-Akku ist er geeignet für gehbehinderte Menschen, die ihn zum Einkaufen und für Ausflüge im Urlaub nutzen können. Er ist für den Straßenverkehr zugelassen, wer älter als Jahrgang 1964 ist, braucht keinerlei Fahrerlaubnis, für nach 1964 Geborene reicht ein normaler PKW- oder Moped – Führerschein und muss wie ein solches versichert werden. Es darf natürlich nicht in Fußgängerzonen benutzt werden
Bei Interesse ist Herr Mohr auf Handy erreichbar unter der Nr. 01716407450

Frau Dr. Ulrike Fondahl vom MDK Braunschweig und GKV-Centerleiterin stellte in einem interessanten Vortrag das Aufgabengebiet des Medizinischen Dienstes vor, und nahm zu verschiedenen Fragen aus dem Publikum Stellung. Dabei wurden vorwiegend Fragen und Problemstellungen bezüglich des Rehabilitationsbereiches für COPD – Patienten angesprochen.

Einen Bericht über die Vorträge finden Sie ab Seite 11.

Alpha-1-Antitrypsin-Mangel?

Daran denken!

- Bei Emphysem
- Bei fehlender Besserung unter COPD-Therapie
- Bei Alpha-1-Antitrypsin-Mangel in der Familie

Im Verdachtsfall

- Bestimmung des Alpha-1-Antitrypsin-Spiegels im Blut (Serum)
- Weitergehende Untersuchungen

Bei positivem Befund

- Information
- Verhaltensänderung
- Prävention

Alles Wichtige für Sie rund um den Alpha-1-Antitrypsin-Mangel im Internet

Alpha-1-Info — www.alpha-1-info.de
Das Internetportal für Arzt und Patient

Alpha-1-Center — www.alpha-1-center.de
Die regionalen Partner für Arzt und Patient

AlphaKit® — www.alphakit.de
Alles über den Nachweis des Alpha-1-Antitrypsin-Mangels

Alpha-1-Register — www.alpha-1-register.de
Das Deutsche Alpha-1-Register, Marburg

Talecris BIOTHERAPEUTICS

Kostenloses Infomaterial zu Alpha-1-Antitrypsin-Mangel können Sie anfordern bei: Talecris Biotherapeutics GmbH, Lyoner Straße 15, 60528 Frankfurt am Main oder im Internet unter www.alpha-1-info.de

Der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel

Dr. Stephanie Korn
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz K.d.ö.R
III. Medizinische Klinik, Schwerpunkt Pneumologie

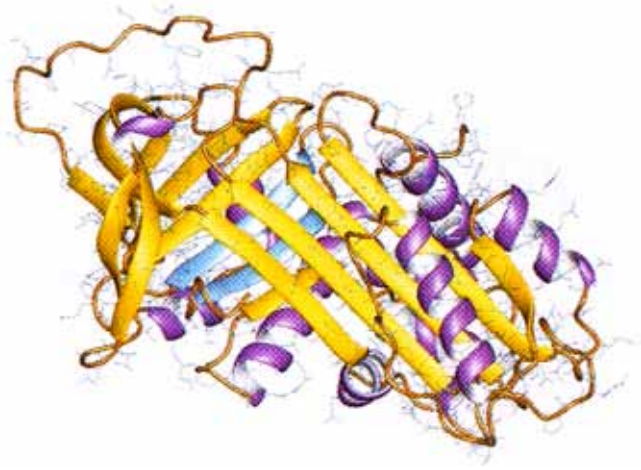
Einleitung

Der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel ist eine Erbkrankheit, bei der bestimmte Eiweißstoffe, sog. Proteinaseinhibitoren (kurz: Pi) in nicht ausreichender Menge gebildet werden. Der wichtigste Proteinaseinhibitor ist das Alpha-1-Antitrypsin (AAT). Alpha-1-Antitrypsin wird in der Leber produziert, sein Hauptwirkungsort ist die Lunge.

Mit jedem Atemzug wird die Lunge mit einer Vielzahl von Schadstoffen und Infektionserregern konfrontiert, die insbesondere vom Immunsystem abgewehrt werden. Dies ist v.a. Aufgabe der weißen Blutkörperchen, der Granulozyten. Zur Abwehr von in den Körper eingedrungenen Noxen setzen diese Abwehrzellen aggressive Stoffe frei, sog. Enzyme (Proteasen). Diese Proteasen können Infektionserreger und Schadstoffe gleichsam verdauen und dadurch unschädlich machen. Alpha-1-Antitrypsin spielt bei diesen Prozessen eine sehr wichtige Rolle. Es verhindert, dass sich die Abwehrmechanismen auch gegen die Lunge selbst richten. Alpha-1-Antitrypsin schützt die zarten Lungenbläschen vor den aggressiven Proteasen, indem es sich beim Gesunden schnell mit ihnen verbindet: es ist damit eine Art Lungenpolizei. Normalerweise herrscht ein Gleichgewicht zwischen Proteasen (lungenschädliche Enzyme) und Antiproteasen (schützende Faktoren). Liegt durch die Erbkrankheit eine Störung vor, dann verändert sich das Gleichgewicht in Richtung der schädlichen Proteasen. Im Blut und in der Lunge eines solchen Patienten sind dann weniger Schutzeiweiße (Alpha-1-Antitrypsin) vorhanden, die Wände der Lungenbläschen werden angegriffen, ihre Elastizität nimmt ab und die Lungenbläschen werden zu schlaffen Säckchen, die sich beim Ein- und Ausatmen nicht mehr richtig füllen und entleeren können. Dadurch sind sie nicht mehr in der Lage, den lebensnotwendigen Gasaustausch (Kohlendioxid aus dem Körper, Sauerstoff in den Körper) durchzuführen. Die durch diese Zerstörung der Lungenbläschen hervorgerufene Erkrankung wird als Lungenemphysem bezeichnet.

Genetik

Der Gendefekt beim AAT-Mangel tritt etwa bei einem von 1.000 bis 5.000 Menschen auf. Die Normalform der Erbanlage (des Gens) für Alpha-1-Antitrypsin bezeichnet man mit dem Buchstaben M, die häufigste Defektform mit dem Buchstaben Z.
Jede Erbinformation ist beim Menschen doppelt angelegt (ein Gen von der Mutter und ein Gen vom Vater), d.h. es gibt Menschen mit zwei gestörten Genen (homozygoter Gendefekt) und solche mit einem gesunden und einem kranken Gen (heterozygoter Gendefekt). Der schwergradige AAT-Mangel ist homozygot und wird als Pi-ZZ bezeichnet, die normale Form heißt Pi-MM. Hat man nur eine defekte Genanlage, so wird dies als Pi-MZ bezeichnet. Diese Form der Erkrankung ist weniger stark ausgeprägt.



Da es sich beim AAT-Mangel um eine Erbkrankheit handelt, sollten auch Blutsverwandte der Patienten auf diesen genetischen Defekt untersucht werden, damit frühzeitig das Vorliegen eines Mangels festgestellt werden kann.

Symptome / Beschwerdebilder

Lunge

Beim AAT-MAngel kommt es zu einer Verengung der Bronchien durch Abnahme der Elastizität der Bronchialwände und zur Entstehung eines Lungenemphysems, d.h. zu einer Abnahme der für die Aufnahme von Sauerstoff und Abnahme von Kohlendixid zur Verfügung stehenden Gasaustauschfläche. Im Vordergrund der Beschwerden steht Luftnot v.a. bei körperlicher Belastung, aber auch Müdigkeit und Leistungsminderung.
Diese Prozesse laufen sehr langsam ab, so Patienten trotz Mangel an AAT und dem sich entwickelnden Lungenemphysems lange ohne Beschwerden sein können. Die ersten Beschwerden treten frühestens zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr auf. Dies gilt besonders für Patienten, die Zigaretten rauchen. Zigarettenrauch setzt die Lunge einer enormen Belastung mit vielen Schadstoffen aus, so daß die körpereigenen Schutzmechanismen, insbesondere AAT besonders belastet sind. Aus diesem Grund macht sich ein AAT-Mangel bei Raucherinnen und Rauchern früher bemerkbar, und die Beschwerden sind viel ausgeprägter.

Leber

Beim schweren AAT-Mangel können bereits Neugeborene erkranken. Das Neugeborene fällt meist durch eine ausgeprägte Neugeborenengelbsucht auf, da das inaktive Alpha-1-Antitrypsin nicht ins Blut abgegeben werden kann und sich in den Leberzellen aufstaut. Die schwerste Form der Leberstörung bei Kindern ist die Leberzirrhose (Leberschrumpfung).

Diagnose

Der AAT-Mangel zählt zu den häufig erst spät oder gar nicht erkannten Krankheitsursachen. Im Anfangsstadium wird das Beschwerdebild oft nicht ernst genug genommen. Zu Beginn der Erkrankung sind körperlicher Untersuchungsbefunde, Lungenfunktion und Röntgenbild der Lunge meist kaum verändert. Nach Auftreten der Symptome dauert es oft mehrere Jahre bis die richtige Diagnose gestellt wird.
AAT kann im Blut bestimmt werden. Es ist eine einfache und sichere Methode, den Mangel an AAT festzustellen, so dass bei allen Menschen mit Atembeschwerden, die bereits vor dem 45. Lebensjahr auftreten, an diese Erkrankung gedacht werden und die Bestimmung von AAT im Blut durchgeführt werden sollte.
Bei einem gesunden Menschen beträgt der Blutplasmaspiegel des AAT 150 bis 350 Milligramm pro Deziliter (mg/dl). Sofern der Blutplasmaspiegel bei weniger als 35 Prozent des Werts von 150 mg/dl (unter 80 mg/dl) liegt, entwickeln die Betroffenen Symptome.
Bei einer verminderten Konzentration des AAT sollte eine weiterführende Diagnostik mit einer Phäno- und Genotypisierung (genetische Untersuchungen) erfolgen, um die Störung der Erbanlagen genau zu bestimmen.

Therapie

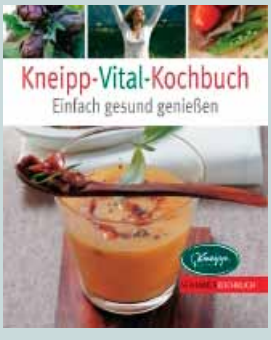
Grundvoraussetzung für jede Form der Behandlung ist der sofortige und andauernde Verzicht auf das Tabakrauchen in jeglicher Form. Tabakrauch macht die noch vorhandenen Schutzeiweiße (Lungenpolizei) unwirksam und verringert die Wirkung von Alpha1-Antitrypsins, das dem Betroffenen zur Behandlung per Infusion verabreicht wird.
Infekte der Atemwege sind zu vermeiden bzw. frühzeitig antibiotisch zu behandeln, um den Anfall aggressiver Proteasen aus dem Abwehrkampf der weißen Blutkörperchen mit den Krankheitserregern gering zu halten.
Die Atemnot kann durch bronchienerweiternde, inhalierbare Medikamente reduziert werden. Bei häufigen Infektionen der Atemwege kann evtl. auch inhalierbares Kortison eingesetzt werden. Bei starker Verschleimung erleichtern schleimlösende Medikamente das Abhusten.
Bei einem Mangel an Sauerstoff im Blut kann der Arzt mit einer Sauerstofflangzeittherapie beginnen.
Das fehlende AAT kann durch eine einmal wöchentliche Infusion ersetzt werden (Substitutionstherapie). Die Infusion enthält AAT, das aus dem Blut gesunder Menschen gewonnen wird. Durch die Infusion wird AAT zugeführt und damit werden die Lungenbläschen vor weiterer Zerstörung geschützt. Bereits eingetretene Schäden können hierdurch jedoch nicht rückgängig gemacht werden. Die Voraussetzungen für die Substitution mit Alpha-1-Antitrypsin werden vom Arzt geprüft. Sie umfassen vor allem die gesicherte Diagnose eines Alpha-1-Antitrypsin-Mangels, eine Einschränkung in der Lungenfunktion von 35-60% vom Sollwert sowie eine Prüfung des Grads der Beeinträchtigung des Patienten. Die Patienten erhalten dann 60 mg des Wirkstoffs pro Kilogramm Körpergewicht einmal wöchentlich als Infusion. Dadurch wird erreicht, dass die Alpha-1-Antitrypsin-Konzentration im Serum dauerhaft über 80 mg/dl (Schutzgrenze) gehalten wird.
In fortgeschrittenen Fällen kann über eine Lungentransplantation nachgedacht werden.

