atem wege

Deutsche Emphysemgruppe e.V.

Die Zeitschrift der Deutschen Emphysemgruppe e.V. Ausgabe 1/2011

Patienten-Infotag in Braunschweig

ab Seite 5

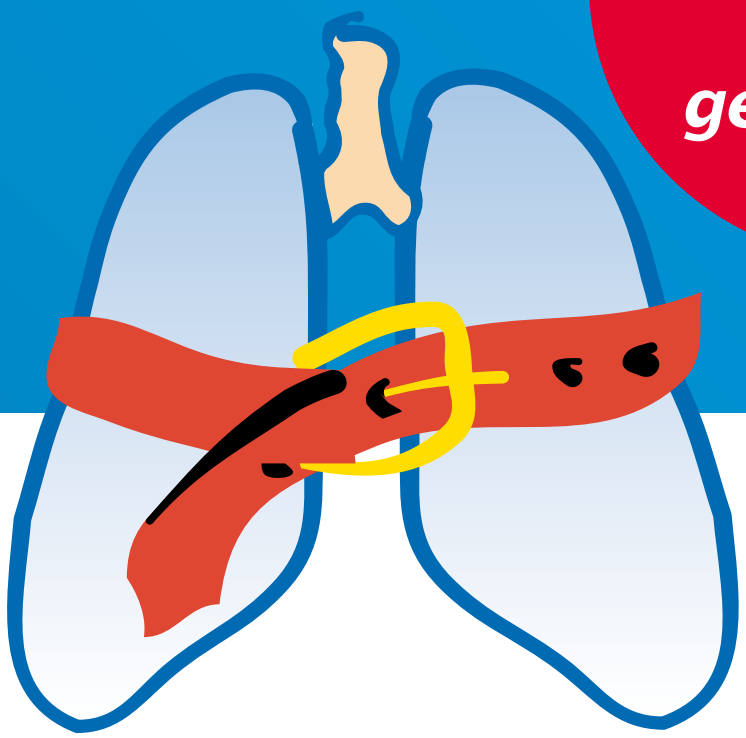
Infoveranstaltung Uphusen
Viele Mitglieder, Interessierte und Besucher waren gekommen.
Seite 14

Die Tiefenatmung
Schnell und sicher in die Tiefenatmung
Seite 20

Eingebildete Allergiker?
Jeder 5. Deutsche glaubt, er habe eine Allergie.
Seite 24

Alpha-1-Antitrypsin-Mangel

Schon getestet?



- Alpha-1-Antitrypsin-Mangel kommt ähnlich häufig vor wie Mukoviszidose.
- Alpha-1-Antitrypsin-Mangel ist eine vererbbare Erkrankung.
- Alpha-1-Antitrypsin-Mangel verbirgt sich häufig hinter einer COPD und kann ein Lungenemphysem verursachen.

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.alpha-1-info.com

Alpha-1-Center

Die regionalen Partner für Arzt und Patient

AlphaKit®

Test auf Alpha-1-Antitrypsin-Mangel

Talecris BIOTHERAPEUTICS

Talecris Biotherapeutics GmbH · Lyoner Straße 15
D-60528 Frankfurt am Main · Telefon 069 - 660 593-100

PRO096D0310

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

Wissen Sie noch, was Sie am Wochenende des 12. und 13. März gemacht haben? An diesem Wochenende war es erstmals um 15 Grad, also eine Temperatur, bei der man als Lungenkranker mal nicht um das letzte bisschen Luft kämpfen musste, der eisige Wind einen nicht in die Knie zwang.
Als ich heute Morgen die Braunschweiger Zeitung aufschlug, zogen als erstes die Fotos von Menschen, die - allerdings noch dick eingepackt – im Straßencafe saßen, meine Blicke an.
Unter einem Foto mit bunten Blumen stand ein wunderschönes Gedicht von Ina Seidel, dass die Stimmung des Tages wiedergab.

Durch die frühe Dämmerung
Geh ich ganz in Träumen hin,
Und ich weiß es nicht, warum
Ich so still und selig bin,
Dass mein Herz ganz hold und leicht
Wie ein Veilchenstrauß sich trägt -
Plötzlich überkommt es mich:
Horch, die erste Amsel schlägt ...

Es drückt aus, was viele Menschen nach dem viel zu langen kalten Winter fühlen –Hoffnung, dass es wieder aufwärts geht, auf Wärme, Leben, mehr Gesundheit, der Wunsch, wieder hinaus gehen zu können, die Seele und die Muskeln zu stärken.

Allerdings kann es sein, dass für einige Menschen das „endlich wieder hinaus gehen“ einen bitteren Beigeschmack hat. Sie leiden unter Niesanfällen, Augenjucken, Fließschnupfen und weiteren ähnlichen Symptomen. Die wiederkehrenden Infekte der Wintermonate werden abgelöst durch den Heuschnupfen, eine häufig vorkommende allergische Erkrankung, die auf einer Überempfindlichkeit gegen die Eiweiße bestimmter Pollen zurück zu führen ist.
Während Bäume und Gräser zu blühen beginnen, einige sehr früh im Jahr, wie Erlen, Weiden und Hasel, gelangen die Pollen in die Luft und rufen Reaktionen der Schleimhäute in den Atemwegen hervor. Fragen Sie Ihren Lungenfacharzt, wenn es Ihnen in dieser Jahreszeit plötzlich schlechter geht und Sie Probleme mit der Atmung bekommen.

Ich wünsche Ihnen einen wunderschönen Frühsommer,

Herzlichst Ihre

Lesen Sie in dieser Ausgabe:

In eigener Sache 4
Informationsveranstaltung in Braunschweig 5
Psychischen Grundbedürfnisse u. (Lungen-)Gesundheit. 10
Buchbesprechung 11
Wie die Faust aufs … Patienteninfo über Grippe 12
„…aus der Rechtsprechung – Gerichtsurteile“ 13
Vortragsveranstaltung in Uphusen 14
Gesetzesänderungen im Gesundheitswesen 16
Unser Immunsystem – Hüter der Gesundheit 18
Erwerbsminderungsrenten 19
Schnell und sicher in die Tiefenatmung 20
Kündigung bei Krankheit 21
Wir in der Presse 22
Lexikon: Lebensmittelunverträglichkeit 23
Eingebildete Allergiker? 24
Eine Zugfahrt durch Italien 26

In eigener Sache

Mailingliste:
Seit einigen Monaten haben wir für Sie eine Mailingliste eingerichtet, die den Erfahrungsaustausch untereinander vereinfachen und uns die Arbeit ein wenig erleichtern soll.

An dieser Stelle nochmal eine Erklärung zur Funktion. Jeder Teilnehmer und jede Teilnehmerin der Verteilerliste kann seine/ihre Fragen, Informationen, Antworten auf die Fragen anderer usw. an die e-Mail-Adresse der Mailingliste schicken und alles wird automatisch an alle anderen TeilnehmerInnen weiterversendet. Wem der z.T. umfangreiche e-Mailverkehr zu viel wird, kann sich für eine einmalige Postzustellung (Sammelmail) am Tag eintragen lassen. Dann bleibt sein/ihr Postfach übersichtlich und trotzdem gehen keine Informationen für ihn/sie verloren. Der Zugang zur Mailingliste ist über unsere Homepage www.emphysem.de möglich. Wir freuen uns, wenn das Angebot von Ihnen angenommen und genutzt wird. Je mehr LeserInnen sich beteiligen, Fragen stellen und Antworten geben, desto fruchtbarer kann das insgesamt sein. Mitglieder der DEG, die uns ihre e-Mailadresse im Aufnahmeantrag mitgeteilt haben, wurden bereits an diesem Rundbriefsystem angemeldet.

Forum:
Eine dringende Bitte an alle, die im Forum unter http://www.netzwerk-lunge.org/ oder über die Homepage www.emphysem.de – Forum - Informationen austauschen oder Beiträge verfassen, bitte veröffentlichen Sie nicht ausschließlich hier wichtige Änderungen, die das jeweilige Mitglied betreffen (z.B. Todesfall). Denken Sie auch daran, dass solche Informationen immer dem Vorstand direkt schriftlich mitgeteilt werden sollen.

Sprechzeiten:
Weiterhin bitte ich dringend darum, sich an die bekannten Sprechzeiten der einzelnen AnsprechpartnerInnen (auf der entsprechenden Seite der Homepage und im Flyer) zu halten, und, falls sich der Anrufbeantworter einschaltet, Name und Telefonnummer zu hinterlassen, damit wir zurückrufen können. Wochenenden und Abende, sowie morgendliche Zeiten bis 11 Uhr bitte ich möglichst auszusparen.

Adressenänderungen und anderes:
Um Zeit und Geld zu sparen und Ärger möglichst ganz zu vermeiden, teilen Sie uns bitte neue Adressen, Telefonnummern, Emailadressen und Bankdaten mit. Bitte wählen Sie das Bankeinzugsverfahren, damit wird unserem Kassenwart Hartmut Domagala die Arbeit wesentlich erleichtert. Wichtig für uns wäre auch eine kurze Mitteilung über das Versterben eines Mitgliedes.

Atemwege und Homepage:
Auch Sie, liebe Mitglieder, können aktiv an der Gestaltung der „atemwege" und unserer Homepage teilnehmen. Wir freuen uns über jeden Artikel und Leserbrief, die wir dann ggf. an geeigneter Stelle veröffentlichen wollen. Schicken Sie uns Ihren Beitrag entweder

per Post an:
Deutsche Emphysemgruppe e.V.
Heide Schwick
Steinbrecherstr. 9
38106 Braunschweig

oder per E-Mail an: **deg@emphysem.de**

Informationsveranstaltung in Braunschweig

Am 23. Oktober 2010 fand in Braunschweig im Mercure Hotel Atrium wieder eine Informationsveranstaltung der DEG mit einer Medizinausstellung vor Ort statt. Herr Becker von der Firma Omron stellte ein kleines Inhalationsgerät, das Omron MicroAIR U22 für die Reise vor. Es wird mit Batterien betrieben und kann in allen Positionen, also auch im Liegen betrieben werden. Es arbeitet geräuschlos und vernebelt bis zum letzten Tropfen. Außerdem konnten die Teilnehmer ihren Blutdruck messen lassen. Frau Löffler vom Sanitätshaus Hempel aus Braunschweig führte verschiedene mobile Sauerstoffgeräte vor und lieferte auch den Flüssigsauerstoff für die TeilnehmerInnen der Veranstaltung. Herr Wellmeier von der Firma Sanimed stellte einen Homefill Konzentrator vor, mit dem man Gasflaschen selber füllen kann, informierte über Reha-Technik, Homecare und Medizintechnik. Es konnten verschiedene Pulsoxymeter zur Sauerstoffmessung ausprobiert werden. Von den Physiotherapeuten Frau Johanna Pomykai und Frau Dörte Borns wurden in der Pause einfache Atemübungen zum Mitmachen und zur Auflockerung vorgeführt, ferner informierten sie über den Einsatz von Hilfsmitteln im Rahmen der Atemtherapie. Die Firma Talecris hielt Informationsmaterial über Alpha-1-Antitrypsin-Mangel bereit.

Nach der Begrüßung durch die 1. Vorsitzende Frau Heide Schwick begannen die Referenten mit ihren Vorträgen. Die Fragen der TeilnehmerInnen wurden ausführlich beantwortet. In der Pause lud die DEG alle TeilnehmerInnen zu einem Mittagessen ein.

Zum Schluss der Veranstaltung las Frau Hedwig Kleineheismann einige Passagen aus ihrem Buch „Mein Kind soll Leben“ vor. In dieser Autobiographie geht es um ihre mehrfach behindert geborene Tochter Claudia, deren Leben nur durch eine Herz- und Lungentransplantation gerettet werden konnte. In bewegenden Worten wird der Kampf der Mutter um das Leben ihres Kindes geschildert und für die Bereitschaft zur Organspende geworben.

COPD und Begleiterkrankungen

von OA Dr. med. Klaus Beck,
St. Vinzenz Krankenhaus Braunschweig.

Definition der COPD

Der Begriff stammt aus dem Englischen und heißt übersetzt: chronisch-obstruktive Lungenerkrankung. Es sind damit alle Erkrankungen gemeint, die mit einer Verengung der Atemwege (Bronchialobstruktion) einhergehen und nicht wie beim Asthma vollständig, sondern maximal zu 15% reversibel sind. COPD ist eine chronisch fortschreitende (progredient) Erkrankung. Die Ursache ist eine Entzündungsreaktion auf toxische Stoffe (z.B. Tabakrauch). Es gibt zwei unterschiedliche Krankheitsformen, das Lungenemphysem und die chronische Bronchitis. In vielen Fällen hat der Patient allerdings eine Mischform. Das Krankheitsbild wird in zwei Varianten aufgeteilt, wobei in den meisten Fällen Mischformen vorhanden sind.

Dr. Beck

Der „pink puffer“-Patient ist sehr dünn und hat überwiegend ein Lungenemphysem, das durch die Entzündung in den kleinen Bronchiolen und Alveolen entsteht, die dadurch im Laufe der Zeit zu Grunde gehen (Bronchialkollaps). Das Hauptmerkmal ist die Luftnot. Er hat wenig Husten und noch lange ausreichende Sauerstoffwerte. Das Atemgeräusch ist leise. Stauungsödeme sind nur wenig vorhanden.

Beim „blue bloater“-Patient schimmert die Haut leicht bläulich (Zyanose). Sein Hauptmerkmal ist die chronische Bronchitis mit viel Husten und Auswurf, die durch die Entzündung der größeren Bronchien entsteht. Er ist ziemlich korpulent bis adipös und hat ausgeprägte Ödeme. Häufig leiden die „blue bloater“-Patienten an einer alveolaren Hypoventilation, d.h. diese Patienten atmen nicht mehr so stark. Als mögliche Ursache wird die Entlastung der Atempumpe vermutet. Der Anstieg der Hämoglobinwerte und des CO^2 Gehaltes kompensiert die Atemarbeit. Bei einem Zwerchfellhochstand drückt die Lunge nach oben (Restriktion), was zu zusätzlicher Atemnot führt. Übergewichtige Patienten haben oft auch eine Schlafapnoe. Eine weitere Theorie besagt, dass eine Leptin Resistenz evtl. zu der verringerten Atemarbeit führen kann. Leptin ist ein Hormon, das in den Fettzellen gebildet wird und eigentlich dazu führt, dass der Appetit vermindert und der Stoffwechsel und die Atmung angeregt wird. Dadurch will sich der Körper vor Übergewicht schützen. Isst man regelmäßig zu viel, wird dauerhaft zuviel Leptin gebildet, der Körper gewöhnt sich an den erhöhten Leptinspiegel und es kommt zu einer Leptin-Resistenz, die CO^2 Werte steigen und die Atemfrequenz verringert sich. Im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit kommt es auch zu überhöhten pulmonalen Druckwerten.

Ursache von Begleit- und Folgeerkrankungen bei COPD

Die Hauptursache für COPD ist das Einatmen von Toxinen, meistens Zigarettenrauch. Dieses Toxin löst nicht nur in den Bronchien, sondern im ganzen Körper Entzündungen aus. Deshalb wird die COPD heute auch als systemische Erkrankung bezeichnet. Durch das Rauchen kann eine Arteriosklerose (Gefäßverkalkung) verstärkt, Osteoporose, Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Schleimhautentzündung im Mund und Speiseröhre und Diabetes gefördert und die Sexualfunktion vermindert werden.

Bei der COPD können durch die systemischen Entzündungen und die verminderte Sauerstoffversorgung in verschiedenen Lungenabschnitten Gefäßveränderungen in der Lunge auftreten, was zu erhöhtem Druck in den Lungengefäßen führt (pulmonal arterielle Hypertonie). Das führt dann wiederum zur Belastung für das rechte Herz, welches das Blut durch die Lunge pumpt. Es entsteht das „cor pulmonale“,

die Rechtsherzschwäche, die auch sekundär zu einer Linksherzinsuffizienz führen kann. Herzrhythmusstörungen (Tachykardie) treten häufig durch die notwendigen Bronchienerweiternden Medikamente auf. Osteoporose kann durch die systemische Entzündung, Immobilität und Cortisongaben entstehen.

Durch die chronische Entzündung kann es zu einem Sekretstau kommen, Bakterien nisten sich ein und führen häufig zu Lungenentzündungen. Bei Zerstörung der Bronchialwand (Restriktion) bilden sich Aussackungen (Bronchieektasen). Im fortgeschrittenen Stadium der COPD wird der Patient zunehmend immobil, was eine Lungenembolie auslösen kann.

Unter gastroösophagialer Reflux (Magensäurerückfluss in die Speiseröhre) leiden 60% der COPD Patienten, was zu häufigem Husten und Infektexazerbationen führen kann. Allerdings braucht nicht jeder Patient Protonen-Pumpen-Blocker (Säureblocker) zu nehmen. Diabetes wird durch Übergewicht, Cortison und Rauchen gefördert, deshalb sind auch häufig Patienten mit COPD davon betroffen.

Bei den „blue bloater"-Patienten entsteht in einigen Fällen durch Überernährung und Bewegungsmangel das metabolische Syndrom, was zu erhöhten Cholesterinwerten, arterieller Hypertonie und Diabetes führt. Der „pink puffer"-Patient ist stark untergewichtig (Kachexie), da für die erhöhte Atemarbeit sehr viel Energie verbraucht wird und der Muskelabbau beschleunigt wird. Die Atemnot erschwert die Ernährung und den Verdauungsprozess. Eine Ernährungstherapie und Muskelaufbau können in beiden Fällen hilfreich sein.

Herr Dr. Beck schloss mit einem Zitat von Theodor Fontane:

„Je freier man atmet, je mehr lebt man"

Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Krankheitsverlauf und auf therapeutischer Ebene bei A1-ATM und COPD

von OA Dr. med. Thomas Köhnlein,
Klinik für Pneumologie der MHH

Dr. Köhnlein

Im Gegensatz zu der COPD, von der in Deutschland geschätzt ca.4 Millionen Menschen (7,6% der Gesamtbevölkerung) betroffen sind, haben nur geschätzt 12.000 bis 16.000 Menschen einen Alpha1-Antitrypsin-Mangel. Damit gehören sie zu den seltenen Erkrankungen. Während das Rauchen bei COPD die Hauptursache der Erkrankung ist, handelt es sich bei dem Alpha1-Mangel um eine Erbkrankheit, die COPD verursachen kann. Dr. Köhnlein erklärte kurz das System des Gasaustausches über die Alveolen (Lungenbläschen) und den Aufbau unseres Atmungssystems. Die Luft, die wir einatmen, enthält massenhaft Staubteilchen, Bakterien und Viren. Das ist normalerweise für unsere Lunge kein Problem, da sie eine sehr effektive Abwehr besitzt. Unsere Bronchien haben normalerweise einen bestimmten Wandaufbau und Durchmesser, durch den die Luft problemlos hindurchströmt. Bei einer COPD kommt es zu einer Entzündung in diesen Röhren, die Schleimhaut schwillt an und der Durchmesser verringert sich. Kommt dann noch Schleim dazu, kann noch weniger Luft durch diese verengten Röhren strömen. Das Atmen fällt schwer. Durch die ständige Entzündung in den Bronchien werden das benachbarte Lungengewebe und die Lungenbläschen zerstört, die Gasaustauschfläche verringert sich, es entsteht ein Lungenemphysem. Die ersten Symptome bei COPD treten in den meisten Fällen in der zweiten Lebenshälfte zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr auf, während beim Alpha-1-Mangel die Symptome ca. 10 Jahre früher zwischen dem 35. – 40. Lebensjahr beginnen.

In den Alveolen, von denen wir Milliarden besitzen, befinden sich an der Wand Entzündungszellen, die eingeatmete Schadstoffe (neutrophile Elastase) einfangen, umschließen und unschädlich machen. Das passiert bei jedem Atemzug milliardenfach und rettet uns dadurch vor Lungenentzündungen. Um eine neutrophile Elastase unschädlich zu machen, tragen sie in sich gefährliche Chemikalien (Oxidanzien, Proteasen). Die Entzündungszellen arbeiten aber leider sehr unsauber. Sie machen zwar die Schadstoffe unschädlich, aber von ihren Chemikalien (Proteasen), die sie dabei haben, spritzt jede Menge daneben. Das könnte das Organ Lunge schädigen. Deshalb hat die Natur einen Schutzstoff entwickelt, der in der Leber produziert wird. Er heißt Alpha-1-Antitrypsin und fängt die schädlichen Proteasen ab, bevor sie in der Lunge Schaden anrichten können.

Eine einzelne Leberzelle ist wie eine kleine Chemiefabrik. Es gibt einen Bauplan und verschiedene Produktionseinheiten, die bei einem Gesunden genügend Alpha-1-Zellen produzieren, um den Körper zu schützen. Bei einem Alpha-1-Mangel kann es an verschiedenen Stellen dieser „chemischen Fabrik" Probleme geben. Es werden nicht genügend oder nur halbfertige Zellen produziert. Bei einer „Überproduktion halbfertiger Alpha-Zellen können Leberzellen zu Grunde gehen und sich eine Lebererkrankung (Leberfibrose mit Übergang zur Leberzirrhose bei Erwachsenen) entwickeln, vor allem wenn noch weitere Belastungen der Leber (Medikamente, Alkohol, Hepatitis) bestehen.

Es werden außer der Lebererkrankung und der COPD noch andere Erkrankungen mit dem Alpha-1-Mangel in Verbindung gebracht. Dazu zählt die Panniculitis, eine sehr schmerzhafte Hauterkrankung. Sehr selten sind Gelenkrheuma, Nierenerkrankungen, Veränderungen an den Gefäßen und immunologische und Autoimmun-Erkrankungen.

Eine COPD entsteht bei Alpha-1-Antitripsyn-Mangel, weil die gefährlichen Proteasen nicht mehr durch die Alphazellen abgefangen werden und die Lunge schädigen. Es werden zwar noch einige Alpha-Zellen produziert, aber in einer leicht veränderten Variante. Diese schützen aber nicht die Lunge, sondern ketten sich aneinander und lagern sich im Körper ab. Diese großen Molekülverbände heizen Entzündungen in

der Lunge an und verschlimmern die Krankheit. Bei einem rauchenden Alpha 1 – Patienten verkürzt sich die Lebenserwartung um 20 Jahre.

Durch Rauchen kommen chemische Substanzen in die Lunge, gegen die die Entzündungszellen machtlos sind, und die einen Teil des Alpha-1-Antitrypsins vernichten. Durch eine Zigarette können von 100 dieser Schutzmoleküle 40 – 60 inaktiviert werden. Es gibt eine Theorie, dass durch das Rauchen ein künstlicher Alpha-1-Antitrypsinmangel hervorgerufen wird und dadurch eine COPD entsteht.

Um einen Alpha-1-Mangel zu erkennen genügt bei einer einfachen Blutuntersuchung auf dem Laboranforderungsbogen ein zusätzliches Kreuz bei Alpha-1-Antripysin, mit dem eine Spiegelbestimmung gemacht werden kann. Das kostet ca. 1 € zusätzlich. Der Normalwert liegt zwischen 0,9 g/l und 2,5 g/l. Die erforderliche Mindestkonzentration liegt bei 0,8 g/l. Nur wenn der Blutwert darunter liegt, werden genauere, genetische Untersuchungen empfohlen, für die das Einverständnis des Patienten erforderlich ist. Das geschieht mit dem sogenannten „Alpha-kit"-Test, der bei einem Forschungsprojekt der Universität Marburg ausgewertet wird und kostenlos ist. Bei mittelgradiger COPD werden die fehlenden Alpha-1-Moleküle durch eine Substitutionstherapie, die aus menschlichen Blutspenden gewonnen wird, zugeführt. Die Patienten erhalten 1 x wöchentlich eine Infusion mit dem Medikament Prolastin, welches den Abbau der Lungenkapazität verlangsamt.

Die medikamentöse Therapie bei Alpha-1-Patienten und „normalen" COPD-Patienten ist gleich und richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung. Die Einteilung ist weltweit gleich und richtet sich nach der so genannten „Gold"-Klassifikation.

Die wichtigste nicht medikamentöse Maßnahme ist der Rauchverzicht. Außerdem sollten sich Patienten gegen Grippe und Pneumokokken impfen lassen, sich ausgewogen ernähren, Schadstoffe meiden und ein angepasstes körperliches Training durchführen.

Mit diesen Empfehlungen schloss Dr. Köhnlein seinen sehr interessanten Vortrag.

Rehabilitation und Sport bei schwerer Atemwegserkrankung

von Dr. med. Bernd Sczepanski, Schön Klinik Berchtesgadener Land, Schönau am Königssee

Zu den Indikationen für eine pneumologische Reha zählen Patienten mit Asthma bronchiale und COPD, hauptsächlich die Schweregrade III und IV, interstitiellen Lungenerkrankungen, wie die Fibrose, pulmonal arterielle Hypertonie und andere Lungenerkrankungen. Ebenso werden in Schönau Patienten vor und nach einer Lungentransplantation oder Lungenvolumenreduktion und Alpha-1 Patienten betreut

Dr. Sczepanski

Bei der zukünftigen Entwicklung der COPD geht man davon aus, dass im Jahre 2020 weltweit diese Erkrankung an 3. Stelle (1990 an 6. Stelle) nach den Herzerkrankungen und dem Schlaganfall stehen wird. Bei dieser Entwicklung spielen der Tabakkonsum und die Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen eine sehr große Rolle. Bei einer von 2003 bis 2006 durchgeführten Erhebung durch das Robert-Koch-Institut wurde festgestellt, dass jeder 5. Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren regelmäßig raucht. Von den nicht rauchenden Jugendlichen sind 40 % häufig einer Passivrauchbelastung ausgesetzt.
Nach dieser Einführung fasste Dr. Sczepanski noch einmal die Funktion der Atemmechanik zusammen und erklärte die Flusskurve, die beim Emphysem einen deutlichen Knick macht, da die Beweglichkeit des Brustkorbes und des Zwerchfells eingeschränkt sind. Die Atmung selbst wird Gasaustausch genannt und hat als Ziel die Sauerstoffversorgung des Gewebes und die Kohlendioxid-Entsorgung. Normal ist eine Sauerstoffsättigung zwischen 90 und 100%. Aber wie viel Luft benötigt der Mensch im Alltag überhaupt? Dafür wird das Atemminutenvolumen zugrunde gelegt. Mit Atemminutenvolumen (VE) oder Atemzeitvolumen wird das Volumen an Atemluft bezeichnet, das in einer Minute, ein- und wieder ausgeatmet wird. Ein gesunder Erwachsener atmet etwa 12-15-mal pro Minute. Dabei atmet er pro Atemzug ein Atemzugvolumen von 500-700 ml ein. Somit beträgt sein Atemminutenvolumen durchschnittlich acht Liter (13 x 600 ml = 7800 ml).