In allen Fällen ist das Erlernen einer bestimmten Atemtechnik hilfreich, ebenso wie regelmäßiges, körperliches Training. Zur weiteren Behandlung gehört eine ausgewogene eiweiß- und vitaminreiche Ernährung, ebenso wie das Anstreben und Halten eines normalen Körpergewichts.

Dr. Stephanie Korn

Buchbesprechung

Kneipp-Vital-Kochbuch



Seehamer Verlag
Ausgabe 2008
176 Seiten, gebunden
ISBN: 978-3940851048

Im Maße liegt die Ordnung. Jedes Zuviel und jedes Zuwenig stellt an Stelle der Gesundheit Krankheit.“

Gerade chronisch Erkrankten wird immer wieder nahegelegt, besonderes Augenmerk auf ihre Ernährung zu richten. Fettarm, ausgewogen, leicht verdaulich, vitaminreich soll es sein –und, wohl am wichtigsten, es soll gut schmecken und in der Herstellung einfach zu handhaben.
Wer sich intensiv mit seiner Gesundheit beschäftigt, kommt irgendwann mit der Lehre Kneipps in Kontakt. Dessen einfache Überzeugung steht für einen harmonischen Lebensstil, der mit den alltäglichen Bedürfnissen in Einklang steht und dazu motivieren soll, sein Leben bewusst und gesund zu gestalten.

Im vorliegenden Buch werden die 5 Elemente Sebastian Kneipps kurz beschrieben: Wasser, Bewegung, Ernährung, Pflanzen und innere Balance.

Das Hauptgewicht liegt in diesem großformatigen und appetitanregend bebilderten Buch auf dem Thema Ernährung. Zu betonen ist, dass Sie es hier keinesfalls mit Diäten, oder strengen Vorgaben zu tun bekommen, im Gegenteil weisen die einfach beschrieben Rezepte viele kulinarische Spezialitäten auf. Eine ausführliche Beschreibung frischer, der Gesundheit förderlicher Zutaten und ihrer Wirkungsweise weckt die Lust darauf, sich ausführlicher mit dem Themenbereich zu beschäftigen und die für jeweils 2 Personen angebotenen Rezepte nachzukochen.

Heide Schwick

Meine Reha in Bad Dürrheim - Espan Klinik

Am 15.07.2008 habe ich einen Antrag auf medizinische Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung Bund gestellt. Mein Lungenfacharzt hatte eine Reha in Schönau empfohlen, da ich an Alpha1-Antitrypsinmangel erkrankt bin und inzwischen erheblich unter einem Emphysem leide.

Dem Antrag wurde relativ rasch entsprochen, nur leider wurde mir eine Reha in einer anderen Klinik als Schönau gewährt. Da ich jedoch durch mehrere Vorträge von Herrn Dr. Kenn, als auch zahlreiche Empfehlungen von DEG-lern über die Vorzüge von Schönau, besonders die Studien zur Rehabilitation von Alphas wusste, habe ich erst einmal Widerspruch eingelegt. Nach einigem Hin und Her bekam ich dann erneut von der Deutschen Rentenversicherung Bescheid, dass ich zwischen 5 Kliniken auswählen konnte, jedoch nicht Schönau, da diese offensichtlich kein Vertragshaus der Deutschen Rentenversicherung ist. Nach kurzer Internetrecherche habe ich mich dann, zugegeben etwas zähneknirschend, für die Espan Klinik in Bad Dürrheim entschieden, da dort ein Alpha1-Center angeschlossen ist.

So konnte ich endlich, vier Monate nach Antragstellung meine Reha in Bad Dürrheim antreten. Ich muss schon zugeben, dass ich nicht gerade „very amused“ war. So hatte ich mir das überhaupt nicht vorgestellt: mitten im miesen, fiesen, nasskalten November und dann auch noch in eine Klinik, in die ich eigentlich gar nicht wollte!

Am 11.November kam ich gegen 17:00 Uhr, nach einer unerträglich langen und anstrengenden Zugfahrt mit viel Verspätung und verpassten Anschlusszügen, in der Espan Klinik an. Eine Schwester begleitete mich in mein Zimmer, in dem bereits mein Gepäck stand! Dann wurde ich gefragt, ob ich noch heute mit dem Arzt sprechen könnte und ob es mir besser vor oder nach dem Abendessen passen würde. So hatte ich zuerst ein nettes Gespräch mit dem Arzt und eine kurze Untersuchung. Mir wurde zugesichert, dass weitere gründliche Untersuchungen folgen würden und ich jederzeit Änderungswünsche zu den verschriebenen Anwendungen äußern könnte. Dann folgte das Abendessen. Es gab ein Salatbüffet und anschließend Weißwurst und Brezeln. Für ein Nordlicht nicht gerade eine kulinarische Offenbarung, aber mir war’s egal, ich war einfach nur müde. Anschließend folgte noch ein kurzer Rundgang durch das Haus – und ich konnte endlich ein paar Sachen auspacken und schlafen.

Am nächsten Morgen ging es gleich mit Blutabnahme etc. und einigen Anwendungen weiter. Zu meinen Anwendungen gehörten Ergometertraining, eine sehr intensive Atemtherapie, Wirbelsäulengymnastik, Schwimmen im schönen Solebad der Espan Klinik, Inhalationen, Wirbelsäulengymnastik, Vibrax Massage, klassische Massage, Fangopackungen und zahlreiche sehr informative Vorträge. Alle Therapeuten waren nicht nur sehr nett, sondern kümmerten sich intensiv um jeden einzelnen Patienten. Hier habe ich wirklich gelernt, was und wie ich zuhause die Therapie fortführen kann und dass Emphysematiker sich ruhig etwas zutrauen und Spaß haben können. Immer wurden Anleitungen zur Alltagsbewältigung in die Therapiestunden eingebunden. So habe ich keine Angst mehr vor dem Treppensteigen oder ähnlichen Herausforderungen. Ich habe gelernt, das Sauerstoffgerät einzusetzen und mit der richtigen Atemtechnik es langsamer angehen zu lassen. Die Inhalationen haben mir nicht nur mehr Luft verschafft und die Bronchien erweitert, sondern ich war zusätzlich meine ständig vom Cortison belegte Stimme los. Zu Weihnachten konnte ich endlich einmal wieder nach langer Zeit Weihnachtslieder mitsingen.

In der Sozialberatung wurde ein Wiedereingliederungsplan aufgestellt und durch die Psychologengespräche habe ich gelernt, mich nicht von der Krankheit beherrschen zu lassen, sondern die Krankheit zu beherrschen. Viele wissen sicherlich, wie schwer es ist, unter einer unheilbaren Erkrankung mit unsicherer Prognose zu leiden. Mir haben diese Gespräche sehr gut getan und ich habe wieder Mut gefasst, mein Leben selbst zu bestimmen.

Obwohl ich jeden Tag 6 - 10 Anwendungen hatte, war der Therapieplan so gestaltet, dass ich niemals Stress hatte, denn zwischen den Anwendungen konnte ich mich meist eine Stunde lang ausruhen. So hatte ich aber auch immer einmal Gelegenheit, frische Luft zu schnuppern. Apropos frische Luft, das Wetter war einfach unglaublich, ganz wie der Internetauftritt von Bad Dürrheim über das Heilklima verspricht. Sonne im November, so dass ich sogar einmal im T-Shirt in der Sonne sitzen konnte. Später schneite es und wir hatten ein „Winterwonderland“.

Das Essen war, abgesehen vom ersten Abendessen, übrigens hervorragend, und Weißwurst mit Brezeln gab es nie wieder. In den folgenden 5 ½ Wochen gab es keine Wiederholungen, aber eine sehr abwechslungsreiche und schmackhafte Kost.

Last but not least möchte ich die ärztliche Betreuung hervorheben. Abgesehen von der ersten Untersuchung hatte ich in den folgenden Wochen noch zahlreiche sehr ausführliche Arztvisiten. Mir wurde vieles erklärt, von Alpha1-Antitrysinmangel über Sauerstoff, Medikamente, Nasenhygiene und –pflege, und und und….

Bad Dürrheim liegt auf einem 700 m hohen Hochplateau und selbst gehbehinderte Patienten können dort auf den gut ausgebauten Fußwegen gehen. Es gibt kaum Steigungen und auch im Wald wurden die Wege bei Schneefall geräumt. Der Ort hat außerdem ein wunderschönes Solebad zu bieten, in dem ich mich am liebsten einmal einen ganzen Tag lang aufgehalten hätte. Obwohl ich sonst nicht mehr in Schwimmbäder gehen kann (Chlor) hatte ich luftmäßig dort keine Probleme.

Ich wünsche jedem von Euch, dass sie/er es in der nächsten Reha so gut antrifft wie ich und auch soviel Kraft und Hoffnung schöpfen kann und ich würde jederzeit gerne wieder in die Espan Klinik gehen.

Hilke Wäsch

Änderungen bei privater Krankenversicherung

Durch die Gesundheitsreform gibt es auch in der privaten Krankenversicherung ab 2009 einige Änderungen. Es gilt die Krankenversicherungspflicht (gilt bereits seit April 2007 in der gesetzlichen Krankenversicherung, für privat Versicherte war es bisher freiwillig) für alle Personen, die der privaten Versicherung zuzurechnen sind. Wer ab 1.1.2009 nicht versichert ist und sich später versichert, muss mit Strafzuschlägen und rückwirkenden Beitragszahlungen bis zum 1.1.2009 rechnen.
Die privaten Krankenversicherungen müssen ab 2009 einen neuen PKV- Basistarif anbieten. Dieser Tarif wird ohne Gesundheitsprüfung und ohne Zuschläge für Ältere und Kranke angeboten. Es darf also keine Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse geben, wie bei den normalen Tarifen der PKV. Eine Kündigung wegen Nichtzahlung der Beiträge und ein Rücktritt des Versicherers sind beim Basistarif ausgeschlossen. Wer als Versicherungsnehmer seine private Krankenversicherung kündigt, muss künftig den Abschluss eines neuen Vertrages nachweisen.
Der neue Basistarif ist für Menschen gedacht, die keine Krankenversicherung haben und nicht in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden. Er soll außerdem Personen entlasten, für die die monatlichen Beiträge bei den Normaltarifen durch niedrige Einkünfte oder hohe Prämiensteigerungen oder Risikozuschläge in der Vergangenheit eine unzumutbare Belastung darstellt. Der bisherige Standardtarif entfällt für Neuversicherte, Bestandskunden können in den Basistarif wechseln.