25 Watt - langsames Gehen, VE = 18 l/min.
50 Watt - schnelles Gehen oder langsames Treppensteigen = 25 l/min.
75 Watt - schnelles Treppensteigen = 32 l/min.
100 Watt - schnelles Treppensteigen, 2 Stufen auf einmal = 32 l/min.
150 Watt - Geländelauf oder mit 20 Watt Fahrrad fahren = 63 l/min.
200 Watt – Schwimmen (50 m/min.) oder Laufen (15 km/h) = 84 l/min.

Um die Leistungsfähigkeit eines Patienten festzustellen, wird ein 6-Minuten-Gehtest gemacht. Die Gehstrecke eines Gesunden beträgt im Schnitt 700 Meter, ein Spitzensportler schafft bis zu 1400 Meter. Bei einer Gehstrecke unter 350 Metern sterben statistisch gesehen 54 % der Patienten innerhalb von 5 Jahren. Beträgt die Gehstrecke unter 250 Metern liegt die Sterberate innerhalb von 5 Jahren bereits bei 74 %. Durch eine Reha soll die Leistungsfähigkeit gesteigert werden. Medizinisch relevant wird eine Steigerung der Gehstrecke um 54 Metern angesehen. Bei den einzelnen Schweregraden unterscheidet sich die Dauer der ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens = stehen, gehen, liegen/sitzen) teilweise erheblich. Statistiken zeigen, dass Gesunde am Tag unter 6 Stunden sitzen oder liegen, während es bei COPD IV-Patienten fast 9 Stunden sind. Je höher der Schweregrad, desto weniger Aktivitäten gibt es. Durch die Inaktivität, Cortison, eventuelles Untergewicht und entzündliche Vorgänge kommt es zur Abnahme der Muskelmasse. Auch verändert sich die

periphere Muskulatur vom Fasertyp I (langsame Fasern) zum Fasertyp II (schnelle Fasern), was zu geringer Ausdauer und rascher Ermüdung führt. Die Zwerchfellmuskulatur wechselt vom Fasertyp II zu Fasertyp I, was zur Schwächung des Zwerchfells (Diaphragma) führt. Neben Medikamenten gibt es auch eine nicht medikamentöse Therapie bei COPD. Dazu gehören Atem- und Physiotherapie, Schulung, Information und Motivation, bei Bedarf Ernährungstherapie und Raucherentwöhnung, Sauerstofflangzeittherapie und nicht invasive Beatmung, operative Verfahren und die Rehabilitation. Nach den Leitlinien für COPD wird bereits ab Stufe II eine Rehabilitation empfohlen, da sie erwiesenermaßen die körperliche Leistungsfähigkeit steigert, die Kraft- und Ausdauer der Bein- und Armmuskulatur stärkt, die Atemnot verringert und die Lebensqualität steigert. Auch Angst, Depressionen und psychische Störungen werden verringert und die Lebenserwartung kann steigen.

Um Erfolg zu haben, muss das Training individuell an die Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten angepasst werden. Eine Kontraindikation sind ein akuter Infekt oder eine akute Herzschwäche. Zu der MTT (medizinische Trainings-Therapie) gehören Kraft- und Ausdauertraining. Die Ausdauer sollte 2- bis 6-mal die Woche trainiert werden und zwischen 10 – 45 Minuten liegen. Beim Intervall-Training werden 30 Sek. mit maximaler Leistung trainiert, danach 30 Sek. Ruhe, usw., während beim normalem Ausdauertraining mit 60 % der maximalen Leistung trainiert wird. Bei starker Obstruktion ist darauf zu achten, dass die Sauerstoffsättigung nicht unter 90 % fällt, die Atemfrequenz zwischen 18 – 30 liegt und die Einschränkung der Atmung zwischen 4 -6 (etwas bis deutlich eingeschränkt) auf der „Borg Scala“ liegt. Auch beim Krafttraining ist ein individuelles Vorgehen erforderlich, damit es zum Erfolg führt. Ziel des Krafttrainings ist die Kräftigung der Arm- und Beinmuskulatur, sowie auch der Atemmuskulatur, damit der Patient den Alltag leichter bewältigen kann. Positive Nebeneffekte des Trainings sind ein niedriger Ruheblutdruck, eine verbesserte Knochendichte, eine Verringerung von Rückenschmerzen, ein verbesserter Cholesterinspiegel und eine erhöhte Muskelmasse.

Das Fazit der Ausführungen von Dr. Sczepanski ist, dass Sport in allen Stadien der Erkrankung die Lebensqualität verbessert, er kann sogar die Anzahl von Exazerbationen und die Mortalität reduzieren. Es ist also keine Frage ob Sport, sondern nur wo, wie, wie lange und wie oft.
Sport vermittelt Perspektiven

Brigitte Sakuth

Fotos von der Veranstaltung:

Heide Schwick, 1. Vorsitzende

v. l.: Dr. Beck, Dr. Köhnlein, Dr. Sczepanski und Dr. Wangemann

Hedwig und Claudia Kleineheismann

Teilnehmer

OMRON

RC

OMRO

Referat Dr. Thomas Wangemann

Die psychischen Grundbedürfnisse und (Lungen-)Gesundheit

Braunschweig, Patientenveranstaltung 23. September 2010

Zusammenhang psychischer Belastungen und Erkrankungen mit körperlichen Symptomen

Nicht jedem ist bekannt, dass ein direkter Zusammenhang besteht zwischen psychischen Belastungen und körperlichen Symptomen.

Angst und Depression, beides häufig bei chronisch Kranken zu finden, können sich beispielsweise als „somatisierte“ Depression“ äußern in Form von verschiedenen vegetativen Symptomen wie:

- Obstipation (Verstopfung)
- Kopfschmerzen
- Muskelkrämpfe
- Herzbeschwerden
- Ohrgeräusche
- Übelkeit und Magenbeschwerden
- Schwindel und Kreislaufbeschwerden

„somatisierte“ Depression/Angst kann zu funktionellen Organbeschwerden führen :

- Kopf (Enge-, Druck- und Schweregefühl)
- Atmung (Enge-, Globusgefühl)
- Herz (u.a. Druck, Enge, Stechen, Herzjagen, -stolpern)
- Magen- Darm (u.a. Inappetenz, Übelkeit, trockener Hals, Würgereiz, krampf- und druckartige Schmerzen im Bauch, Durchfall, Völlegefühl, Verstopfung)
- Rücken (Schmerzen im Nacken-Schulter-Areal, Kreuz)
- Unterleib (krampfartige Schmerzen im kleinen Becken, Bauchschmerzen, Reizblase,Zyklusstörungen)

Anhand verschiedener Beispiele und unter Einbezug des Publikums erarbeitete Dr.
Wangemann die verschiedenen **Grundbedürfnisse des Menschen** und die daraus sich ergebenden Folgen bei Mangel, bzw. Nichterfüllung derselben.

Atmen, Essen, Trinken, Schlafen:
Für Jeden bekannt: das Fehlen nur eines dieser biologischen Grundbedürfnisse über einen bestimmten Zeitraum hinweg, führt unweigerlich zum Tod. Störungen dieser Grundbedürfnisse führt zu zum Teil schwersten Erkrankungen.
Neben diesen biologischen Grundbedürfnissen sind aber auch die seelischen (psychischen) Bedürfnisse für ein gesundes Leben von existentieller Bedeutung.

Um festzustellen, wie es mit der eigenen inneren Ruhe und Zufriedenheit aussieht, sollte jeder eine Bilanz aufstellen bezüglich persönlichen Wachstums und innerer Ruhe.

Als Anregung mögen folgende Fragen gelten, für sich zu beantworten in einer stillen Stunde.
Bindung, Autonomie:
Bindung und Autonomie sind zum Teil gegensätzlich und werden je nach individueller Situation unterschiedlich gewertet. Viel Bindung erwirkt ein Gefühl der Geborgenheit, kann aber auch zu Abhängigkeit führen.
Autonomie ermöglicht ein selbstbestimmtes Leben zu führen, kann aber auch Einsamkeit zur Folge haben.

Fragen:
Wie steht es um meine Beziehungen?
Wen könnte ich anrufen?
Wem könnte ich etwas Gutes tun?
Habe ich genug Zeit für mich und mit mir?
Habe ich ausreichend Momente der Besinnung?
Sorge ich für mich?

Selbstwerterhöhung:
Erkenne ich mich und mein Tun an?
Erkenne ich andere an und bin dankbar?
Strenge ich mich an und gebe (ehrlich) mein Bestes?

Schlussfolgerungen:
Die (intrapsychische) Spannung ist abhängig von der Erfüllung der psychischen Grundbedürfnisse
Spannung wirkt sich auf körperlicher und psychischer Ebene aus. Je geringer die (intrapsychische) Spannung eines Menschen ist, desto mehr Wohlbefinden (Ruhe) empfindet dieser. Eine Vernachlässigung der psychischen Grundbedürfnisse kann zu den oben aufgeführten biologischen Erkrankungen führen.

Heide Schwick (Zusammenfassung des Vortrages)

Dr. Thomas Wangemann

Fachklinik Allgäu Pronten
Chefarzt Psychosomatik
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren

Buchbesprechung

Lungentransplantation aus Sicht der Betroffenen
Ergebnisse von Befragungen und Interviews mit jungen Erwachsenen

Eine Transplantation bedeutet im Leben eines Betroffenen immer „die Konfrontation mit existentieller Unwägbarkeit, die Ungewissheit, ob es zur Transplantation überhaupt kommt und wie der Lebensabschnitt danach wirklich beschaffen ist.“ (G. Ulrich) Sie bedeutet weiterhin eine Auseinandersetzung mit dem Tod, dem des eventuell eigenen, wenn kein passendes Organ zur Verfügung steht –und mit dem Tod eines potentiellen Spenders, der die Möglichkeit des eigenen Weiterlebens schenkt. Auch nach erfolgreicher Transplantation bleibt die Ungewissheit zukünftiger Lebensplanung, die Frage nach der Haltbarkeit neuer Organe, das Wagnis der Hoffnung.
Wie einzelne Betroffene mit diesen existentiellen Überlegungen umgehen, stellt Gerald Ullrich in seinem Buch Lungentransplantation aus Sicht der Betroffenen anhand von aufgezeichneten Interviews vor.
Zugrunde liegt eine Forschungsarbeit (2001) von Mitarbeitern der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), sowie des Instituts für Psychologie der Universität Braunschweig. Die Interviews zu den psychologischen Aspekten der Lungentransplantation wurden geführt mit Erwachsenen unterschiedlicher Grunderkrankungen. Es handelt sich dabei vorwiegend um Patienten mit Mukoviszidose und COPD. Ziel war das Zusammentragen vielfältiger Patientenerfahrungen, um Möglichkeiten der Hilfestellung für betroffene Patienten vor und nach einer Lungentransplantation zu erarbeiten. Die Einführung in die Materie umfasst eine kurze Beschreibung der Grunderkrankungen, eine Diskussion verschiedener Aspekte, der Wartezeit und der Erfolgsaussichten, und zeigt die einzelnen Stationen der Transplantation auf.
Es folgt der Hauptteil, die Interviews mit den Lungentransplantierten, hier war das Ziel, „die Bandbreite der Verläufe und Möglichkeiten aufzuzeigen, also der wirklichen Erfahrung das Wort zu geben.“ Dabei wurde auch immer Bezug genommen auf die unterschiedlichen Antworten bei Mukoviszidose Patienten und den Antworten anderer Patienten.
Die Interviewpartner hatten in etwa das gleiche Lebensalter, 27 Personen waren an Mukoviszidose erkrankt, 18 Personen hatten andere Grunderkrankungen. Die Transplantation der Teilnehmer lag mindestens 12 Monate zurück, das Durchschnittsalter bei der Transplantation lag bei 27 Jahren. Das Hauptmerkmal der Befragung richtete sich in starkem Ausmaß auf die Belastungen und auch Überforderungen, denen sich die Befragten ausgesetzt gefühlt haben. Der aufmerksame Leser gewinnt vielfältige Einblicke in die verschiedenen Bereiche, wie: Entscheidung zur Transplantation, die Wartezeit, die Operation und der Krankenhausaufenthalt sowie die anschließende Rehabilitation. Es wird klar, dass eine Organtransplantation im Unterschied zu anderen Operationen eine Herausforderung mit ganz anderen Gesichtspunkten bedeutet.
Interessant ist die Bilanz der Betroffenen, wobei sich hier für mich die Frage stellt, inwieweit die Antworten wirklich bewertbar sind, da allein in den Fragen der Interviewer schon eine gewisse Erwartungshaltung liegt.

Autor: Gerald Ullrich u.a.
Verlag Books on Demand;
Auflage: 3 (15. Dezember 2008)
ISBN-10: 3833448520
ISBN-13: 978-3833448522

In der Schlussbetrachtung wird das Fazit gezogen, dass die Transplantation –wenn auch inzwischen eine etablierte Therapie bei Lungenversagen – für die Betroffenen ein Wagnis bleibt und eine existentielle Herausforderung. Unabdingbar notwendig zur Entscheidungsfindung sind neben der Informationsbeschaffung und der eigenen Haltung zu dem Thema aber auch die Angehörigen und weitere Personen mit unterstützender Funktion. Es bleibt auch die Frage, inwieweit die Lebensqualität abhängt von Leistungsfähigkeit und Funktionstüchtigkeit.
Ich denke, dieses Buch kann durch die vielfältigen Überlegungen Denkanstöße auslösen und helfen, die eigene Haltung zu überprüfen. Zu empfehlen ist es nicht nur betroffenen Patienten mit Lungenerkrankungen, sondern den Angehörigen, Freunden, Ärzten, die sich mit diesem Krankheitsbild befassen, Psychologen und dem Pflegepersonal in den Kliniken.
Aus meiner Sicht werden Organtransplantationen oft schon als Routinebehandlung hingestellt, was meiner langjährigen Erfahrung widerspricht. Seit 13 Jahren bin ich im Vorstand der Deutschen Emphysemgruppe e.V., deren Mitglieder schwerkranke Patienten mit COPD und Alpha1Antitrypsinmangel sind, tätig. Mehrere Krankengeschichten konnte ich über viele Jahre hinweg verfolgen, viele Patienten und Freunde auf dem langen Weg zur Transplantation und über die Zeit danach begleiten. Auf jeden Fall ist eine Lungentransplantation die letzte Option, wenn alle anderen therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind und die Lebensqualität kaum mehr vorhanden ist. Aber auch hier gehen die subjektiven Einschätzungen sehr auseinander, was eine Beurteilung der Realität erschwert. Diese Erfahrungen beziehen sich vorwiegend auf Menschen, die um die 50 Jahre alt sind und teilweise über 10 Jahre mit starken Einschränkungen ihres Alltags leben.

Heide Schwick

Wie die Faust aufs ... Patienteninfo über Grippe

Es war ein typisch grauer Herbsttag als Prof. Tom Schaberg am 02. November 2010 mit seinem Vortrag im Mehrgenerationenhaus in Rotenburg OT Waffensen begann.

Wohl der an diesem Tag vorherrschenden Wetterlage war es zu verdanken, dass leider nur rund 50 Interessierte den Weg in den ehemaligen Bauernhof „Worthmanns Hoff“ gefunden hatten, denn das Thema war so aktuell wie wohl zu solch einer Zeit kaum ein zweites sein konnte. Vogelgrippe……. Schweinegrippe……. und in diesem Winter ???

Die Vortragstechnik wird installiert

Schon Wochen vorher hatte Hartmut Domagala (SHG Elbe-Weser-Dreieck und DEG-Kassenwart) den Leiter der Lungenklinik ~ Zentrum für Pneumologie ~ im Diakoniekrankenhaus Rotenburg / Wümme gebeten, über dieses Thema einen Vortrag zu halten. Und wie auch schon bei einigen anderen Infoveranstaltungen, kam auch zu diesem Vorhaben von Prof. Schaberg umgehend eine Zusage. Für so viel Engagement möchten wir uns an dieser Stelle einmal recht herzlich bedanken.

Hartmut Domagala und Referent Prof. Dr. Schaberg

Denn auch mit diesem Vortrag verstand er es einmal mehr, seine interessierten Zuhörer mit aktuellen Daten über die zu diesem Zeitpunkt aufkommende Schweinegrippe sachlich zu informieren. Er machte deutlich, warum man von Grippewelle spricht und zeigte an Schautafeln auf, in welchen Landstrichen und mit welcher Intensität zu welcher Zeit die Schweinegrippe ihr Unwesen trieb und treiben wird. Dem Zuhörer wurde plausibel erklärt, warum man schon im Vorfeld entsprechende Impfstoffe parat hat. Auch machte er deutlich, nicht in Hysterie zu verfallen, jedoch auch nicht die gebührenden Vorbeugemaßnahmen außer Acht zu lassen.

Bereits während des Vortrages und auch im Anschluss beantwortete er die an ihn gerichteten Fragen. Selbst das Problem einer Teilnehmerin, die als Eiweißallergikerin Schwierigkeiten hat, einen verträglichen, nicht auf Eiweiß basierenden Impfstoff zu finden, konnte gelöst werden. Hartmut Domagala konnte die Ergebnisse einer Recherche von Prof. Schaberg an die Teilnehmerin weiterleiten. Diese kann sich nun in Zukunft auch schutzimpfen lassen.

Aufmerksame Zuhörer auf der Tenne des „Worthmann's Hoff“

Über derartige Erfolge können sich dann auch Ausrichter solcher Infoveranstaltungen freuen. Zudem zeigt es doch auch einmal mehr, wie wertvoll der medizinische Beirat unseres Vereines ist. Informationen und Wissen über unsere unterschiedlichen Krankheitsbilder bekommen wir ohne „fachchinesisch“ gereicht und können es schon gefiltert an Sie, unsere Mitglieder weiterreichen.

Hartmut Domagala

Selbsthilfegruppe
Elbe-Weser-Dreieck
Hartmut Domagala
Everinghauser Str. 111
27367 Sottrum
Tel. 04264 - 8 74 13

§ „...aus der Rechtsprechung – Gerichtsurteile“

Krankheitskosten können leichter von der Steuer abgesetzt werden

Kosten zur Heilung oder Linderung von Krankheiten, die über den zumutbaren Eigenanteil hinausgehen, können als außergewöhnliche Belastungen von der Steuer abgesetzt werden. Ein neues Urteil des Bundesfinanzhofes erleichtert diese Absetzbarkeit von Krankheitskosten und damit verbundener Sonderaufwendungen. Bisher musste die Notwendigkeit durch ein amtsärztliches Attest vor der Anschaffung oder dem Beginn der Therapie bescheinigt werden. Jetzt hat der Bundesfinanzhof entschieden, dass auch ein anderer Arzt die Notwendigkeit der krankheitsbedingten Anschaffungen bzw. der Therapien auch im Nachhinein bescheinigen kann, was die steuerliche Absetzbarkeit erleichtert. Dieses Urteil kann auch bei Lungenpatienten die steuerliche Absetzbarkeit von Krankheitskosten erleichtern, da die durch COPD oder andere Lungenerkrankungen entstehenden Krankheitskosten eine erhöhte finanzielle Belastung im Vergleich zu anderen Steuerpflichtigen mit vergleichbaren Einkommen darstellt.

Entscheidende Instanz ist damit nicht länger ein Amtsarzt, sondern das Finanzgericht, das sich sachliche Gutachten nach Eingang eines Antrages einholen kann.

Im konkreten Fall ging es um die Anschaffung neuer Teppiche bei einem Kind mit Asthma und im anderen Fall um ein Kind mit Lese-Rechtschreibschwäche, das in ein Internat geschickt wurde. Wer auf der sicheren Seite sein will, sollte sich trotzdem vorher bei seinem Finanzamt erkundigen.

Veröffentlicht wurde das Urteil in der Pressemitteilung des BFH vom 19.1.2011. (BFH, Urteil v. 11. November 2010, Az.: VI R 17/09).

Krankenkasse muss häusliche Pflege übernehmen

Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen hat eine Krankenkasse zur uneingeschränkten Kostenübernahme für die medizinisch notwendige Behandlung ihres Versicherten verurteilt. Sie ist eine uneingeschränkte Leistung der Behandlungspflege und nicht der Grundpflege.

Im konkreten Fall ging es um einen Patienten, der zum künstlichen Abführen durch einen Katheter in der Bauchdecke angewiesen war.

Quelle: aerzteblatt

Passive Sterbehilfe

Ein vom Patienten gewünschter Behandlungsabbruch stellt eine erlaubte passive Sterbehilfe dar und ist nicht strafbar, urteilte der 2. Strafsenat des BGH (Az: 2 StR 454/09). Das Urteil des BGH unterscheidet zwischen "der auf eine Lebensbeendigung gerichteten Tötung" und Handlungen, "die dem krankheitsbedingten Sterbenlassen mit Einwilligung des Betroffenen seinen Lauf lassen“. Während eine aktive Herbeiführung des Todes von Patienten in Deutschland also weiterhin verboten ist, dürfen lebenserhaltende Behandlungen künftig abgebrochen werden, wenn ein Patient dies in einer Verfügung festgelegt hat. Dies ist Sterbehilfe durch Sterbenlassen. Dabei ist nach dem BGH Urteil irrelevant, ob lebenserhaltende Maßnahmen von Anfang an unterlassen (passive Sterbehilfe) oder später auf Wunsch des Patienten abgebrochen werden. Der BGH stützte sich bei seinem Urteil auf das im September 2009 erlassene Gesetz zu Patientenverfügungen. Es besagt, dass der Willenserklärung des Patienten Folge zu leisten ist. Hat dieser sich in einer mündlichen oder schriftlichen Erklärung gegen lebenserhaltende Maßnahmen ausgesprochen, so muss dieser Wunsch respektiert werden. Nur wenn die Festlegungen nicht dem aktuellen medizinischen Stand entsprechen, kann ein neuer mutmaßlicher Wille des Patienten ermittelt werden, der vom ursprünglichen Wunsch abweicht.

Arztunterlagen

Fordert ein Patient seine Krankenunterlagen an, so hat der Arzt bis zu 30 Tagen Zeit, diesem Wunsch nachzukommen. Eine kürzere Frist ist unangemessen.
(LG Münster, AZ 11 S 18/00 v. 15.2.2006)

Arztbesuch im Ausland

Gesetzlich Versicherte dürfen sich künftig laut dem Europäischen Gerichtshof im EU-Ausland ambulant behandeln lassen, ohne vorher eine Genehmigung ihrer Krankenkasse einholen zu müssen. Die Behandlungskosten müssen übernommen werden. Nur ein Krankenhausaufenthalt muss vorher von der Krankenkasse genehmigt werden.
(EuGh AZ Rs C-358/99 v. 15.2.2006)

Urlaubsanspruch bei dauerhafter Krankheit

Auch bei einer längeren Erkrankung haben Arbeitnehmer Anspruch auf Urlaub. Dies geht aus einer Entscheidung des Landesarbeitsgerichts Düsseldorf hervor, das zuvor den Europäischen Gerichtshof zwecks Auslegung der europarechtlichen Urlaubsregelung in Art. 7 der EG-Richtlinie 2003/88 angerufen hatte.
Danach gilt auch in der Bundesrepublik der gesetzliche Anspruch auf Erholungsurlaub von jährlich vier Wochen.
Der Urlaub wird nicht nur für Zeiten erworben, in denen der Arbeitnehmer seine Arbeitskraft zur Verfügung gestellt hat, sondern auch für Zeiten, in denen er ordnungsgemäß krankgeschrieben war.
Der Urlaubsanspruch verfällt also nicht, sondern ist, falls der Urlaub im Urlaubsjahr nicht genommen werden konnte, vom Arbeitgeber zu späterer Zeit nachzugewähren.
Der Arbeitnehmer hat bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses Anspruch auf Abgeltung des noch offenen Urlaubs, und zwar auch dann, wenn er während des gesamten Urlaubsjahres und darüber hinaus krankgeschrieben war bzw. weiterhin krankgeschrieben ist.
(AZ 12 Sa 486/06 LG Düsseldorf v. 2.2.2009 und BG AZ 9 AZR 128/09 v. 23.3.2010)

Brigitte Sakuth

DEG-Vortragsveranstaltung in Bremen-Uphusen am 26.01.2011

Die Deutsche Emphysemgruppe e. V. lud zu einer Vortragsveranstaltung für den Raum Bremen und Umgebung ein und sehr viele Mitglieder, Interessierte und Besucher waren gekommen.