Der Basistarif muss in etwa die gleichen Leistungen wie bei der gesetzlichen Versicherung abdecken. Der gesetzlich festgelegte Höchstbeitrag richtet sich nach dem Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung und liegt 2009 bei ca. 570 €. Die meisten privaten Krankenkassen werden wohl auch den Höchstbetrag verlangen. Versicherte, die auf Grundsicherung angewiesen sind, oder den Beitrag nicht aufbringen können (z.B. Hartz IV), haben Anspruch auf eine Halbierung des Beitrages. Reicht auch diese Reduzierung nicht aus, kommen die Sozialbehörden für den Beitrag auf. Werden die Beiträge nicht gezahlt, sind auch nur unaufschiebbare Leistungen versichert, wie beispielsweise akute Erkrankungen, Schmerzzustände und Mutterschaft.

Bei den privaten Krankenversicherungen gibt es, wie bei ihren anderen Tarifen, für den Basistarif keine Familienversicherung. Ehepartner und Kinder müssen deshalb ebenfalls Beiträge zahlen. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig, was beim bisherigen Standardtarif meist nicht der Fall war.
Neuversicherte, die ab 1. Januar 2009 eine private Versicherung abschließen, können uneingeschränkt in eine andere private Versicherung wechseln und ihre Altersrückstellungen mitnehmen. Eine Aufnahmepflicht besteht aber nur für den Basistarif. Bestandskunden können nur bis zum 30. Juni 2009 einmalig ihre Altersrückstellungen bei einem Wechsel der Versicherung mitnehmen (in Höhe des Basistarifes). Danach ist eine Mitnahme für diese Gruppe nicht mehr möglich. Als Altersrückstellung wird die Differenz zwischen dem Beitrag, den der Kunde heute zahlt und dem Betrag, den er heute zahlen müsste, wenn er den Vertrag neu abschließt, bezeichnet.

Bestandskunden können in den Basistarif ihrer Versicherung wechseln, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet haben, eine gesetzliche Rente oder Beamtenpension beziehen oder bei finanzieller Hilfebedürftigkeit. Die Behandlung der Versicherten im Basistarif ist durch die kassenärztliche Vereinigung sichergestellt. Bisher hatten Versicherte im Standardtarif häufig Probleme, ärztliche Leistungen ohne eigene Zuzahlungen zu erhalten.
Viele Experten rechnen durch diese Neuerungen mit einer

Verteuerung der privaten Krankenversicherungen um mindestens 15 %.

Privat versichern können sich nur Selbständige, Freiberufler und Beamte, unabhängig vom Einkommen, sowie Angestellte mit einem Bruttoeinkommen von mehr als 48.150,00 Euro jährlich (Beitragsbemessungsgrenze 44.100,00 Euro). Allerdings muss ein Angestellter die Beitragsbemessungsgrenze 3 Jahre lang überschreiten, um in die private Krankenversicherung wechseln zu können.

Brigitte Sakuth
(Quellen: Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit, Versicherungsnachrichten)

Info:
Die private Krankenversicherung (PKV) ist in Deutschland im Gegensatz zu gesetzlichen Krankenversicherung eine Absicherung bei einem privatrechtlich organisierten Versicherungsunternehmen gegen Kosten, die aus Krankheit oder Unfällen herrühren oder durch vorbeugende oder diagnostische Gesundheitsmaßnahmen entstehen. Der Begriff steht auch für Gesamtheit der Versicherungsunternehmen, die eine solche Versicherung anbieten. Im Jahr 2007 besaßen etwa 8,55 Millionen Menschen in Deutschland eine private Krankenvollversicherung. Dies entspricht ca. 10,3 Prozent der deutschen Bevölkerung.

Atemtherapie

Für gesunde Menschen ist das Atmen selbstverständlich. Wenige beachten, welche Muskeln beansprucht werden, und welche Arbeit der Körper eigentlich verrichten muss, damit wir überhaupt atmen können. Zu körperlicher Anstrengung und Schwerstarbeit wird die Atmung aber für Patienten, die an einer schweren Lungenerkrankung wie beispielsweise dem Emphysem oder einer Fibrose leiden.

Deshalb ist für COPD- und Emphysem-Patienten, neben den notwendigen Medikamenten, auch eine regelmäßig angewandte Atemtherapie sehr wichtig. Die Grundlagen werden von Atemtherapeuten/Physiotherapeuten am Wohnort oder während einer Reha vermittelt. Auch im Internet und in Büchern kann man Anleitungen finden.

Eine Atemtherapie besteht aus verschiedenen Bausteinen. Der Patient sollte lernen, seine Atmung bewusst wahrzunehmen und zu steuern. Man kann dazu seine Hände zu Hilfe nehmen. Es wird unterschieden zwischen der Bauchatmung, der Brustatmung, der Flankenatmung und der Lenden- bzw. Rückenatmung. Dazu legt man sich am besten auf den Rücken, stellt die Beine auf, legt die Hände auf den entsprechenden Körperteil und versucht, dorthin zu atmen. Mit ein wenig Training klappt das dann auch meistens.

Wichtig ist auch eine Brustkorbmobilisierung, da es bei vielen Patienten durch das ständige Husten und das angestrengte Atmen zu Verspannungen kommt und der Brustkorb starr und unbeweglich wird. Eine Brustkorbmobilisierung kann durch verschiedene Dreh- und Drehdehnlagen und Atemübungen erreicht werden. Häufig wird auch gegen Druck geatmet, um die Atmung zu vertiefen und die Ausatmung zu verlängern. Die Atem-erleichternden Stellungen führen zu einer Weitung der Atemwege und einer Dehnung des Lungengewebes. Bei plötzlicher Luftnot sollte solche Stellung ebenfalls eingenommen werden, um den Schultergürtel zu entlasten und der Lunge mehr Platz zu schaffen.

Die bekanntesten Atem-erleichternden Stellungen sind u. a. der Kutschersitz, dabei lässt man den Oberkörper locker hängen und stützt sich mit den Unterarmen auf den Oberschenkeln ab; und die Torwartstellung, bei der man sich mit schulterbreit gespreizten Beinen und leicht gebeugten Knien hinstellt und die Hände auf die Knie stützt. Man kann sich auch mit den Händen bzw. Unterarmen an einer Mauer abstützen. Es gibt natürlich noch eine ganze Menge anderer Übungen und Atem-erleichternde Stellungen, die je nach Patient unterschiedlich effektiv sind. Auch die verschiedenen Hustentechniken wie beispielsweise das Huffing, bei der durch kleine Hustenstöße ohne Verschluss der Stimmritze ausgeatmet wird, können Atemnot vermindern.

Bei starker Verschleimung hilft die autogene Drainage, auch Bronchialtoilette genannt. Sie kann im Sitzen oder Liegen mit unterschiedlichen Lagerungen ausgeführt werden. Das Grundprinzip ist eine aktive, tiefe und langsame Einatmung durch die Nase, wobei Bauch- und Brustatmung kombiniert werden. Dann folgt eine 3 – 5 Sekunden lange Atempause. Danach wird ganz entspannt (passiv) ausgeatmet, wobei der Rachenraum offen bleibt, damit die Luft ohne Widerstand ausströmen kann. Durch eine vertiefte, konzentrierte Atmung soll das Sekret mit möglichst geringem Kraftaufwand aus den Bronchien heraus nach oben befördert werden. Zur Entblähung beim Emphysem ist eine möglichst lange aktive Ausatmung (Lippenbremse) notwendig, wenn nötig mit Therapiehilfen. Geeignet dafür ist das Cornet, das durch positive Druckschwankungen zur Erweiterung der Bronchien führt und damit den Schleim löst. Es ist in verschiedenen Stärken einstellbar und kann in jeder Lage angewandt werden. Die VRP 1 Flutter ist ebenfalls zur Sekretlösung geeignet und erzeugt durch die Kugel im Inneren einen positiven Druck in den Atemwegen. Daneben gibt es noch einige andere Therapiehilfen, wie die BA-Tube oder die PEP-Systeme, die alle auch die Atemwege stärken. Ebenfalls hilfreich ist feuchte Wärme, wie beispielsweise die heiße Rolle.

Neben den reinen Atemübungen gibt es auch mit der Atmung verbundene Bewegungs- und Kräftigungsübungen mit und ohne Hilfsmittel (Theraband, Hanteln, Stangen, Bälle usw.). Damit wird die Beweglichkeit und die Koordination verbessert und die Muskelkraft gestärkt.

Eine weitere wirksame Form der Atemtherapie ist die reflektorische Atemtherapie nach Lieselotte Brüne und Dr. Schmitt. Bei dieser ganzheitlichen Therapie werden verschiedene Druck- und Dehnreize an Haut, Sehnen, Muskeln und Knochenübergängen des Körpers gesetzt. Davor findet eine Wärmeanwendung mit heißen, feuchten Tüchern statt. Dadurch wird die Atmung vertieft und der Spannungszustand der gesamten Muskulatur und des beteiligten Bindegewebes reguliert. Fehlatmung wird dadurch korrigiert.

Auch asiatische Techniken wie Thai-Chi und Qi Gong sind eine Form der Atemtherapie. Diese Heilgymnastik besteht aus langsam ausgeführten Atem-, Bewegungs- und Entspannungsübungen, die auf eine jahrtausende alte Tradition zurückgehen. Außerdem sollen durch die langsam fließenden Bewegungen die Selbstheilungskräfte angeregt und das Immunsystem gestärkt werden.

Da jeder Patient andere Bedürfnisse hat, sollte die Atemtherapie diesen Erfordernissen angepasst werden.
Eines haben aber alle Atemtherapien gemeinsam, wenn sie den Gesundheitszustand oder die Lebensqualität verbessern sollen, müssen sie regelmäßig durchgeführt werden. Ideal wäre natürlich täglich.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel Erfolg.

Brigitte Sakuth

Selbsthilfegruppe Nürnberg testet SaltPipe®

Nicht abhustbarer Bronchialschleim kann bei chronischen Atemwegserkrankungen häufig zu Infektionen führen, was vermehrt Exazerbationen hervorrufen könnte. Neben dem Infektionsrisiko wird durch größere Mengen zähen Schleims die Atmung zusätzlich erschwert. Diesen festsitzenden Schleim können die meist geschädigten Flimmerhärchen nicht aus den Atemwegen transportieren und entsorgen. Die Schleimpfropfen verleihen zudem das Gefühl eines Fremdkörpers in den Bronchien, worauf der Organismus mit einem Hustenreflex reagiert. Die Folge ist ständiger Husten, durch den in den Atemwegen ein hoher Druck aufgebaut wird. Dies führt langfristig zu Schäden der Schleimhaut und der Muskulatur der Atemwege. Der Bronchialschleim muss also aus den chronisch entzündeten und verengten Bronchien schonend entfernt werden, damit den Bakterien der Nährboden entzogen wird und wieder mehr Luft durch die Atemwege strömen kann.

Einige Teilnehmer der Selbsthilfegruppe besuchen regelmäßig die Nürnberger Salzgrotte und berichten, dass sie hinterher leichter abhusten und dadurch besser atmen können. Diese Aussage brachte die Gruppe auf die Idee, die wohltuende salzhaltige Luft mittels SaltPipe® nach Hause zu holen. Bei der SaltPipe® handelt es sich um ein geschlossenes Porzellangefäß, worin mineralische Salzkristalle enthalten sind. Die natürlichen Inhaltsstoffe sind frei von Nebenwirkungen. Beim Einatmen erreichen die mikrofeinen Natursalzkristalle alle Bereiche der Atemwege. Laut Hersteller sollen sich nach regelmäßiger Anwendung Ablagerungen und Verschleimungen lösen, wodurch dann die Atmung erleichtert wird .