Die Deutsche Emphysemgruppe e. V. lud zu einer Vortragsveranstaltung für den Raum Bremen und Umgebung ein und sehr viele Mitglieder, Interessierte und Besucher waren gekommen. Als Referenten konnten Dr. Walter Vorderstraße, Pneumologe aus Weyhe, Dr. Thomas Köhnlein von der Medizinischen Hochschule Hannover und Heidrun Fehrl von der Firma TAXXOS, die ein neues Gerät zur Atemregulierung vorstellte, gewonnen werden.

Dr. Vorderstraße referierte über das Thema Reisen mit COPD/Emphysem

Das Wichtigste bei der Planung einer Reise ist die gute Vorbereitung, besonders für Patienten. Sie sollten unbedingt ihren Hausarzt sowie den Lungenarzt aufsuchen und sich ggf. eine Reisefähigkeit bestätigen lassen. Dieses kann z.B. bei Flugreisen wichtig sein. Dann sollte ebenfalls der Impfstatus geprüft werden, damit Auslandsreisen sorglos angetreten werden können. Beim Reisebüro und bei der Krankenkasse sollte man sich erkundigen, welche Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Sauerstoffversorgung usw.) zur Verfügung gestellt werden müssen.

Flugreisen
Dass eine gute Versorgung mit den nötigen Medikamenten geplant werden muss, ist selbstverständlich. Sie sollten unbedingt darauf achten, dass ausreichend Medikamente sowohl im Handgepäck als auch im Koffer verstaut werden.

Das Reiseziel sollte so geplant werden, dass der Aufenthalt nicht zu anstrengend für den Patienten wird. Auf keinen Fall darf man mit Fieber reisen! Im Urlaub treten Atemwegs- und Darmerkrankungen am häufigsten auf. Die Einreise-vorschriften der jeweiligen Länder sind unbedingt zu beachten. Die Flugbegleiter können Erste Hilfe leisten und sind dafür ausgebildet. Vor Antritt einer Flugreise sollte man wenig essen, regelmäßig trinken (trockene Luft im Flugzeug), wenig Alkohol zu sich nehmen, auf Beinfreiheit achten und ein wenig Gymnastik machen. Es gibt verschiedene Übungen, die im Sitzen gute Entspannung bringen. Ansonsten entspannt in den Urlaub reisen. Bei Flugreisen muss der Reisende so mobil sein, dass das Flugzeug in 90 Sekunden verlassen werden kann. Die Beförderung des Reisenden mit einer Infektionskrankheit oder zu geringer Mobilität kann letztendlich abgelehnt werden.

Bedenken Sie bitte, je länger ein Flug dauert, z.B. Intercontinental, desto problematischer kann es für Lungenkranke werden. Nach einem Flug sollte evtl. auch ein Arzt aufgesucht werden, wenn Schmerzen in der Brust, Atemnot oder andere Veränderungen während des Fluges aufgetreten sind. Hier könnte der Kabinendruck, der Sauerstoffmangel oder die Zentrifugalkraft eine Rolle spielen. Verletzungen des Körpers könnten durch die Druckveränderungen auftreten. Beim Sinkflug könnte es zum Lungenriss kommen oder die Nasennebenhöhlen schmerzen eventuell.

Autoreisen
Bei Reisen mit dem Auto darf der Schwerbeschädigten-Ausweis sowie evtl. der blaue Parkausweis nicht fehlen. Der Parkausweis gilt in ganz Europa. Er wird vom Straßenverkehrsamt ab einem Grad der Behinderung von 80 % und aG (außergewöhnlich Gehbehindert) auf Antrag ausgestellt. Für eine Sauerstoffversorgung vor Ort ist es möglich, im Auto einen Flüssigsauerstoff-Behälter mitzunehmen. Es ist erlaubt, max. 450 l Sauerstoff zu transportieren, ansonsten ist eine Genehmigung erforderlich. Die entsprechenden Sauerstoff-Lieferanten geben gern Auskunft und/oder liefern den Sauerstoff auch direkt ins Feriendomizil. Bei der Autofahrt ist weiterhin zu beachten, dass eine gewisse Infektionsgefahr durch die Scheibenwaschanlage besteht (Legionärskrankheit). Vorbeugend sollte der Pollenfilter und das Scheibenwischwasser regelmäßig gewechselt werden, damit sich kein Schimmel bilden kann.

Bahnreisen
Eine Reise mit der Bahn sollte langfristig geplant werden. Für mobilitätseingeschränkte Reisende gibt es hier eine Hotline, bei der man hilfreiche Informationen bekommen kann.

Allgemeine Hinweise
Vor einem Flug bzw. einer längeren Bus- oder Autoreise ist evtl. eine Heparingabe wichtig, weil sich durch langes Sitzen Thrombosen bilden können. Flugunternehmen haben recht strenge Vorschriften zur Beförderung von Menschen mit Beeinträchtigungen, sie geben aber gern Auskunft, gleiches gilt für
Selbsthilfegruppen, die Atemwegsliga und natürlich auch Flugärzte.

Benutzt man einen Konzentrator für die Sauerstoffversorgung, so muss man unbedingt vor Antritt einer Auslandsreise beim Zollamt Informationen hierzu einholen. Der Abschluss einer Reiserücktrittsversicherung (Reiseabbruchversicherung) sollte selbstverständlich sein.

Dr. Köhnlein referierte über die Unterschiede/Gemeinsamkeiten im Krankheitsverlauf und auf therapeutischer Ebene bei COPD und Alpha 1-ATM auch im Hinblick auf anstehende Reiseaktivitäten.

COPD
Die Bronchien verästeln sich bis zu den Lungen-Bläschen (Alveolen), wo der Gasaustausch stattfindet. Diese kleinsten Verästelungen entzünden und die Atemwege verengen sich.

Es bildet sich zäher Schleim. Die gesunde Lunge ist feinporig, bei COPD wird sie großporig. Dadurch verkleinert sich die Oberfläche und es wird weniger Sauerstoff transportiert (Gasaustausch).
Begleiterkrankungen der COPD sind Gefäß- und Herzkreislauferkrankungen, deutliche Gewichtsabnahme, Verfall der Muskelkraft, Osteoporose, Depressionen. COPD ist nicht heilbar! Deshalb sollten Lungenkranke nicht nur zum Lungenfacharzt gehen, sondern sich auch von einem Kardiologen untersuchen lassen. Ca. 7-8% der Bevölkerung leiden an COPD. Bei Depressionen sollte evtl. ein Psychiater aufgesucht werden.

Sehr zu empfehlen ist körperliche Bewegung und REHA-Sport. Hier können Übungen auch für zuhause erlernt werden.

Die Symptome der COPD treten meistens im Alter von 45 – 55 Jahren auf, bei Alpha 1 Antitrypsinmangel-Erkrankten mit ca. 35 – 40 Jahren.

In der gesunden Lunge sind die Alveolen die Abwehrzellen, die die eingeatmeten Schadstoffe unschädlich machen. Wenn nicht genügend Alpha 1 Antitrypsin vorhanden ist, werden Chemikalien freigesetzt (neutrophile Elastase), schädigen die Wände der Alveolen und vergiften die Zellwände. Bei einem A1ATM verketten sich die Moleküle und es kommt zu Verklumpungen. Die Entzündung verschlimmert sich und wird so zum Feind in der Lunge. Aus einem ursprünglichen Schutz wird ein Schadstoff!

Bei 10 % der Neugeborenen kann diese durch das Auftreten einer Lebergelbsucht festgestellt werden. Im Erwachsenenalter bedeutet das den Übergang zur Leberzirrhose mit erhöhtem Risiko zum Lebertumor. Selten gibt es Hautveränderungen bei A1ATM.
Dr. Vorderstraße bemerkt, dass er jeden Patienten auf A1ATM testen lässt. Dieses geschieht mit Hilfe des Alpha-Kit. Das Blut wird in einem Labor in Marburg untersucht, das vom Arzt eingeschickt wurde. Nach ca. 3 Wochen erhält der Arzt das Ergebnis und informiert den Patienten. Unter 2-3 % COPD-Erkrankten ist 1 A1ATM-Patient.

Es gibt sehr gut wirksame lang- und kurz-wirksame Sprays und Medikamente. Auf keinen Fall sollte geraucht werden. Eine Pneumokokken Impfung ist unbedingt angeraten. Auf ausgewogene Ernährung, körperliches Training sowie die Vermeidung des Einatmens von Schadstoffen ist zu achten. Stress ist ebenfalls möglichst zu vermeiden. Das Rauchen bei A1ATM-Patienten kann das Überleben um bis zu 20 Jahre vermindern!

Prolastin-Gabe
Prolastin muss regelmäßig intravenös verabreicht werden. Es hat wenig Neben-wirkungen. Das Medikament wird aus Blutplasma in einem komplizierten und langwierigen Verfahren hergestellt. Man forscht, dieses aus anderen Substanzen herstellen zu können, aber Näheres ist noch nicht bekannt geworden.

Am Ende des Vortrages wurden noch einige Fragen gestellt, die Dr. Köhnlein dann individuell beantwortete.

Heidrun Fehrl, Firma TAXXOS in Braunschweig, stellte ein kleines Gerät vor, das den Patienten z.B. bei Atemnot, Panik usw. eine Hilfestellung geben soll, den Atem wieder in einen ruhigen Rhythmus zu bringen. Es wird elektrisch mittels eines Akkus betrieben und gibt in einem bestimmten Takt durch Vibrationen und Ruhestellungen vor, wie man wieder in einen ruhigen Atemtakt kommt. Man kann dieses kleine Gerät bequem in der Jackentasche tragen, bei Bedarf anstellen und mit der Hand die Vibrationen fühlen. Da das Gerät fast kein Geräusch macht, ist es sehr unauffällig und jederzeit einsetzbar. Es kann z.B. beim Treppensteigen, Laufen oder bei Hektik benutzt werden. Das Gerät lässt sich einfach bedienen und soll im Sommer auf den Markt kommen.

Für die Besucher, die Sauerstoff benötigten wurden entsprechende Betankungs-möglichkeiten angeboten

Eleonore Mackeben

Gesetzesänderungen im Gesundheitswesen zum 1. Januar 2011

Neue Beitragssätze:
In der gesetzlichen Krankenversicherung wird der allgemeine Beitragssatz auf 15,5 % des Bruttoeinkommens erhöht. Der Arbeitgeber zahlt davon 7,3 %, während der Arbeitnehmerbeitrag auf insgesamt 8,2 % steigt. Der Sonderbeitrag von 0,9 %, den es auch bisher schon gab, wird für Zahnersatz erhoben. Der Arbeitgebersatz wird eingefroren.

Zusatzbeiträge:
Zusatzbeiträge trägt allein der Arbeitnehmer bzw. der Rentner. Sie werden nicht mehr prozentual vom Einkommen (bis 2010 Deckelung der Zusatzbeiträge auf 1% oder 8 Euro der beitragspflichtigen Einnahmen), sondern als einkommensunabhängiger Betrag von den Krankenkassen erhoben. Dadurch werden Geringverdiener deutlich höher belastet als die Bezieher höherer Einkommen. Die Zusatzbeiträge müssen von den Mitgliedern direkt an die Krankenkassen gezahlt werden. Über die Höhe der Zusatzbeiträge kann jede Kasse selbst entscheiden, es gibt keine Obergrenze. Bisher erheben 11 Kassen für 2011 einen Zusatzbeitrag.

Die Regelungen zur Zahlung der Zusatzbeiträge für Hartz 4 Empfänger sind im 5. Sozialgesetzbuch festgelegt. Darin heißt es, dass für Bezieher von Sozialhilfe und ALG 2 Empfänger die Zusatzbeiträge bis zur Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages aus dem Gesundheitsfond bezahlt werden und nicht mehr vom Versicherten selbst. Liegt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag über dem vom Bundesausschuss jährlich festgelegten Durchschnittssatz, können die Krankenkassen diese Mitglieder zur Zahlung des Differenzbeitrages verpflichten. Dazu ist eine Satzungsänderung notwendig, die aber nicht von allen Kassen durchgeführt wurde. Ein Sonderkündigungsrecht entsteht aber nicht durch die Satzungsänderung, sondern erst, wenn Zusatzbeiträge erhoben werden. Wer seinen Zusatzbeitrag nicht zahlt, kann ab 2011 härter bestraft werden. Es wird ein Säumniszuschlag von mindestens 20 Euro fällig und der Anspruch auf Sozialausgleich entfällt, bis die ausstehenden Zahlungen beglichen wurden.

Hier eine kleine Übersicht vom 23.1.2011:

Krankenkasse	normaler Zusatzbeitrag	Zusatzbeitrag bei Hartz IV
DAK	8 €	8 €
KKH Allianz	8 €	0 €
BKK Gesundheit	8 €	8 €
BKK advita	8 €	8 €
City BKK	15 €	15 €
BKK für Heilberufe	10 €	0 €
Deutsche BKK	8 €	8 €
BKK Publik	8 €	8 €
BKK Phoenix	8 €	0 €
BKK Axel Springer	8 €	8 €
BKK Merck	8 €	0 €
E.on BKK	8 €	0 €*
BKK Hoesch	geplant	offen

**Die E.on BKK will eine Satzungsänderung im Frühjahr 2011 prüfen*

Vom Zusatzbeitrag befreite Personen:
Künftig sind folgende Personengruppen vom Zusatzbeitrag ausgenommen, dazu gehören Empfänger von

- Krankengeld
- Verletztengeld
- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld
- Mutterschaftsgeld oder Elterngeld.

Ebenso müssen behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten, Wehr- und Zivildienstleistende, Versicherte im Freiwilligen Sozialen Jahr sowie im Freiwilligen Ökologischen Jahr und Auszubildende mit einem Entgelt bis zu 325 Euro monatlich oder in einer außerbetrieblichen Einrichtung keinen Zusatzbeitrag zahlen.
Es gibt aber auch Krankenkassen, die ihren Mitgliedern einen Teil ihrer Beiträge zurückzahlen, dazu gehören die HKK (60 Euro), die BKK Wirtschaft und Finanzen (60 Euro), die BKK A.T.U. (30 Euro), die G&V BKK (72 Euro).

Sozialausgleich:
Um Überforderungen der Mitglieder zu vermeiden, wird ein steuerfinanzierter Sozialausgleich eingeführt. Er soll automatisch und unbürokratisch über den Arbeitgeber oder die Rentenversicherung durchgeführt werden. Allerdings könnte es sein, dass einige Firmen damit ihre Schwierigkeiten haben. Er wird gezahlt, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitgliedes übersteigt. Ist der Versicherte in einer Kasse, die einen höheren Zusatzbeitrag erhebt, muss der Patient diese Erhöhung alleine tragen.

Für 2011 wird kein Sozialausgleich durchgeführt, da der durchschnittliche Zusatzbeitrag bei null Euro vom Bundesausschuss festgelegt wurde.

Neue Beitragsbemessungsgrenze:
Die Beitragsbemessungsgrenze sinkt in diesem Jahr auf 44.550 Euro des Bruttojahreseinkommens. Oberhalb dieser Einkommensgrenze bleibt für gesetzlich Versicherte das Einkommen beitragsfrei. Dadurch werden höhere Einkommen entlastet.

Wartezeit:
Die Wartezeit für einen Wechsel in die private Krankenversicherung für Versicherte, die oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen, wird von drei Jahre auf ein Jahr verkürzt.

Wahltarife:
Die Mindestbindungsfrist für bestimmte Wahltarife wird von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt. Das Sonderkündigungsrecht bei Erhebung von Zusatzbeiträgen gilt künftig auch für Versicherte in Wahltarifen.

Kostenerstattung:
Die Mindestbindungsfrist für die Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung verkürzt sich auf ein Kalendervierteljahr (vorher 1 Jahr). Die Abschläge der Krankenkassen werden auf fünf Prozent begrenzt.

Elektronische Gesundheitskarte:
Trotz massiver Proteste müssen die Krankenkassen bis Ende 2011 zehn Prozent ihrer Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ausgestattet haben, sonst werden 2012 ihre Zuwendungen um 2 % gekürzt. Auf der eGk sollen Name, Geburtsdatum, Anschrift, Geschlecht, Krankenkasse mit Versichertennummer, der Versichertenstatus (Rentner, Mitglied, Familienversicherter) und ein Lichtbild vermerkt sein. Außerdem kann die eGk mit einer europäischen Krankenversicherungskarte auf der Rückseite ausgestattet werden. Das ermöglicht die Inanspruchnahme von Leistungen in den Mitgliedsstaaten der EU. Durch die neue Karte soll Leistungsmissbrauch verhindert werden. Zusätzliche Funktionen sind vorgesehen.

Unabhängige Patientenberatung:
Die Finanzierung der „Unabhängigen Patientenberatung“ wird dauerhaft sichergestellt. Sie ist ein Netzwerk unabhängiger Beratungseinrichtungen, die vertraulich und kostenfrei Patienten bei Problemen rund um das Gesundheitswesen telefonisch beraten. Auch persönliche Gespräche sind nach Terminvereinbarung möglich.

Frühe Nutzenbewertung für Arzneimittel:
Seit 2011 wird für jedes Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff, das auf dem Markt eingeführt wird, der Nutzen bewertet und auf dieser Grundlage ein Erstattungsbetrag vereinbart (§ 35b SGB V). Der gemeinsame Bundesausschuss sieht eine Beurteilung des Zusatznutzens innerhalb von drei Monaten nach Zulassung vor. Das pharmazeutische Unternehmen muss künftig ein Dossier vorlegen, das bei Markteinführung eines Arzneimittels mit neuen Wirkstoffen durch Studien belegt, welchen Zusatznutzen das Arzneimittel gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie hat. Bei fehlendem Zusatznutzen wird ein Höchstbetrag festgesetzt. Nur Präparate, die besser als bereits vorhandene Medikamente sind, dürfen auch mehr kosten. Nach dem Beschluss des Bundesausschusses können die Krankenkassen dann mit dem Arzneimittelhersteller in Preisverhandlung treten.

Arzneimittelforschung:
Für neue Arzneimittel müssen die Hersteller alle Ergebnisse ihrer Studien „zeitnah“ veröffentlichen, positive genauso wie negative. Unabhängige Studien, die nicht von der Pharmaindustrie gesponsert werden, sind nicht Pflicht.

Wahlfreiheit bei Medikamenten:
Vielen Patienten, die regelmäßig mehrere Medikamente nehmen, haben sich an ein bestimmtes Präparat gewöhnt und möchten nicht wechseln, auch wenn ein anderes Produkt günstiger ist und den gleichen Wirkstoff hat. Sie fürchten Verwechslungen oder zusätzliche Nebenwirkungen durch Füll- und Zusatzstoffe, andere Namen und Verpackungen. Deshalb wurde die Wahlfreiheit bei Medikamenten eingeführt.

Versicherte, die sich gegen ein rabattiertes Medikament ihrer Krankenkasse entscheiden, können das Wunschpräparat ab Januar trotzdem in der Apotheke bekommen. Dieses muss allerdings zunächst selbst bezahlt werden und kann danach mit der Rezeptkopie bei der Krankenkasse im Rahmen der Kostenerstattung eingereicht werden. Diese zahlt dann lediglich den Preis des rabattierten, günstigeren Medikaments abzüglich einer Verwaltungskostenpauschale. Die Apotheke behandelt die Wunschmedikation wie ein Privatrezept und zieht bei der Berechnung weder den Hersteller- noch den Apothekenrabatt ab. Diese „Wahlfreiheit“ oder Mehrkostenregelung wird von der Politik als Verbesserung für Patienten bezeichnet. Sie birgt für gesetzlich Versicherte aber hohe Risiken, da für den Patienten deutliche Mehrkosten anfallen, die ganz schnell mal ein paar Hundert Euro betragen können. Erschwert wird der Medikamentenwechsel noch dadurch, dass die Rabattverträge nicht veröffentlicht werden. Dadurch weiß im Vorfeld weder der Apotheker, noch der Arzt und erst recht nicht der Patient, welchen Betrag die Krankenkasse tatsächlich erstattet. Wer von der Mehrkostenregelung Gebrauch machen will, sollte sich in jedem Fall im Vorfeld über die für ihn entstehenden Kosten informieren. Schon länger schließen Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern Rabattverträge ab. Dadurch erhalten sie verschreibungspflichtige Medikamente zu einem deutlich günstigeren Preis. Auch Versicherte profitieren von diesen Einsparungen, da dann häufig keine Zuzahlung anfällt. Bisher war der Apotheker dann verpflichtet eines der drei preisgünstigsten Medikamente auszuhändigen. Ab 2011 darf bei einem bestehenden Rabattvertrag nur noch dieses Medikament abgegeben werden, auch wenn ein anderes nicht rabattiertes Präparat günstiger ist. Da es inzwischen sehr viele Rabattverträge gibt, kann es durchaus sein, dass bei einer Krankenkasse nur ein Rabattpartner für einen Wirkstoff zu Verfügung steht.

Grundsätzlich sind wirkstoffgleiche Medikamente nicht schlechter als bisher verschriebene. Bei Unverträglichkeiten sollte der Patient mit dem behandelnden Arzt sprechen. Dieser kann das gewohnte Medikament verordnen (aut-idem), ohne dass dem Versicherten Zusatzkosten entstehen. Allerdings belasten „aut-idem“ Medikamente das Budget des Arztes.

Brigitte Sakuth

Quelle: BGM, dpa,1AKrankenversicherung, Regierung online, SoVD

Unser Immunsystem – Hüter der Gesundheit

An unsere Abwehrkräfte werden vor allem in der Grippezeit pausenlos Anforderungen gestellt. Dazu gehören neben beruflichen und privaten Belastungen und Schwankungen im körperlichen Befinden vor allem Krankheiten und Infekte.

Viren, Pilze, Parasiten und Bakterien versuchen ununterbrochen in unseren Körper einzudringen und uns zu schaden. Sie befinden sich in der Atemluft, auf unserer Haut, in Nahrungsmitteln und sogar in unserem Körper, z. B. im Verdauungssystem. Für unsere Gesundheit und zum Schutz vor Infektionen spielt das Immunsystem eine entscheidende Rolle, es bekämpft die Viren und Bakterien, ist an der Wundheilung beteiligt, setzt sich mit Schadstoffen auseinander und ist in der Lage entartete, körpereigene Zellen (Tumorzellen) zu erkennen und zu zerstören.

Wie funktioniert das Immunsystem?

Es ist ein hochkomplexes und sensibles Netzwerk, das über den gesamten Organismus verteilt ist. Zum Immunsystem gehören Organe wie die Milz und der Thymus, die Mandeln, die Lymphknoten, Knochenmark, lymphatisches Gewebe des Darms und spezielle Blutzellen. Im Thymus werden die T-Lymphozyten geprägt, die eine wichtige Aufgabe bei der speziellen Immunabwehr haben. Außerdem ist der Thymus zuständig für die Hormonproduktion von Thymosin und Thymopoietin, die die Reifung der Immunzellen in dem Lymphknoten steuern.

Die Bekämpfung der Erreger erfolgt durch ein System aus ineinander übergreifenden Mechanismen, die sich ergänzen. Der unspezifische, angeborene Abwehrmechanismus ist von Geburt an aktiv und richtet sich gegen alle Fremdlinge im Körper. Gelangen Viren oder Bakterien in den Körper, werden die Fress- und natürlichen Killerzellen aktiv. Sie identifizieren den Erreger, nehmen die fremde Zelle in sich auf und zerstören sie.

Manchmal werden Eindringlinge wegen ihrer geschickten Tarnung nicht sofort als gefährliche Fremdzelle erkannt. Dann kommt die spezifische, erworbene Immunabwehr zum Einsatz, die in der Lage ist, spezielle Oberflächenstrukturen der Antigene wiederzuerkennen (immunologisches Gedächtnis). Zu diesen Abwehrzellen gehören die B- und T-Lymphozyten. Sie markieren die Erreger (Antigene) mit speziellen Eiweißstoffen (Antikörper oder Immunglobuline) und machen sie so für die natürlichen Killer- und Fresszellen kenntlich. Ein Teil dieser Lymphozyten wandelt sich nach dem Antigenkontakt in Gedächtniszellen um. Das macht beim nächsten Kontakt mit diesem Antigen eine schnellere und intensivere Produktion von den spezifischen Antikörpern möglich. Dadurch verkürzt sich die Reaktionszeit unseres Immunsystems. Die spezifische Abwehr ist also erst möglich, wenn unser Körper mit dem Erreger in Kontakt kommt. Im Idealfall wird so der Ausbruch der Krankheit verhindert.

Darauf beruht auch das Prinzip der Schutzimpfungen, bei dem eine geringe und unschädliche Menge eines Erregers dem Organismus zugeführt und dadurch eine Immunantwort hervorgerufen wird.

Bei einer Allergie reagiert unser Immunsystem mit einer übersteigerten Reaktion auf Stoffe, die normalerweise keine Gefahr für unseren Organismus bedeuten. Diese überschießende Reaktion führt zu Entzündungsprozessen im Körpergewebe oder den Organen. Insbesondere die Schleimhäute von Darm, Augen, Nase und Bronchien und die Haut neigen zu heftigen Reaktionen. Hat das Immunsystem einmal übersteigert reagiert, erinnert es sich immer wieder daran. Es ist sensibilisiert. Kommt es mit demselben Fremdstoff wieder in Kontakt, reagiert es viel schneller und heftiger, als beim ersten Mal. Stoffe, die eine Allergie auslösen, nennt man Allergene. Viele Allergene haben einen natürlichen Ursprung, z. B. Blütenpollen oder Insektengifte. Andere sind Umweltgifte oder sonstigen chemischen Ursprungs, z. B. Autoabgase, Parfüm oder Farbstoffe. Gerade die chemischen Auslöser haben stark zugenommen. Die Stoffe, die der Mensch in die Umwelt bringt, werden immer vielfältiger und ihre Zahl nimmt stetig weiter zu. Da kann ein normales Immunsystem oft nicht mehr mithalten. Deshalb wird häufig eine Hyposensibilisierung durchgeführt. Dem Allergiker wird über einen Zeitraum von etwa drei Jahren das entsprechende Allergen in langsam ansteigender Dosis gespritzt. Dadurch wird die Überempfindlichkeit der Immunabwehr reduziert und eine allergische Reaktion verhindert. Leider ist das aber nicht in allen Fällen möglich und erfolgreich.