Fünf Teilnehmer der Gruppe wendeten die SaltPipe® über mehrere Wochen ca. 30 Minuten täglich an, wobei die vom Arzt verordnete Medikation und Therapie natürlich nicht geändert wurde. Drei der fünf Probanden spürten bereits am zweiten Tag eine merkliche Erleichterung beim Abhusten, bei den beiden anderen Teilnehmern stellte sich dieser Effekt kurze Zeit später ein. Auch Nase und Nebenhöhlen fühlten sich freier an. Insgesamt wurde die Intensität der Wirkung unterschiedlich empfunden, was an den verschiedenen Begleitherapien (Acetylcystein, Cineol) liegen könnte. Die Teilnehmer kamen schließlich überein, dass neben der regelmäßigen Anwendung der SaltPipe® der Gebrauch von Hilfsmitteln, wie z.B. RC-Cornet® und VRP 1® Flutter, die schleimlösende Therapie positiv unterstützt. Eine über den Tag verteilte Trinkmenge von 2 – 3 Liter (je nach Körpergewicht) ist dabei angezeigt, denn dadurch wird die Fließfähigkeit des zähen Schleims ebenfalls günstig beeinflusst. Besonders erfreulich empfanden die Teilnehmer, dass die SaltPipe® fast überall und bei vielen Gelegenheiten (Lesen, Fernsehen usw.) bequem anwendbar ist.

Fazit: Die SaltPipe® ist ein adäquates Instrument für die begleitende Therapie bei der COPD. Gerade in Verbindung mit den erwähnten Hilfsmitteln und einer ausreichenden Trinkmenge kann bei der Schleimlösung eine spürbar positive Wirkung erzielt werden. Der in der SaltPipe® enthaltene Wirkstoff ist ausreichend für eine Anwendungsdauer von mehreren Jahren.

Kurt Samsel

Das natürliche Inhalationssystem verhilft zu leichterem Atmen.

Häusliche Salzkristallanwendung für Menschen mit Allergie-, Asthma- und anderen Atemwegserkrankungen.

Weitere Informationen:
E-Mail: info@saltpipe.de
www.saltpipe.de
Tel: +49 (0)8136 22 99 22
oder in Ihrer Apotheke.

Selbsthilfegruppe Nürnberg:
„SaltPipe® ist adäquates Mittel für die begleitende Therapie von Atemwegserkrankungen“

Die fünf Teilnehmer des Tests

Mitgliederversammlung und Infotag der DEG

Am 7.2.2009 fand die jährliche Jahreshauptversammlung der DEG in Braunschweig im Hotel Starenkasten statt. Die 1. Vorsitzende, Heide Schwick, begrüßte die Anwesenden und verlas das Protokoll des Vorjahres und die Tagesordnung. In einer Schweigeminute wurde der verstorbenen Mitglieder gedacht. Nach dem Kassenbericht von Hartmut Domagala und dem Prüfbericht von Martina Fuchs und Ingrid Braun, wurde der Vorstand entlastet.

Die 1. Vorsitzende bat die Anwesenden und alle Mitglieder der DEG um personelle Unterstützung des Vorstandes, da sonst die Vereinsarbeit bald nicht mehr zu schaffen ist. Interessierte wenden sich bitte direkt an Heide Schwick.

Im Anschluss an die Jahreshauptversammlung stellte Diplom Pflegewirtin cand. Margrit Selle anhand von praktischen Beispielen so genannte Auflagen und Wickel vor. Bei den Auflagen werden feuchte Tücher mit Zusätzen auf die zu behandelnde Körperregion gebracht. Dazu wird ein dünnes Geschirrtuch mit dem Zusatz bestrichen, wie ein Päckchen zusammengefaltet und ein dickeres Tuch darüber gelegt. Als Zusätze kommen ätherische Öle wie Eukalyptus, Thymian, Pfefferminze, Fichtennadeln u. ä., heilende Salben, Quark, gekochte Kartoffeln, Kohl, Zwiebeln, Schweineschmalz, Zitronen, Johannisbeeren usw. in Frage.
Die Quarkauflage wird beispielsweise bei Bronchitis angewandt. Sie wirkt Blutgefäß verengend, abschwellend und entzündungshemmend. Die im Quark enthaltenen Milchsäurebakterien verflüssigen den Schleim und begünstigen den Abtransport. Bei Halsentzündungen und Bronchitis kann auch eine Auflage mit Zitronenscheiben helfen. Sie hat eine kühlende Wirkung und wirkt entzündungsableitend.
Ein Brustwickel wirkt gegen Verschleimung, Schlafstörung und Nervosität. Er darf nicht bei Fieber oder einer Bauchspeicheldrüsenentzündung angewandt werden.

Feuchtwarme Umschläge um den Thorax fördern die Durchblutung und wirken entspannend. Die Wassertemperatur sollte ca. 40 – 50 ° C betragen. Als Zusätze kommen z.B. Kräuter oder Zitronenscheiben in Frage.

Ein Zwiebelwickel wirkt schmerzlindernd und kann bei Husten mit zähem Schleim und einer beginnenden Erkältung angewendet werden. Die Wickel und Auflagen sollten nicht länger als 20 – 30 Minuten auf den jeweiligen Körperpartien verbleiben. Anschließend sollte man 30 Min. ruhen, da der Kreislauf durch die Behandlung belastet wird. Kalte Auflagen wirken abschwellend und sollen öfter ausgewechselt werden, da sie schnell erwärmen.

Die so genannte „heiße Rolle“ kann in jeder Altersstufe und unabhängig vom Krankheitsbild und dem Stadium der Erkrankung angewandt werden. Sie fördert die Durchblutung, wirkt schmerzlindernd und schleimlösend. Dazu werden 2 doppelt gelegte Frotteehandtücher trichterförmig fest zusammen gerollt. Der so entstandene Trichter wird mit ca. 1 Liter kochendem Wasser getränkt. Die heißen Frotteehandtücher werden dann auf die Haut aufgetupft und nach dem Erkalten nach und nach abgerollt.

Im weiteren Verlauf stellte Peter Mohr den Elektroroller „Ferdinand“ der Firma Tante Paula aus Hamburg vor. Dieser Elektroroller ist seit ca. 6 Jahren auf dem deutschen Markt und wurde bereits 25.000 Mal hauptsächlich an Personen mit Behinderung verkauft. Er ist versicherungspflichtig, ca. 22 km schnell und wiegt ohne Akku 28 kg. Es besteht keine Helmpflicht. Der normale Akku hat eine Reichweite von ca. 15 km, der Langstreckenakku von ca. 22 km. Durch den umklappbaren Lenker und den herausnehmbaren Sattel kann der Roller

auch im Auto transportiert werden. Die Witterungsverhältnisse erlaubten leider keine Probefahrt im Freien.

Nach einem gemeinsamen Imbiss hielt Frau Dr. Ulrike Fondahl, Fachärztin für Ernährung, Innere- und Sozialmedizin und Leiterin des MDK Braunschweig einen Vortrag über die Struktur, Organisation und Aufgaben des medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Der MDK ist der sozialmedizinische Gutachterdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen. Er besteht seit 1989 und ist aus dem vertrauensärztlichen Dienst hervorgegangen. Seit 1995, mit dem Inkrafttreten des SGB XI, ist er auch für die Durchführung von Pflegegutachten zuständig. Die Träger sind die Landesverbände der Ersatz-, Orts-, Betriebs- und Innungskassen, deren Versicherte den MDK durch eine Umlage finanzieren. Er ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts (In den neuen Bundesländern ist der MDK ein eingetragener Verein). Zu den insgesamt fast 7.000 Beschäftigten zählen neben den Ärzten und Pflegekräften auch andere Heilberufe, Wirtschaftsdienste und Verwaltungsangestellte. In Niedersachsen und Bremen gibt es insgesamt 14 Standorte. Pneumologen sind in Bremen und Osnabrück tätig.

Zu den Aufgaben des MDK gehören (nach SGB V, Kapitel 9, § 275 ff) die Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang von Leistungen und die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung (z.B. Krankenhausrechnung). Ebenso gehören die Prüfung von Vorsorge- und Rehamaßnahmen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (bei längerfristiger Arbeitsunfähigkeit), die Bewilligung für häusliche Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel, Auslandsbehandlung und Zahnersatz zu den Aufgaben. Bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben sind die Ärzte nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen (SGB V, § 275 / 5). Begutachtungen können nach Aktenlage oder durch körperliche Untersuchungen erfolgen.

Für die Bewilligung einer Reha-Maßnahme sind die Richtlinien des

Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien vom 1.4.2004) und die Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom Oktober 2005 (§§ 23, 24, 40, 41 SGB V) maßgebend.

Das bedeutet: „ Reha vor Rente“
„Reha vor Pflege“
„ambulant vor stationär“
„Reha erst, wenn alle anderen Maßnahmen am Wohnort ausgeschöpft sind“.

Die Krankenkasse ist zuständig, wenn kein anderer Träger vorhanden ist (z.B. bei Rentnern). Sie bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung. Sie entscheidet auf Grund des Antrages des Versicherten, der Verordnung des Vertragsarztes, der Empfehlung des MDK und evtl. weiterer Unterlagen. Eine Ablehnung wird begründet. Die Kasse ist verpflichtet, die Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation auf Grundlage der Begutachtungsrichtlinie prüfen zu lassen. Bei der Entscheidung soll den „berechtigten“ Wünschen des Versicherten (z. B. Wahl der Reha-Einrichtung) entsprochen werden. Nach Aussage von Frau Dr. Fondahl ist eine „Rehabilitationsmaßnahme erst dann notwendig, wenn über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist“. Zu den Voraussetzungen für eine Reha gehören die medizinische Indikation, die Rehabedürftigkeit, die Rehafähigkeit und eine günstige Rehaprognose auf der Grundlage realistischer Ziele in einem Zeitrahmen (die Dauer einer Reha beträgt normalerweise 3 Wochen). Eine Rehabedürftigkeit ist gegeben, wenn nicht nur vorübergehende, alltagsrelevante Beeinträchtigungen bereits bestehen oder entstehen können. Zu diesen Beeinträchtigungen zählen u .a. die Kommunikation, die Mobilität und die Selbstversorgung im häuslichen Umfeld. Zur Rehafähigkeit zählen die Motivation und die Belastbarkeit des Patienten (er muss eine Reha durchstehen können) sowie eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage zum Rehaziel (es muss erreichbar sein). Eine Reha soll heilen, weitere Krankheitsfolgen oder bei chronischer Erkrankung eine Verschlimmerung vermeiden. Gewährt wird eine Reha in der Regel alle 4 Jahre. Bei einer medizinisch notwendigen Begründung kann allerdings eine Reha auch früher erfolgen.

Der MDK spielt aber nicht nur bei der Rehabilitation sondern auch bei der Pflegeversicherung eine Rolle. Für die Inanspruchnahme der Pflegeversicherung muss ein Antrag bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen prüft. Wenn diese erfüllt sind,

wird der MDK mit der Begutachtung beauftragt. Diese Begutachtung soll innerhalb von 4 Wochen zuhause oder im Pflegeheim erfolgen. Die Prüfung kann durch Ärzte oder Pflegekräfte erfolgen und basiert auf zeitlichen Richtwerten für alltägliche Verrichtungen, wie beispielsweise Waschen, Anziehen, Nahrungsaufnahme, usw. Der MDK leitet sein Gutachten dann mit der Empfehlung oder Ablehnung einer Pflegestufe an die Pflegekasse weiter. Diese informiert den Patienten und berät über mögliche Leistungen.

Im Jahre 2007 wurden über 1 Million Begutachtungen zur ambulanten Pflege und über
300 000 zu einer stationären Pflege vom MDK erstellt, allein in Niedersachsen wurden 2008 ca. 350.00 Pflegegutachten erstellt. Zu den Begutachtungen gehören Erst-, Höherstufungs-, Wiederholungs- und Widerspruchsgutachten, wobei nur ca. 7 % der Gutachten Widersprüche sind.

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung gehören das Pflegegeld, die Pflegesachleistung, die vollstationär Pflege, außerdem Pflegevertretung und Kurzzeitpflege, Teilstationäre Tages- und Nachtpflege, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (z. B. Zuschuss für eine behindertengerechtes Bad), Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen und Pflegehilfsmittel.

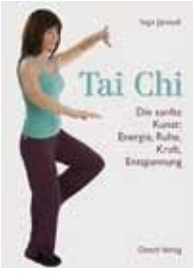
Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom 1.7.2008 werden die Leistungen bis 2012 schrittweise erhöht. Es besteht ein Rechtsanspruch auf individuelle Pflegeberatung und Pflegezeit für Angehörige. Der Betreuungsbedarf für psychisch kranke Menschen wurde erhöht und die Kontrollen in Pflegeheimen werden verstärkt.

Nach der Beantwortung einiger Fragen aus dem Publikum beendete Dr. Fondahl ihren interessanten Vortrag.

Danach schloss die 1. Vorsitzende Heide Schwick die Veranstaltung und wünschte allen Teilnehmern eine gute Heimreise.

Brigitte Sakuth
Quellen: Margrit Selle, Dr. Fondahl

Tai Chi: Die sanfte Kunst: Energie, Ruhe, Kraft, Entspannung



Tai Chi:
Die sanfte Kunst:
Energie, Ruhe, Kraft,
Entspannung
von Ingo Jarosch
ISBN 978-3-0350-3044-0

Allein die Überschrift sagt viel über diese elegante Bewegungskunst aus. Das Tai Chi ist eine von vieren dieser anmutigen fernöstlichen Übungen, dem Qigong, Xingyi und Bagua, die alle den gemeinsamen kulturellen und philosphischen Wurzeln entstammen. Wenn auch von „sanften“ Künsten die Rede ist, bei genauem Hinsehen ist sehr wohl der Ursprung uralter Kampftechniken erkennbar. Konzentration, Körperbeherrschung mit aufeinander abgestimmten Abläufen waren einst eine wirkungsvolle Art der Selbstverteidigung.
Die philosophische Grundlage des Taoismus besteht in der Kernaussage darin, dass der Mensch nicht getrennt von der Natur existieren kann, sondern vielmehr ein Teil von ihr ist. Gelingt der Einklang mit der Natur, lebt er mit sich und der Welt in Harmonie.
Um diesem Ziel näher zu kommen, verfasste Ingo Jarosch, früher Judoka bevor er zu den sanften Künsten fand, das schön bebilderte Übungsbuch. Ohne viel verwirrende Theorie regen die Abbildungen zum Nachmachen der Übungen an, auch ohne große Vorkenntnisse. Allerdings sollten die beschreibenden Grundlagen sorgfältig gelesen werden, denn sie bilden die Voraussetzung für das erfolgreiche Üben. Wer schon nach relativ kurzer Zeit erlebt, wie geistige und körperliche Anspannung nachlassen und der Ruhe, Ausgeglichenheit und Freude Raum schaffen, wird sich vielleicht gerne einen Übungsplan zusammenstellen und diesen ohne jeden Stress und Druck in das tägliche Leben integrieren.
Ich stelle Ihnen, als Atemwegserkrankte dieses Buch aus innerer Überzeugung vor, da ich die wohltuende Wirkung der Übungen in der Reha sowie in verschiedenen Kursen erlebt habe. In der Reha haben selbst schwerst Erkrankte, die Sauerstoffpflichtig sind, teilgenommen. Fangen Sie einfach an aus Spaß an der Bewegung, ein richtig oder falsch gibt es nicht. Wenn Sie sich Zeit lassen und die wohltuende Wirkung spüren, sind Sie auf einem guten Weg.

Heide Schwick

Besuchen Sie uns im Internet:
www.deutsche-emphysemgruppe.de

Was jeder Patient wissen sollte

Dokumentationspflicht und Einsichtsrecht
Welcher Patient kennt das nicht: Am Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus erhält er ein zugeklebtes Kuvert mit der Bitte, dieses dem behandelnden Arzt zu geben. Der brave Patient kommt dem nach ohne zu wissen, was die Krankenhausärzte über sie mitteilen.
Immer noch vielerorts unbekannt ist die Tatsache, dass erstens der Arzt verpflichtet ist, die Behandlung seiner Patienten zu dokumentieren, während Patienten das Recht haben, Einsichten in ihre persönlichen Krankenunterlagen zu nehmen.

Dokumentationspflicht:
Von ärztlicher Seite aus muss die Behandlung des Patienten korrekt geführt werden, so dass alle medizinischen Handlungen nachvollziehbar sind von Dritten. Sachgerechte Behandlung und Information von Patienten muss gewährleistet sein.

Was gehört zur Krankengeschichte:
Personaldaten, Anamnese (Vorgeschichte der Krankheit), Diagnose, Krankheitsverlauf, Pflegeberichte, Art und Umfang der der ärztlichen Leistungen zu den Informationen, welche der Arzt in seinen Krankenunterlagen sammelt. Das betrifft ebenfalls die verordneten Medikamente, Name, verschriebene Dosis und Darreichungsform. Befunde und Ergebnisse aus bildgebenden Verfahren, Laborwerte, sowie Operationsberichte gehören ebenso zur Krankengeschichte wie der Arztbrief, der nach einem Krankenhausaufenthalt ausgestellt wird. Der Arzt muss ebenfalls die Aufklärung des Patienten dokumentieren. Die Krankengeschichte muss gut verwahrt und vor unbefugtem Zugriff geschützt sein. Die Aufbewahrungsfrist beträgt mindestens 30 Jahre, 10 Jahre mindestens für ambulante Behandlungen. Dem Patienten muss der Arzt auf dessen Wunsch hin Auskünfte über seine Krankengeschichte geben, wenn dieser das verlangt.

Einsichtsrecht:
Jeder Patient, oder eine Person seines Vertrauens mit einer schriftlichen Vollmacht, hat das Recht, Einblick in seine Krankenakte zu nehmen. Er kann Abschriften und Kopien verlangen, eventuell dabei entstehende Kosten trägt der Patient. Der Bundesgerichtshof (BGH) leitet den Anspruch aus dem Selbstbestimmungsrecht und der personalen Würde des Patienten her.

Das Einsichtsrecht gilt für alle konkreten Befunde, Behandlungsmaßnahmen und deren Berichte, Angaben über Medikation, Narkose und Operationsprotokolle, Abbildungen wie Röntgenbilder und OP-Videos. Das Einsichtsrecht bezieht sich ebenfalls auf den Arztbrief, den ein Patient im Krankenhaus für die Weiterbehandlung oder Rehamaßnahme erhält. Das Einsichtsrecht gilt nicht für subjektive Eindrücke, Wahrnehmungen und Notizen, die sich der Arzt persönlich zu den Akten angelegt hat.

Einsichtsrecht gilt grundsätzlich - bis auf wenige Ausnahmen, z.B. Selbstgefährdung, auch für psychisch Kranke und Patienten, die in einer geschlossenen Anstalt untergebracht sind. Im Zweifel besteht volle Informationspflicht.

Es gibt seltene Fälle, wo das Einsichtsrecht im Rahmen des „therapeutischen Privilegs“ ganz oder zum Teil eingeschränkt werden kann, wenn beispielsweise schwerwiegende medizinische Gründe gegen eine umfassende Information des Patienten sprechen. In diesem Fall muss die Einschränkung vom Arzt genau begründet und unter Angabe der Begründung ebenfalls dokumentiert werden. Von ärztlicher Seite darf die Einsichtnahme des Patienten verzögert werden, wenn zum gegeben Zeitpunkt eine starke Beunruhigung des Patienten, die den Heilungsprozess verzögern könnte, befürchtet wird. Der genesende Patient darf seine Unterlagen auf jeden Fall einsehen. Auch gesetzlichen Vertretern, Angehörigen mit einer Vollmacht oder Nachkommen des Patienten steht das Einsichtsrecht zu. Ebenfalls den Erben, wenn der Patient in Folge einer Erkrankung stirbt, und es den „fortwirkenden Persönlichkeitsrechten“ des Patienten nicht widerspricht. Im Zweifelsfall entscheidet das Gericht über diese Frage.

Diese Information kann helfen, sich auf das Gespräch mit dem Arzt vor zubereiten.

Heide Schwick

Der Gesundheitsfond

Rückblick:

Mit der Gesundheitsreform 2007 wurden die Weichen für die Einführung des Gesundheitsfonds geschaffen. Die rechtlichen Grundlagen wurden durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und die Änderungen im Sozialgesetzbuch V (SGB V), das die Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung regelt, geschaffen. Die Leistungen für gesetzlich Versicherte wurden ausgeweitet (Beispiele: Impfungen, Betreuung Schwerstkranker und Sterbender in den eigenen vier Wänden, Mutter-Kind-Kuren, Rehabilitation für Ältere, neue Wahltarife der Krankenkassen mit Selbstbehalt, Rückerstattung oder Bezahlung homöopathischer Arzneimittel). Die Wahltarife sind allerdings für 3 Jahre verbindlich und schließen einen Wechsel der Krankenkasse aus. Der seit 1994 bestehende Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen soll erweitert werden. Es wurde eine Kosten-Nutzen-Bewertung für Arzneimittel beschlossen. Der künftige Spitzenverband der Krankenkassen legt den Höchstbetrag fest, den die Kassen für das Arzneimittel bezahlen. Bietet der Hersteller das Mittel teurer an, muss der Patient die Differenz zum Höchstbetrag selbst zahlen.

Chronologie des Gesundheitsfonds:

Ende August 2008 werden die Honorare für Ärzte um 2,7 Mrd. € angehoben. Ende September 2008 werden 3 Mrd. € Mehraufwand für Krankenhäuser für das Jahr 2009 beschlossen. Mitte Oktober beschließt die Bundesregierung das Insolvenzrecht für Krankenkassen. Nach der neuen Insolvenzregelung können auch Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) und regionale Versicherungen Pleite gehen. Bislang waren nur Kassen unter Bundesaufsicht wie die Barmer Ersatzkasse, die Technikerkrankenkasse oder die DAK insolvenzfähig. Haften sollen nicht mehr wie bisher die Länder sondern die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart, notfalls auch andere Kassenarten. Außerdem soll eine Liquiditätsreserve aufgebaut werden
Am 29.10.2008 wird der Einheitssatz für die Krankenkassen auf 15,5 % festgesetzt

Konvergenzklausel gegen regionale Belastungssprünge: ein Bundesland darf maximal mit 100 Mio. Euro pro Jahr mehr belastet werden. Als Vergleich dient jeweils das Vorjahr. Gewinner dabei dürften die Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg und Hessen sein.

Mitte Oktober: Bundesausschuss beschließt Zweitmeinungsverfahren bei besonderen Arzneimitteln: Ärzte, die bestimmte Arzneimittel für die Behandlung von schweren Erkrankungen mit hohen Therapiekosten verordnen wollen, müssen künftig vorher die Meinung eines spezialisierten Kollegen einholen, der von der kassenärztlichen Vereinigung bestimmt wird (bisher nur für die pulmonal arterielle Hypertonie gültig und betrifft die Wirkstoffe Bosentan, Iloprost zur Inhalation,Sildanafil und Sitatexan. Als nächstes sollen auch Wirkstoffe zur Behandlung des Kolonkarzinoms einbezogen werden). Weicht der behandelnde Arzt von dem Votum des Spezialisten ab, muss er das begründen und trät im Regressfall das volle finanzielle Risiko. Das kann für Patienten eine lebensbedrohliche Verzögerung oder sogar das Ablehnen einer Therapie bedeuten.