Schutz vor freien Radikalen

Freie Radikale entstehen als „Abfallprodukte“ zahlreicher Stoffwechselprozesse im menschlichen Organismus. Sie sind in der Lage, Körperzellen und das in ihnen enthaltene Erbgut zu schädigen. Sie entstehen auch durch Rauchen, Sonneneinstrahlung, Smog und Ozon. Zur Abwehr stehen dem Körper verschiedene antioxidative Systeme zur Verfügung, die die Radikalen abfangen und sie unschädlich machen. Vitamine sind direkt in der Lage, freie Radikale zu neutralisieren. Sie müssen von außen zugeführt werden, da der Körper sie nicht selbst herstellen kann. Zu diesen antioxidativen Mikronährstoffen (Vitamine) gehören:

Vitamin C – unterstützt außerdem die Abwehr von Bakterien, fördert aktivierte T-Zellen und mindert allergische Reaktionen.

Vitamin E – unterstützt zusätzlich die Bildung von Antikörpern und aktiviert die T-Zellen.

Vitamin A - sorgt auch noch für eine feuchte Oberfläche der Schleimhäute und verstärkt so die Abwehrleistung und stimuliert verschiedene Abwehrzellen.

Betakarotin - stimuliert die Abwehrzellen. Es ist eine Vorstufe von Vitamin A.

Vitamin B – ist wichtig für die T-Zellen und B-Zellen, unterstützt die Bildung von Antikörpern und fördert die Antigen- Antikörper- Reaktion

Folsäure - ist für die Bildung von Antikörpern notwendig. Es fördert die Aktivität der Abwehrzellen

Daneben gibt es antioxidative Enzyme, die vom Körper selbst gebildet werden und freie Radikale neutralisieren. Hierzu benötigt der Organismus jedoch eine ausreichende Versorgung mit Spurenelementen, die als Bausteine des Enzymsystems dienen. Sie müssen dem Körper über die Nahrung zugeführt werden. Zu den Spurenelementen (Mineralstoffe) gehören

Selen – es erhöht die Aktivität der Fresszellen, fängt freie Radikale und hilft bei der Entgiftung durch Schwermetalle.

Zink - fördert die Bildung von Gedächtniszellen, hilft bei der Antikörperbildung, erhöht die Aktivität der Fresszellen. Ein Mangel lässt die Thymusdrüse (Schulungsstätte der T-Zellen) schneller schrumpfen

Kupfer - ist wichtig für die Hormone der Thymusdrüse, beeinflusst möglicherweise die Antikörperbildung und aktiviert wahrscheinlich die Fresszellen.

Magnesium - erhöht die Beweglichkeit der Fresszellen, indem es die Durchlässigkeit der kleinen Blutgefäße verbessert. Es fördert wahrscheinlich die Bildung von Antikörpern.

Eisen - Der Körper braucht Eisen zum Transport von Sauerstoff. Es fördert die Beweglichkeit der T-Zellen und ist wichtig für die Blutbildung. Ein Mangel senkt den "Appetit" der Fresszellen.

Calcium – ist am bekanntesten. Es spielt bei Allergien und Osteoporose eine große Rolle.

Jod – ist das zentrale Element des Schilddrüsenhormons, das zahlreiche Stoffwechselprozesse reguliert.

Weil die Aufgaben des Immunsystems so komplex sind, ist es auf eine ausreichende Versorgung mit Vitaminen und Spurenelementen angewiesen. Einzelne Zellen des Immunsystems müssen ständig nachproduziert werden. Kommt es zu Engpässen in der Mikronährstoffaufnahme, wird die Erneuerung der Zellen gestört und die Abwehrkraft kann nachlassen. Es müssen daher ständig alle benötigten Substanzen in ausreichender Menge durch die Nahrung aufgenommen werden. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt täglich 650 – 700 g an Obst und Gemüse (5 Portionen) zu essen, daneben reichlich Vollkorn- und Milchprodukte, Fisch 2-mal in der Woche und ausreichendes Trinken. Wurst, Fleisch und Fett sollten in Maßen, Zucker und Salz nur sparsam verwendet werden. Um das Immunsystem zu unterstützen ist regelmäßige Bewegung an der frischen Luft, ausreichend Schlaf und Verzicht auf übermäßigen Alkoholkonsum und Rauchen sehr effektiv.

Menschen, die an chronischen oder akuten Krankheiten leiden, Raucher und auch ältere Menschen haben einen erhöhten Bedarf an Mikronährstoffen, der über die Ernährung nicht zu decken ist. Sie können deshalb auf die gezielte Zufuhr zusätzlicher Nährstoffe angewiesen sein. Das sollte dann aber mit dem Arzt abgesprochen werden.

Brigitte Sakuth - Quelle: medizininfo, Orthomed, Netdoktor.

Erwerbsminderungs-renten

Rentenkürzung bei Erwerbsminderungsrenten vor dem 60. Lebensjahr

Das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe hat Abschläge auf Erwerbsminderungsrenten, die vor dem 60. Lebensjahr beginnen, für verfassungsgemäß erklärt (Aktenzeichen: 1 BvR 3588/08 und 1 BvR 555/09 - Beschluss vom 11. Januar 2011).

Damit wurde eine Verfassungsbeschwerde von zwei Betroffenen gegen eine Rentenkürzung verworfen. In dem Grundsatzbeschluss sahen die Karlsruher Richter den seit 2001 geltenden Abschlag von maximal 10,8 % nicht als Verstoß gegen den geltenden Gleichheitsgrundsatz in der Verfassung an. Auch Versicherten, die vor dem 60. Lebensjahr eine Erwerbsminderungsrente beantragen, sei eine Kürzung des sogenannten Zugangsfaktors zumutbar. Denn sie profitierten von der gleichzeitig eingeführten erhöhten Zugangszeit und vom früheren Rentenbezug. Dadurch werde die Kürzung der Erwerbsminderungsrente für diese Versichertengruppe im Ergebnis erheblich gemildert. Die Folge sei, dass die Bezieher einer Erwerbsminderungsrente mit deutlich geringeren Abschlägen belastet würden als Versicherte, die vorzeitig eine Altersrente in Anspruch nähmen.

Kein Leistungsanspruch auf Erwerbsminderungsrente
Kann ein Arbeiter aus gesundheitlichen Gründen seine Tätigkeit nicht mehr ausüben, hat er keinen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Voraussetzung ist, dass er in der Lage ist, täglich sechs Stunden eine andere Tätigkeit auszuüben. Für den Anspruch auf Rente zählt nur das Leistungsvermögen. (rechtskräftiges Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 27. Mai 2010 (Az.: L 3 R 510/06).

Brigitte Sakuth
Quelle: ihre-vorsorge.

Schnell und sicher in die Tiefenatmung

Haben Sie schon einmal von der Tiefenatmung gehört?
"Tiefenatmung..., na ja, man atmet eben mal tief ein. Das ist doch nichts Besonderes."
Vielen Menschen ist ihre eigene Art des Atmens nicht bewusst ..., sie unterschätzen ihre Bedeutung für den menschlichen Organismus. Eine Neuentwicklung der Taxxos GmbH aus Braunschweig will dabei helfen, wieder zurück zu einer natürlichen und gesunden Atmung zu finden.

Haben Sie schon einmal von der Tiefenatmung gehört?
"Tiefenatmung…, na ja, man atmet eben mal tief ein. Das ist doch nichts Besonderes."
Vielen Menschen ist ihre eigene Art des Atmens nicht bewusst …, sie unterschätzen ihre Bedeutung für den menschlichen Organismus. Eine Neuentwicklung der Taxxos GmbH aus Braunschweig will dabei helfen, wieder zurück zu einer natürlichen und gesunden Atmung zu finden.

Das Prinzip der Atmung ist für jeden Menschen lebensnotwendig. Einatmen und Ausatmen …, eine vollkommen natürliche Bewegung des Körpers. Doch die meisten Menschen atmen ungünstig …, zu schnell, zu flach und zu viel, zu sehr im oberen Brustbereich. Das hat sowohl Auswirkungen auf die Anzahl der tatsächlich für die Atmung genutzten Lungenbläschen, als auch auf die Zusammensetzung der sogenannten Blutgase Sauerstoff und Kohlendioxid, deren Verhältnis zueinander für die Verwertung des aufgenommenen Sauerstoffs im Körper zuständig ist.
Die Tiefenatmung hilft dabei, die Ausnutzung der Lunge zu verbessern. Durch das Atmen zum Zwerchfell und zu den Flanken hin wird der untere Brustkorb mechanisch etwas erweitert, und so eine größere Aufnahmefläche für die Sauerstoffversorgung geschaffen.
Damit der im Blut vorhandene Sauerstoff auch gut verwertet werden kann, ist es wichtig, dass auch eine bestimmte Menge an Kohlendioxid vorhanden ist. Durch eine schnelle und flache Atmung werden diese Werte durcheinandergebracht. Die Tiefenatmung hilft auch dabei, diese Anteile der Blutgase so zu regulieren, dass der vorhandene Sauerstoff besser genutzt werden kann, und wir uns wieder frischer und wohler fühlen.

Eine gute Sauerstoffversorgung sämtlicher Körperzellen ist mitentscheidend für unser aller Wohlbefinden. Wenn Organe, Muskeln und Gewebe gut mit Sauerstoff versorgt sind, fühlen wir uns leistungsfähig, konzentriert und entspannt.
Eine gute Sauerstoffversorgung ist für alle Menschen und Tiere lebenswichtig. Aber mindestens genauso wichtig für die Gesundheit ist ein beruhigtes und entspanntes vegetatives Nervensystem.

Das vegetative Nervensystem ist eine Schalt- und Regulationszentrale für alle Körperfunktionen im menschlichen Körper: es beschleunigt oder verlangsamt Herz und Kreislauf, den Blutdruck, die Verdauung, die Produktion der Hormone usw., es reguliert unser Schlafverhalten und unsere Emotionen, und … es kann über eine gesunde, im richtigen Rhythmus durchgeführte Tiefenatmung positiv beeinflusst werden. Die Atmung hat dabei einen sofort fühl- und messbaren Einfluss auf die Regulation des Nervensystems. Eine gesunde Atmung führt dabei in eine sofort spürbare, tiefe Entspannung, das Herz beruhigt sich, und die Muskeln entspannen sich.

Doch wie wendet man die Tiefenatmung überhaupt an? Wie kann man sicher sein, dass man da nichts falsch macht? Und vor allem: dass man die Atmung auch genau in dem nachgewiesen gesunden Rhythmus durchführt, der zur Tiefenatmung mit allen ihren Gesundheitswirkungen führt?
Genau zur Lösung dieses Problems hat die Taxxos GmbH aus Braunschweig den "Atemdirigenten" entwickelt.

Mithilfe dieses kleinen Gerätes kann der Anwender sicher und einfach aus mehreren Atemrhythmen denjenigen aussuchen, der für ihn zunächst am passendsten und einfachsten zu atmen ist. Dabei führt jeder dieser Rhythmen dazu, dass wir es lernen, unsere Lungenkapazität wieder mehr zu nutzen, anstatt flach in den oberen Brustbereich hinein zu atmen.
Geht denn das so einfach? Denn wie alle wissen, die sich schon mal mit dem Erlernen von Atemrhythmen beschäftigt haben, ist es äußerst schwierig, sich so zu konzentrieren, dass man seinen eigenen Atemrhythmus über einen längeren Zeitraum willentlich verändert. Der Atemdirigent löst dieses Problem, indem er die gesunden Rhythmen und Zeiten zum regelmäßigen Ein- und Ausatmen durchgängig über sanfte Vibrationsimpulse vorgibt. Diesen Impulsen folgt man einfach mit der eigenen Atmung. Der Atemdirigent erleichtert damit den Konzentrationsvorgang auf die eigene Atmung in hohem Maße, und begleitet den Lernenden sicher durch die Übungen. Jeder gesundheitsbewusste Mensch ist damit sofort und nahezu überall in der Lage, von den positiven Wirkungen einer gesunden Atmung zu profitieren.

Es lassen sich beim Atemdirigenten insgesamt vier verschiedene Atemrhythmen einstellen.

Bereits nach den ersten Atemzügen «gesunder» Atmung mit dem Atemdirigenten kann eine verbesserte Herzanpassungsleistung, d.h., eine bessere Regulationsfähigkeit des vegetativen Nervensystems, gemessen werden (ein Messwert, der den allgemeinen Gesundheitszustand anzeigt). Das vegetative Nervensystem wird beruhigt, und der Körper kann tief entspannen und regenerieren.