Ebenfalls Mitte Oktober wurde die Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinie beschlossen. Es sind zukünftig auch Hilfsmittel verordnungsfähig, die nicht oder noch nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet, aber im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten sind. Außerdem soll es eine verbesserte Versorgung für bestimmte Sehhilfen geben.

Start des Gesundheitsfonds

Der umstrittene Gesundheitsfond startet am 1. Januar 2009 mit einem einheitlichen Beitragssatz von 15,5% des Bruttolohnes. Von dem einheitlichen Beitrag werden 14,6 % zu gleichen Teilen von Arbeitgeber und Arbeitnehmern getragen, während die restlichen 0,9 % von den Versicherten allein bezahlt werden müssen. Dieser Einheitssatz wird erst wieder

angehoben, wenn der Fond den Finanzbedarf 2 Jahre nicht hintereinander nicht mehr decken kann.
Ziel der Bundesregierung ist durch den Fond langfristig Kosten im Gesundheitssystem zu sparen. Außerdem soll der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen angekurbelt werden. Bisher legten die Krankenkassen ihren Beitrag selbst fest. Deshalb waren Kassen mit vielen Jungen und Gesunden preiswerter als Kassen, die viele Ältere, gering verdienende und kranke Patienten hatten. Um die Gelder gerechter zu verteilen gilt nun mit Einführung des Fonds für alle gleicher Beitrag für gleiche Leistung, was bereits für die Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung gilt. Die Höhe des Beitrages bemisst sich nach den Ausgaben für Gesundheit. Die Kosten der Krankenversicherungen sollen damit zu 100 % gedeckt sein. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind zu 90 % festgelegt – was medizinisch notwendig ist wird auch weiterhin bezahlt, wobei das medizinisch Notwendige auch Auslegungssache ist. Um für den Fond zu werben hat die Bundesregierung Ende 2008 eine Imagekampagne für 400 000 € als Kinospots gestartet.

Für die meisten Versicherten bedeutet der Fond aber steigende Beiträge. Davon besonders betroffen sind die Rentner, die anders als Arbeitnehmer, nicht durch eine Absenkung der Arbeitslosenversicherung von 3,3 % auf 2,8 % profitieren. Außerdem können Krankenkassen, die mit dem Einheitsbeitrag nicht auskommen einen Zuschlag von pauschal 8 € oder bis zu 1 % pro Versicherten erheben. Für Kinder und mitversicherte Partner gibt es keine Zusatzbeiträge. Bei Sozial- und Grundsicherungsempfängern übernimmt das Sozial- bzw. Grundsicherungsamt auch die Zusatzbeiträge. Krankenkassen, die einen Überschuss erwirtschaften, können diesen an ihre Mitglieder ausschütten oder ihre Leistungen erweitern.

Wie bisher gehen zunächst (bis 31.12.2010) sämtliche Beitragseinnahmen an die Krankenkassen, die das Geld dann an eine zentrale Sammelstelle, das Bundesversicherungsamt (BVA), weiterleiten. Das dort gesammelte Geld einschließlich des Bundeszuschusses von 4 Mrd. € (steigt ab 2009 jährlich um 1,4 Mrd.) – der eigentliche Fond in Höhe von insgesamt 166,7 Mrd. €- fließt dann neu verteilt an die Versicherungsinstitute zurück. Jede Kasse erhält pro Mitglied eine Grundpauschale von € 185,63, daneben gibt es Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Gesundheitsrisiko. Krankenkassen, die viele Patienten mit kostenintensiven chronischen Krankheiten und viele Ältere versichern, bekommen mehr Geld, Kassen mit vielen Gesunden und jungen Patienten dafür weniger. So solllen die vorhandenen Mittel gerechter als bisher verteilt werden. Grundlage hierfür ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (MRSA), der im Vorfeld auf 80 Erkrankungen begrenzt wurde. Dazu gehören beispielsweise Organtransplantierte, Emphysem/ COPD- Erkrankte, Diabetiker, Patienten mit Herzinsuffizienz, Pneumonie, Mukoviszidose oder Asthma bronchiale. Für im DMP-Programm eingeschriebene Patienten gibt es zusätzlich noch 180 Euro.

Es gibt viele Kritiker, die behaupten, der Gesundheitsfond würde das deutsche Gesundheitswesen verteuern, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht bremsen und die Kostenbeiträge der Versicherten verteuern. Die Anzahl der Krankenkassen werde zurückgehen, da viele Kassen gezwungen sein werden zu fusionieren, aber das ist ja auch wohl politisch gewollt. Die Versorgung der Patienten werde sich verschlechtern und verteuern, einer Zwei-Klassen-Medizin würde Vorschub geleistet. Der Fond und die Gesundheitsreform würden in der jetzigen Form nicht lange bestehen können und müssten bald nachgebessert werden.

Vielleicht werden wir aber auch positiv überrascht. Schließlich heißt es doch: Die Hoffnung stirbt zuletzt.

Brigitte Sakuth
(Quellen: Deutsche Ärztezeitung, Deutsches Ärzteblatt,dPA, Bundesministerium für Gesundheit)

Kurz gemeldet...

Kostenlose Medizinberatung

Vor 2 Jahren wurde die unabhängige Patientenberatung Deutschlands gegründet. Sie bietet für Patienten und Angehörige eine neutrale, kompetente und unabhängige Beratung in allen Gesundheitsfragen. Ratsuchende können sich telefonisch oder auch persönlich in den 22 regionalen Beratungsstellen über Leistungen der Kassen und gesetzlichen Neuregelungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Therapien und Krankheitsbildern und Zahnbehandlungen informieren.

Beratungsstellen gibt es in Berlin, Bielefeld, Bremen, Erfurt, Gießen, Göttingen, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Kiel, Köln, Landshut, Leipzig, Ludwigshafen, Magdeburg, München Nürnberg, Potsdam, Rostock, Saarbrücken, Stuttgart und Witten.

Das Beratungstelefon ist jetzt bundesweit gebührenfrei unter der Telefonnummer:
0800 0117722 Montag bis Freitag von 10 bis 18 Uhr
zu erreichen.

Brigitte Sakuth - Quelle: UPD

Kein Schaumbad unter Antibiotika

Antibiotika werden verordnet, um Bakterien abzutöten. Leider machen sie keinen Unterschied zwischen krank machenden und für die Gesundheit notwendigen Bakterien, wie die für eine gesunde Darm- und Scheidenflora wichtigen Milchsäurebakterien. Deshalb sollte während einer Antibiotika-Therapie alles vermieden werden, was das empfindliche Milieu weiter stören könnte, wie z.B. Schaumwannenbäder.

Brigitte Sakuth - Quelle: dpa

Nachtrag zum Gesundheitsfond

Die Bundesregierung wird wegen der weltweiten Finanz- und Wirtschaftskrise im Rahmen des Konjunkturpaketes II den Beitragssatz beim Gesundheitsfond ab Juli 2009 um 0,6 % auf 14,9 % senken. Durch die Wirtschaftskrise wird es wieder höhere Arbeitslosenzahlen geben, was bei den Krankenkassen zu Einnahmeverlusten führen wird.
Sollte der Bund nicht genug zusätzliche Steuergelder bereitstellen, wird es zu Leistungskürzungen oder Beitragserhöhungen kommen, befürchten die Krankenkassenverbände.

Brigitte Sakuth

Was sich sonst noch ändert in 2009

Außer dem Gesundheitsfond gibt es in diesem Jahr auch noch einige andere erwähnenswerte Änderungen:

Hilfe im Haushalt

Konnte man bisher die Kosten für eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im Haushalt bis maximal 2.400 Euro pro Jahr steuerlich absetzen und Betreuungs- und Pflegeleistungen sowie haushaltsnahe Dienstleistungen (Hausreinigung, Gartenarbeit, **nicht** dazu zählt Grabpflege) und Personalkosten (keine Materialkosten) für Handwerkerleistungen bis jeweils maximal 600 Euro, werden diese drei verschiedenen Haushaltsleistungen ab 2009 zusammengelegt. Der gemeinsame Höchstbetrag beträgt 4.000 Euro pro Jahr.

Pflegereform

Pflegebedürftige und deren pflegende Angehörige haben ab 1. Januar 2009 einen gesetzlichen Anspruch auf eine kostenlose, individuelle und umfassende Beratung und Hilfe bei der Organisation, der Pflege und der Abwicklung aller Formalitäten (Fallmanagement). Ein Pflegeberater soll den jeweilige Hilfebedarf ermitteln, einen Plan erstellen und der betroffenen Person und ihre Angehörigen bei der Umsetzung unterstützen. Dazu gehört auch, Kontakte zu Anbietern für Hilfsmittel, hauswirtschaftliche Hilfen, Essen auf Rädern oder Pflegedienstleistungen herzustellen und Informationen über weitere Kostenträger wie beispielsweise die Sozialhilfe einzuholen, und sich um die Abwicklung entsprechender Anträge zu kümmern (individueller Versorgungsplan).

Die Kranken- und Pflegekassen müssen die Pflegestützpunkte in zentralen, wohnortnahen und gut erreichbaren Anlaufstellen einrichten – wenn ein Bundesland sich dahingehend entscheidet. Dadurch sollen die Pflegedienstleistungen besser vernetzt und koordiniert werden und Angehörige und Pflegebedürftige unter einem Dach Rat und Hilfe finden und die ambulante Versorgung verstärkt werden. Auch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung soll es einen Anspruch auf Pflegeberatung im Pflegestützpunkt geben. Bisher sind allerdings erst ganz wenige Pflegestützpunkte eingerichtet worden. Die Zukunft wird zeigen, wieweit Patienten davon wirklich profitieren.

Bereits seit dem 1. Juli 2008 ist der Beitrag zur Pflegeversicherung um 0,25 % auf 1,95 %, für Kinderlose auf 2,2 % gestiegen, dafür haben sich die Pflegehöchstsätze erstmalig erhöht und sollen bis 2012 stufenweise weiter steigen.

Höchstbeträge bei Leistungen durch einen Pflegedienst:

Pflegestufe	I	II	III
Leistung bisher	384 Euro	921 Euro	1.432 Euro
Seit 1. Juli 2008	420 Euro	980 Euro	1.470 Euro
Ab 1. Januar 2010	440 Euro	1.040 Euro	1.510 Euro
Ab 1. Januar 2012	450 Euro	1.100 Euro	1.550 Euro

Der Höchstsatz von 1.918 Euro für Härtefälle der Pflegestufe III bleibt unverändert.

Höchstbeträge in bar, wenn kein Pflegedienst in Anspruch genommen wird:

Pflegestufe	I	II	II
Leistung bisher	205 Euro	410 Euro	665 Euro
Seit 1. Juli 2008	215 Euro	420 Euro	675 Euro
Ab 1. Januar 2010	225 Euro	430 Euro	685 Euro
Ab 1. Januar 2012	235 Euro	440 Euro	700 Euro

Kann die Pflegeperson die häusliche Pflege wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen Gründen nicht durchführen, trägt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr.
Der Höchstbetrag liegt seit dem **1. Juli 2008** bei 1.470 Euro. Die Vorpflegezeit (die Zeit, die der Patient von seiner Pflegeperson bereits gepflegt wurde) wurde von 12 auf 6 Monate verkürzt.
Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden, weil z. B. eine bestimmte Übergangszeit nach einem Krankenhausaufenthalt überbrückt werden muss, können Pflegebedürftige für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen in einem Pflegeheim untergebracht werden. Die Pflegekasse zahlt seit dem **01. Juli 2008** für diese pflegebedingten Kosten jährlich ebenfalls bis zu 1.470 Euro. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige allerdings selbst tragen.

Die Sachleistungsbeträge für die Tages- und Nachtpflege werden bis 2012 ebenso schrittweise angehoben wie die Beiträge für ambulante Sachleistungen. Darüber hinaus wird es zukünftig möglich sein, zusätzlich zum Bezug von Pflegegeld oder Pflegesachleistung, Tages- und Nachtpflegeleistungen bis zu 50% der Sachleistungsbeträge in Anspruch zu nehmen, ohne dass das Pflegegeld oder der Pflegesachleistungsbetrag reduziert wird. Damit erhöht sich der mögliche

Gesamtanspruch auf das 1,5fache des bisherigen Betrages. In der vollstationären Versorgung wurden nur die Leistungen in der Pflegestufe III und der Pflegestufe III in Härtefällen angehoben.Die Vollstationären Leistungen der Pflegestufe I in Höhe von 1.023 Euro und der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 Euro bleiben unverändert.

Pflegestufe	III	III Härtefall
Leistung bisher	1.432 Euro	1.688 Euro
Seit 1. Juli 2008	1.470 Euro	1.750 Euro
Ab 1. Januar 2010	1.510 Euro	1.825 Euro
Ab 1. Januar 2012	1.550 Euro	1.918 Euro

Demenzkranke erhalten auch ohne Pflegestufe ab dem 1.7.2008 einen Betreuungsbetrag bis zu 100 € monatlich (Grundbetrag) bzw. bis zu 200 € (erhöhter Betrag), wenn die Krankenkasse nach Empfehlung durch den medizinischen Dienst einen erheblichen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf feststellt.

Künftig muss die Pflegekasse spätestens innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags auf Pflegebedürftigkeit dem Antragsteller schriftlich das Begutachtungsergebnis in Form eines Bescheides mitgeteilt haben.

Sofern ein pflegender Angehöriger Pflegezeit beantragt hat, muss die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung innerhalb von zwei Wochen erfolgen. Über das Ergebnis der Begutachtung ist der Antragsteller von der Pflegekasse unverzüglich zu informieren. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, im Hospiz oder in ambulanter Palliativversorgung, oder ist während des Klinikaufenthalts ein Antrag auf Pflegezeit gestellt worden, muss die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche erfolgen.

Wer bislang Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen wollte, musste in den letzten zehn Jahren mindestens fünf Jahre als Mitglied versichert oder familienversichert gewesen sein oder der privaten Pflegepflichtversicherung angehören. Diese Vorversicherungszeit ist im Rahmen der Pflegereform auf zwei Jahre verkürzt worden.

Für Pflegepersonen, die wenigstens 14 Stunden wöchentlich eine pflegebedürftige Person pflegen und darüber hinaus nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind, entrichten die Pflegekassen Beiträge an den zuständigen Rentenversicherungsträger. Nunmehr übernehmen die Pflegekassen die Rentenversicherungsbeiträge auch für die Dauer eines Urlaubs, so dass Pflegepersonen auch für diese Zeit ihren Rentenanspruch behalten.

Nahe Angehörige, die Pflegebedürftige zuhause versorgen, können seit dem 1. Juli 2008 Pflegezeit in Anspruch nehmen. Das bedeutet, sie können sich für die Dauer von bis zu sechs Monaten ohne Gehaltszahlung von der Arbeit freistellen lassen, sofern der Betrieb mehr als 15 Personen beschäftigt.

Nahe Angehörige sind z. B. Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner oder Kinder. In dieser Zeit sind die Beschäftigten weiterhin sozial versichert. Die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen gezahlt, wenn die Pflegeperson mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt.
Etwas anders sieht es mit dem Kranken- und Pflegeversicherungsschutz aus. Dieser bleibt während der Pflegezeit erhalten, sofern die Pflegeperson familienversichert ist. Besteht eine solche Familienversicherung nicht bzw. ist eine solche nicht möglich, muss sich der pflegende Angehörige freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und hierfür den Mindestbeitrag entrichten. Die Krankenversicherung führt automatisch auch zur Absicherung in der Pflegeversicherung. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag in der Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegekasse übernommen.

Daneben besteht nun für Akutsituationen, in denen nahe Angehörige eine bedarfsgerechte Pflege zügig organisieren und sicherstellen müssen, ein Anspruch auf kurzzeitige, unentgeltliche Freistellung von der Arbeit für bis zu 10 Arbeitstage, die so genannte kurzzeitige Arbeitsverhinderung. Auch in dieser Zeit ist der Versicherte sozial versichert. Dieser Anspruch besteht unabhängig von der Betriebsgröße des Arbeitgebers. Von der Zeit der Ankündigung bis zur Beendigung der Pflegezeit oder der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung genießen Beschäftigte Kündigungsschutz.

Nachbarn, Wohngemeinschaften oder Bewohner betreuter Wohnanlagen können ihre Ansprüche auf Pflege und auf hauswirtschaftliche Versorgung bündeln und dadurch flexibler gestalten (Poolen von Leistungen). Werden die Leistungen gemeinsam bestellt, können die zur Verfügung stehenden Betreuungsleistungen effektiver genutzt werden. Das bringt mehr Zeit und Zuwendung, und soll außerdem der Förderung alternativer Wohnformen dienen. Die Pflegekasse muss hierfür entsprechende Verträge mit den ambulanten Pflegediensten abschließen, so dass auf die Möglichkeit der Bündelung von Leistungen zugegriffen werden kann. Bis 2010 sollen alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen mindestens einmal durch den MDK der Krankenversicherungen oder durch von den Pflegekassen bestellte Sachverständige geprüft worden sein. Ab 2011 soll dann eine regelmäßige

Prüfung der Einrichtungen im Abstand von höchstens einem Jahr erfolgen und zwar grundsätzlich unangemeldet. Bisher erfolgte eine Prüfung höchstens alle 5 Jahre.

Da bisher ein Vergleich der Leistungen und der Qualität von Pflegeeinrichtungen nicht möglich war, was den Betroffenen die Auswahl eines Anbieters erschwert, sollen ab 01. Januar 2009 die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität auf der Basis der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) kostenfrei veröffentlicht werden. Dies soll in einer verständlichen, übersichtlichen, transparenten und vergleichbaren Form (bundesweiter Qualitätsstandard = Zensuren) im Internet geschehen. Der Schwerpunkt der Qualitätsprüfungen soll auf den Pflegezustand und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen liegen. In den Pflegeeinrichtungen muss das Datum der letzten MDK Prüfung sowie die Zusammenfassung der Prüfergebnisse gut sichtbar ausgehängt werden.

Um die ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen zu verbessern, bekommen diese das Recht, eigene Ärzte fest angestellt zu beschäftigen. Die freie Arztwahl bleibt aber erhalten.

Umwelt

Ab Juni 2009 dürfen beispielsweise keine quecksilberhaltigen Blutdruckmessgeräte und Thermometer mehr verwendet werden. Das gilt ab Oktober auch für quecksilberhaltige Barometer. Quecksilber ist eine gesundheitsschädliche giftige Substanz. Im Haushalt vorhandene, quecksilberhaltige Messinstrumente sollten zu Apotheken oder Schadstoffsammelstellen zurückgebracht werden, keinesfalls im Hausmüll entsorgt werden.
Wer bis zum 30. Juni 2009 ein umweltfreundliches Auto (Abgasnorm 4) kauft, wird 1 Jahr von der Kfz Steuer befreit. Erfüllt das Fahrzeug die Abgasnorm 5 oder 6 verlängert sich die Steuerbefreiung auf 2 Jahre. Zusätzlich wird im Rahmen des Konjunkturpaketes bei Kauf eines umweltfreundlichen Neuwagens eine Abwrackprämie für mindestens 9 Jahre alte Autos in Höhe von 2.500 € gezahlt.

Brigitte Sakuth

(Quelle Verbraucherzentrale, Bundesministerium für Gesundheit, AOK)

Hoch im Norden...

Der Name, den sich die Selbsthilfegruppe unter dem Dach der Deutschen Emphysemgruppe e.V. für das Gebiet um Varel / Wilhelmshaven gegeben hat, klingt fröhlich:

„ LUFTIKUSS“

So meinen auch übereinstimmend unser Mitglied und Gruppensprecher Günter Tepper wie auch Erika Kroll, die für das Administrative da ist „Wir sind durch unsere Krankheit doch genug geplagt, da wollten wir unserer Gruppe doch wenigstens einen aufmunternden Namen geben.“

AuchGeselligkeit bei deftigem Kohlessen gehört dazu

In den nunmehr sieben Jahren, in denen diese Gruppe besteht, wird auch alles das was eine Selbsthilfegruppe so auszeichnen sollte, praktiziert.
Ein reger Gedankenaustausch findet nicht nur bei den regelmäßigen Treffen statt. Auch über eine Telefonhotline wird in akuten Fällen Hilfe untereinander gegeben.

Es versteht sich fast von selbst, daß der Lungensport zu solch einer aktiven Gruppe gehört wie die Butter zum Brot. Unter der fachkundigen Leitung von Physiotherapeutin Jutta Bakenhus-Papen trainieren jede Woche die Mitglieder, um ihre Mobilität so gut wie möglich zu erhalten und erlernen auch Atemtechniken.

Es kann auf ein vielfältiges aktives Gruppenleben verwiesen werden. Ob nun die Lungenfachärztin Frau Dr. Heike von Bohlen aus Wilhelmshaven zu einem Patienten- Infotag eingeladen wurde, oder ob man mit einem Infostand am „Friesischer Selbsthilfe Tag „ auch die Fahne der DEG zeigte, die Liste könnte leicht erweitert werden.

In den zurückliegenden Jahren wurde ständig Anteil an den Veranstaltungen der DEG genommen. Man war mit einer Abordnung auf der Weser -Tour wie auch auf der Rheinfahrt vertreten. Delmenhorst, Bad Harzburg und Berlin gehören auch dazu.

Hartmut Domagala

SHG LUFTIKUSS
Für Varel / Wilhelmshaven;
den Jadebusen und der Nordseeküste

Ansprechpartner:
Günter Tepper - Tel: 04451 - 6292
Erika Kroll - 04421 - 53395

Lungensport:
Physiotherapeutin
Jutta Bakenhus-Papen
Tel: 04451 - 950453

Treffen: Jeden 1. Mittwoch im Monat 17.00 bis 19.00 Uhr in den Räumen des Paritätischen, 26316 Varel - Langendamm, Zum Jadebusen 12

Buchbesprechung

Da hilft nur Leben

„Wie chronische Krankheite zur Chance werden können."

Autor: Lars Baus
ISBN 978-3-86612-165-2

Der Autor Lars Baus, selbst von chronischen Erkrankungen betroffen, plädiert dafür, sich mit seiner Krankheit zu verbünden, die Chance zu erkennen und zu nutzen, trotz vieler Einschränkungen die Möglichkeiten neuer Lebensperspektiven zu entdecken. Lars Baus hatt in diesem Buch seine eigenen Erkrankungen, seine damit einhergehenden Erfahrungen, Recherchen und Erkenntnisse zu einem Ratgeber für chronisch kranke Menschen zusammengefasst. Er kommt zu der Erkenntnis, das Erkrankte ihr gesamtes Denken, Fühlen und Handeln überprüfen, vielleicht ganz und gar umkrempeln müssen, um aus der Defensive herauszukommen.
„Wir entwickeln auf einmal Fähigkeiten und nehmen Chancen wahr, die wir ohne diese Krise wahrscheinlich nie entdeckt hätten."
Es geht nicht um spezielle Erkrankungen und es wird keine symptomorientierte Hilfe geboten. Was zählt, ist allein die Bewältigung des ganz normalen Alltags, der infolge der Diagnose zum Teil einschneidenden Veränderungen unterworfen ist, und der Umgang mit der Krankheit. Das entstandene Gefühlschaos aus Trauer, Frust, Wut, Angst und Machtlosigkeit, das sich in aggressivem Verhalten gegenüber der Umwelt äußern kann, ist eine normale Reaktion. Diese Energie ist zu nutzen, um die Krankheit zu verstehen, sie als Chance für etwas Neues zu begreifen, seinen Körper und dessen Signale immer besser kennen zu lernen. Aufgebaut ist der Ratgeber so, dass Leserin/Leser neben der Behandlung durch den Arzt Anregungen erhalten, eigenverantwortlich etwas für Wohlbefinden und bessere Lebensqualität zu tun. Die Fragen zur Selbstreflexion sollen anregen, eigene Antworten zu finden, es empfiehlt sich, dies schriftlich zu tun. Auf diese Weise werden die eigenen Einstellungen und Gefühle deutlicher bewusst, so dass eine positive Auseinandersetzung mit der Erkrankung einfacher wird.
Besonders hinzuweisen ist auf den praktischen Teil des Buches, dort sind viele sinnvolle Vorschläge zur Entspannung und Regeneration, sowie heilsame und wohltuende Übungen beschrieben, sicher wird dort Jeder das für ihn Richtige finden können.
Der Ratgeber ist gut verständlich, es ist spürbar, dass der Autor weiß, wovon er schreibt. Die Lektüre macht Mut und vermittelt Hoffnung und das gute Gefühl, sein Schicksal zu großen Teilen wieder selbst in die Hand nehmen zu können.
H. Schwick

Gehtraining

COPD-Kranke bleiben fit durch regelmäßiges Gehtraining

Immer wieder erwähnen Patienten, die Rehamaßnahme sei zwar erfolgreich gewesen, Ihre Fitness um einiges besser geworden, leider sei davon nach nur wenigen Wochen nichts mehr zu merken.

Das muss nicht so sein. Eine kleine aktuelle Studie aus Hamburg, geleitet von Dr. Marcel du Moulin (Uniklinik Hamburg Eppendorf) belegt, dass durch dreimal 15 Minuten tägliches Gehtraining die in der Reha erworbene Leistung erhalten werden kann.

Da ambulante Lungensportgruppen nach wie vor für viele Patienten nicht erreichbar sind, bietet die genannte Maßnahme des häuslichen Trainings eine gute Alternative.

Untersucht wurden 20 Personen mit mittelschwerer COPD, von denen 10 nach dreiwöchiger ambulanter Reha dazu angehalten wurden, 3 mal täglich 125 Prozent der zum Schluss der Reha gemessenen 6-Minuten-Gehstrecke zügig zu gehen. Beispiel: Betrug die Strecke 500 mtr., sollte der Patient 3 mal täglich 625 Meter gehen, oder auch die ganze Strecke am Stück. Die Testpersonen wurden alle 4 Wochen telefonisch zu dem Training motiviert, während die anderen 10 Patienten ihr normales Leben wieder aufnahmen.

Nach sechs Monaten hatte sich in der Trainingsgruppe die 6-Min. Gehstrecke von zu Beginn 511 Meter auf 545 Meter erhöht, während sie in der Kontrollgruppe von anfangs 465 auf 454 Meter abgenommen hatte. Die deutlichen Verbesserungen waren auch an der verbesserten Lungenfunktion erkennbar. Der FEV1-Wert, anfangs der Studie bei 59 Prozent, betrug nach 6 monatigem Training 65 Prozent im Mittel, bei der Kontrollgruppe fiel der Wert von 63 auf 54 Prozent.
H. Schwick

Medizinisches Wörterbuch der Pneumologie

Teil 6 - Buchstabe T

Tachykardie
Beschleunigte Herztätigkeit über 100 Schläge in der Minute (normal 60-80).

Tachypnoe
Beschleunigte Atmung

TaiChi
Altchinesisches Körper- und Geistestraining, das der Sammlung und Entspannung sowie der Kräftigung dient.

Tetrazykline
Sammelbegriff für bestimmte Antibiotika mit einem breiten Wirkungsfeld

Terbutalin
Betamimetikum bzw. Adrenergikum oder Sympathomimetikum, das bronchialerweiternd wirkt. Gibt es als Pulverinhalator oder als langwirksame Retard-Tablette.

Theophyllin
Wirkt entspannend auf die Bronchien und die Bronchialmuskulatur. Stimuliert das zentrale Nervensystem und ist chemisch dem Koffein/Teein verwandt. Gehört zur Gruppe der Methylanthine (Asthmamittel).

Theophillinspiegel
Gibt die Theophillinkonzentration im Blut an. Eine bronchialerweiternde Wirkung wird nur bei einem bestimmten Wirkstoffspiegel im Blut erreicht.

Thorax
Brustkorb

Thoraxatmung
Äußere Atmung mit Heben und Senken des Brustkorbes.

Tiotropiumbromid
Pulverinhalation, die zu den Anticholinergika gehört.

Tonnenbrust=Fassthorax
Durch ein Emphysem fassförmig veränderter Brustkorb

Tomographie
Spezielles Schichtaufnahmeverfahren, mit dem beispielsweise präzise die Lage von Tumoren festgestellt werden kann.

Topische Therapie = örtlich
z.B. ein Spray, das direkt an der Stelle des Körpers wirkt (Bronchien, Lunge), der behandelt werden soll.

Totalkapazität
Gesamtfassungsvermögen der Lunge..

Toxisch
Giftig

Trachea
Luftröhre

Tracheobronchitis
Entzündung der Luftröhre und der Bronchien.

Tracheotomie
Luftröhrenschnitt zur Erleichterung der Atmung

Transfusion
Blutübertragung

Treibgas
Gas innerhalb eines Dosieraerosols. Es darf kein FCKW mehr enthalten.

Transplantat
Zellen, Gewebe oder Organe, die in einem fremden oder auch innerhalb des eigenen Körpers verpflanzt werden.

Transplantation
Verpflanzung von Zellen, Geweben und Organen.

Tremor
Zittern

Trigger
Auslöser, auslösender Mechanismus oder Substanz, die einen Prozess in Gang setzt.

Trommelschlegelfinger
Aufgetriebene, stark verdickte Fingerspitzen, meist mit Uhrglasnägeln, die auf eine unzureichende Sauerstoffversorgung hinweisen.

Tuberkulose
Ansteckende Infektionskrankheit durch Tuberkulosebakterien; meldepflichtig.

Tulobuterol
Ist als Retard -Tablette im Handel, gehört zur Gruppe der Betamimetika/Adrenergika/Betasympatometika

Tumor
Geschwulst, Gewebeneubildung. Man unterscheidet gutartige (benigne) und bösartige (maligne) Tumore.

Tumormarker
Substanzen, deren Vorhandensein im Körper auf die Existenz von bösartigen Geschwulsten hinweist.

Turbohaler
Gerät zur Pulverinhalation

In stillem Gedenken

nehmen wir Abschied von unseren im Jahre 2008 verstorbenen Mitgliedern

Trost in schweren Stunden
(Dietrich Bonhoeffer)

Je schöner und voller die Erinnerung,
desto schwerer ist die Trennung.
Aber die Dankbarkeit verwandelt die
Qual der Erinnerung in eine stille Freude.
Man trägt das vergangene Schöne nicht
wie einen Stachel, sondern wie ein
kostbares Geschenk in sich

Ernst Dieter Heinert
Waltraud Nesselhauf
Hildegard Oertl
Uwe Olffers
Monika Seitz
Elfriede Cordes
Gerda Deisl
Ruth Bauermann
Monika Mützelburg
Ute Hellberg
Ursula Wasnetsky
Konrad Waddey
Hans Peter Harksen
Wilfried Schmidt
Waltraud Schiffer
Emil Benzler
Gerda Hiller
Hans Peter Prinz
Reingard Lauterkorn
Manfred Walla
Josef Leiacker
Käthe Basler
Rolf Jahns
Herbert Petereit

Die Deutsche Emphysemgruppe e.V. trauert um ihr Ehrenmitglied

Rudolf Geerts

Mit stiller Trauer nahm der Verein die Nachricht über den Tod seines Gründungs- und Ehrenmitgliedes Rudolf Geerts auf. Er verstarb nach langer schwerer, mit unendlicher Geduld ertragener Krankheit am 8. Januar im Alter von 73 Jahren.
Herr Geerts, der unter dem Gendefekt Alpha 1-Antitrypsinmangel litt, hat sich in hohem Maße verdient gemacht um das Bekanntwerden dieser seltenen Erbkrankheit. So gründete er in Zusammenarbeit mit der Ruhrlandklinik in Essen am 22. April 1995 ein bundesweites Selbsthilfegruppennetzwerk, eingeteilt in Bezirke mit jeweils einer Ansprechperson, die den Kontakt zu den anderen Gruppen herstellte. Auf diese Weise war es möglich, Informationen und Erfahrungen auszutauschen und Aktivitäten koordinieren.
1998 war Rudolf Geerts maßgeblich an der Gründung der Deutschen Emphysemgruppe e.V. beteiligt, da er davon überzeugt war, dass ein Verein auf Dauer einen größeren Aktionsspielraum hatte. Er war Schriftführer unseres Vereins, bis sein Gesundheitszustand längere Reisen nicht mehr zuließ, blieb aber als Koordinator für die Alphaselbsthilfegruppen und als Leiter der Selbsthilfegruppe Bezirk Niederrhein weiterhin tätig.
Im Jahre 2006 übergab er sein Amt als Koordinator der „Alphas“ an Herrn Berthold Kreth, 2. Vorsitzender der DEG, weiter. Während der traditionellen Alpha-Informationsveranstaltung in der Ruhrlandklinik wurde Herr Geerts zum Ehrenmitglied des Vereins ernannt.
Trotz schwerer eigener Erkrankung war Herr Geerts als Ansprechpartner immer präsent, hilfsbereit und interessiert. Seine nie nachlassenden jahrelangen Bemühungen betreffend Bekanntmachung, Forschung und Therapie haben in hohem Maße dazu beigetragen, dass diese Erkrankung sehr viel früher als noch vor 15 Jahren erkannt und behandelt werden kann.

Seiner Frau Maria Geerts und seinen Söhnen mit ihren Familien gilt unser Herzliches Beileid.
Die Deutsche Emphysemgruppe und besonders unsere „Alphas“ danken Herrn Rudolf Geerts für seine unermüdliche Arbeit und werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Braunschweig, 2009
Heide Schwick
Vorsitzende

Impressum
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
BLZ 241 512 35
Konto-Nr. 27 30 80 30

Redaktion und Layout
Kurt Samsel
Petra Objartel

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die mit Namen gekennzeichneten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Redaktion behält sich vor, Berichte und Artikel den Erfordernissen entsprechend zu kürzen und zu überarbeiten.

Bildnachweise:
Geldscheine: knipseline, pixelio.de
Versicherungsgebäude: nilob, SXC.hu
Steinfigur: raflowers, sxc.hu
Engel mit Rose: goenz, aboutpixel.de
Holzfiguren: sparkie, pixelio.de
Walkerin, Jürgen Heimerl, pixelio.de
Titelbild: Kurt Samsel
Alle anderen: DEG

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.

O als Normalmitglied (Mindestbeitrag: 20,00€ pro Jahr)

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

O Ich will mehr als den Mindestbeitrag entrichten, nämlich _____€ pro Jahr, aber als Normalmitglied.

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

O Ich beantrage Beitragsbefreiung - Grund: _____
_____

O 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 Rothenburg-Bremervörde. BLZ 241 512 35, Konto-Nr. 27 30 80 30