Die Herzanpassungsleistung sagt als genereller Gesundheitsmesswert etwas über die Regulationsfähigkeit unseres vegetativen Nervensystems aus. Von der Regulationsfähigkeit des vegetativen Nervensystems werden alle untergeordneten Systeme wie Blutdruck, Herz-Kreislauf, Hormonspiegel usw. beeinflusst.

Bei älteren und/oder unsportlichen Menschen sinkt diese Regulationsfähigkeit normalerweise im Laufe der Zeit. Durch sportliche Betätigung oder richtige Atmung lässt sich die Herzanpassungsleistung aber wieder steigern, so dass das vegetative Nervensystem wieder in seiner Regulationsfähigkeit unterstützt und gestärkt wird, und alle von ihm gesteuerten Körperfunktionen schließlich wieder besser funktionieren.

Tägliche Atemübungen, unterstützt durch den Atemdirigenten, tragen dazu bei, die Regulationsfähigkeit des vegetativen Nervensystems auch langfristig wieder zu steigern, sowie die Sauerstoffversorgung zu verbessern.
Regelmäßige Messungen können den Fortschritt dokumentieren.

Die weiteren Vorteile des Atemdirigenten sind vor allem seine Handlichkeit und seine einfache Anwendung. Er kann bequem in der Hosentasche oder in der Handtasche nahezu überall hin mitgenommen werden. Das macht ihn zum idealen täglichen Begleiter, der uns in Belastungssituation unterstützen, und zu unserer Entspannung und unserem Wohlbefinden beitragen kann.

Möchten Sie mehr über die Taxxos GmbH und den "Atemdirigenten" erfahren? Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns. Eine Homepage unter der Adresse www.atemdirigent.de befindet sich derzeit im Aufbau. Bald können Sie sich auch dort informieren.

Taxxos GmbH
Ansprechpartnerin: Frau Heidrun Fehrl
Salzdahlumer Strasse 196
38126 Braunschweig
0531-6803610
info@taxxos.de

Kündigung bei Krankheit

Ist ein Arbeitnehmer krank, müssen nach gängiger Rechtssprechung drei Voraussetzungen vorliegen, damit eine krankheitsbedingte Kündigung wirksam ist. Viele Arbeitnehmer gehen deshalb aus Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren, krank zur Arbeit. Dadurch ist der Krankenstand in den letzten Jahren zurückgegangen. Im Kündigungsschutzgesetz ist festgelegt, wann einem Arbeitnehmer gekündigt werden kann. Neben der betriebsbedingten Kündigung oder der Kündigung auf Grund des Verhaltens des Arbeitsnehmers ist auch eine in der Person des Arbeitnehmers liegende Kündigung möglich.

Zur personenbezogenen Kündigung zählt die Kündigung wegen Krankheit. Die Gründe müssen in der Person bzw. seinen Eigenschaften liegen und vom Beschäftigten nicht steuerbar sein. Es braucht keine Abmahnung ausgesprochen werden.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, für den Fall, dass Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, mit dem Betriebs- oder Personalrat abzuklären, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden (Rehabilitation) werden kann, oder mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (Prävention). Im SGB IV § 84 Abs. 2 ist die Verpflichtung des Arbeitgebers für das betriebliche Eingliederungsmanagement festgelegt.

Ebenso muss bei einer Kündigung eine negative Gesundheitsprognose vorliegen. Das bedeutet, dass mit weiteren Erkrankungen des Arbeitnehmers in ähnlichem Umfang zu rechnen ist. Außerdem müssen die zu erwartenden Fehlzeiten zu einer erheblichen Beeinträchtigung der wirtschaftlichen oder betrieblichen Interessen des Arbeitgebers führen.

Ist auch in Zukunft von mehrmaligen Kurzerkrankungen auszugehen, muss der Arbeitgeber immer wieder bis zu 6 Wochen die Entgeldfortzahlung leisten. Das führt für ihn zu erheblichen Kosten und evtl. betrieblichen Beeinträchtigungen und kann eine Kündigung rechtfertigen.

Bei dauernder Arbeitsunfähigkeit und einer negativen Gesundheitsprognose, wie es bei COPD der Fall ist, kann ebenfalls eine Kündigung ausgesprochen werden.

Auch bei einer lang andauernden Krankheit, unsicherer oder negativer Zukunftsprognose und nach Abwägung der Interessen, kann dem Arbeitnehmer gekündigt werden.

Der Betriebsrat ist nach § 102 des BetrVG vor jeder Kündigung anzuhören. Um eine willkürliche Kündigung auszuschließen, müssen alle Tatsachen unter Beweis gestellt werden (Kündigungsschutzgesetz § 1 Abs. 4).

Brigitte Sakuth
Quelle: Karl-Heinz Hellmick, Experte in Arbeitsrecht

Wir in der Presse...

So wird in anderen Presseorganen über die Aktivitäten unserer Selbsthilfegruppen berichtet

Mögen doch einmal Andere zu Worte kommen. Denn es ist doch auch sehr aufschlussreich, wenn man weiß, wie über uns und unsere Selbsthilfegruppen gedacht und geschrieben wird. Lesen Sie also wie z.B. im Paritätischen Wohlfahrtsverband in einer Pressemitteilung berichtet wird.
Der Verfasser Dieter Klocke versuchte sich in die Situation von uns Betroffenen zu versetzen. Er, sowie Simone Lechner; Leiterin der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS), erteilten uns die Genehmigung zur weiteren Veröffentlichung. Hierfür unseren Dank an die Beteiligten.

Hartmut Domagala

Reisen mit der "Wiesmoornixe" ist fast schöner als ein Überseeflug

Lungenemphysem-Selbsthilfegruppen unternehmen Motorschiff-Fahrt auf dem Moorkanal bei Wiesmoor/Flugreisen sind in vielen Fällen hingegen fast unmöglich für Menschen mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen

Friesland/Delmenhorst/Rotenburg-Wümme/Wiesmoor.
Idylle und Harmonie pur erlebten die Ausflügler von Lungenemphysem-Selbsthilfegruppen aus Friesland, Rotenburg/Wümme und Delmenhorst am Wochenende: An die 50 Frauen und Männer mit schweren Atemwegs- und Lungenerkrankungen und ihre Partner genossen die Fahrt mit dem gemütlichen Motorschiff "Moornixe" auf dem schmalen Nordgeorgsfehnkanal und die gemeinsame Unternehmung für einen sonnenüberstrahlten Tag. "Das hat mir mehr gegeben als eine weite Flugreise, die ich in meiner krankheitsbedingten Situation ohnehin nur als problematisch erleben kann!" So eine begeisterte Mitreisende an Bord der "Moornixe", einem 80 Jahre alten Motorschiffoldtimer.

Zugbrücke am Nordgeorgsfehnkanal

Eigentlich ist der an manchen Stellen ziemlich schmale Nordgeorgsfehnkanal vor gut 100 Jahren von den Moorarbeitern in mühsamer Handarbeit für den Transport von Torf in Richtung Oldenburg und Bremen gebaut worden und nicht für einen gemächlichen Ausflugsdampfer, der noch vor 25 Jahren Weinselige auf der Mosel beförderte. Kapitän und Schiffspächter Johann Losse hatte bis zum Grillplatz am Kanalufer, zwei Schiffstunden von Wiesmoor entfernt, reichlich Zeit über die Wassertiefe (1,20 Meter), die drei uralten, manuell zu bedienenden Schleusen, über die Pumpwerke, welche die Kanalidylle stets mit ausreichend Wasser unterm „Wiesmoornixenkiel“ aus Jümme und Ems versorgen, zu berichten.

Am Nordgeorgsfehnkanal

Schipper Losse und sein eingespieltes sympathisches Familienteam brachten die Reisenden dann auch sicher zu einem zünftigen Grillen unter schattigen Bäumen am Kanalufer. Die Begeisterung über den in jeder Beziehung wunderbaren Reisetag mochte der Anlass sein, dass irgendwann am „Biertisch“ im Walde eine Diskussion über "Reisen mit dem Flugzeug" entstand: Ursula Westphal, eine Lungenemphysem-Patientin aus Achim, erzählte von einer Türkeireise: "Die vier Stunden schaffe ich gerade noch - mein Arzt hat dazu grünes Licht gegeben". Nur ihre Ängste vor Luftnot ohne Sauerstoff-Unterstützung könne man nicht wegdiskutieren.

In der Tat, dürfen Menschen, die im Alltag auf ihre Sauerstoffgaben im mitgeführten Rucksacktank angewiesen sind, in der Regel einen Flieger so einfach gar nicht erst betreten. Eine verbindliche Regelung unter den Airlines gebe es nicht, bedauern die Sprecher der Selbsthilfegruppen Hartmut Domagala (SHG-Elbe-Weser-Dreieck) und Günter Tepper (Wilhelmshaven/Friesland). Andere Gesprächsteilnehmer versicherten, es habe wiederholt Fälle gegeben, dass Lungenemphysem-Betroffene in buchstäblich letzter Minute auf dem Flugplatz zurückbleiben mussten. Es sei denn, der Chefpilot erteilt letztendlich die Genehmigung.

So sieht das Problem der Menschen aus, die auf ihre relativ kleinen Sauerstofftanks nicht verzichten können: Im Gegensatz zu Gesunden haben Betroffene schon Schwierigkeiten, wenn bei einer Flughöhe von ca. 10.000 Metern ein Kabineninnendruck vergleichbar mit einer Höhe von ca. 2000 Metern herrscht. Auswirkungen hat dies zum Beispiel auf die Sauerstoffsättigung, die dadurch unter ein gewisses Maß sinken kann. Betroffene können deshalb auf eine zusätzliche Versorgung mit Sauerstoff angewiesen sein. Der Wunsch von Medizinern und Patienten, die Fluggesellschaften möchten sich auf "einheitliche Regelungen, die eine Mitnahme von Sauerstoff an Bord ermöglichen, einigen" ist nur allzu verständlich.

SHG - Lungenemphysem-Leute an der "Moornixe

Ein Erinnerungsfoto vor der "Wiesmoornixe" am Ufer des Nordgeorgsfehnkanals. Von dem kleinen Kanal aus können Boote in den großen Ems-Jade-Kanal einfahren.

Sauerstoff-Tankstelle

Wenn Lungenemphysem-Selbsthilfegruppen mehrstündige gemeinsame Ausflüge, sei es mit der Bahn oder mit dem Bus machen, sorgen die Organisatoren der Reise dafür, dass eine Sauerstoff-Tankstelle an Bord ist. Auf dem Bild laden Eleonore Mackeben (links) und Hilke Wäsch ihre tragbaren Mobiltanks an Deck der "Moornixe" auf.

Foto: Pari/Klocke /pari/dik

Koordinator für die DEG-Selbsthilfegruppen
Hartmut Domagala
Everinghauser Str. 111
27367 Sottrum
Tel. 04264 - 8 74 13

Lexikon: Lebensmittelunverträglichkeit

Wenn der Körper mit Beschwerden auf Nahrung reagiert, liegt eine Lebensmittelunverträglichkeit vor. Unter diesem Begriff werden verschiedene Krankheitsbilder zusammengefasst. So gibt es toxische Unverträglichkeitsreaktionen, zu denen die Lebensmittelvergiftung gehört. Sie ist die normale Antwort auf verdorbenes Essen. Dagegen leiden nur manche Menschen unter nichttoxischen Unverträglichkeitsreaktionen. Diese werden danach unterteilt, ob das Immunsystem beteiligt ist oder nicht. Bei einer echten Lebensmittelallergie stuft das Immunsystem einen Lebensmittelbestandteil als gefährlich ein und startet einen Abwehrprozess mit Hilfe von IgE-Antikörpern. Ist das Immunsystem nicht involviert, handelt es sich um eine pseudoallergische Intoleranzreaktion. Ursachen können ein Enzymmangel (bei Lactose-Intoleranz fehlt das Enzym Lactase), Transportprobleme (bei Fructose-Intoleranz wird nicht genügend Fruchtzucker aus dem Darm ins Blut aufgenommen) oder Überempfindlichkeiten (auf Histamin in Käse oder Wein bei Histamin-Intoleranz) sein. Auch auf Konservierungs- und Farbstoffe gibt es pseudoallergische Reaktionen.

Foto: Claudia Hautumm / pixelio.de

Eingebildete Allergiker?

Quelle: Süddeutsche Zeitung

Jeder 5. Deutsche glaubt, er habe eine Allergie.

Aus Furcht vor heftigen, oder sogar gefährlichen körperlichen Reaktionen verzichten viele Menschen auf Nahrungsmittel, die sie eigentlich gerne essen würden. Von den 20% der Deutschen, die glauben allergisch zu sein, bleiben nach gründlicher Untersuchung nur 2 % mit einer echten Lebensmittelallergie übrig. (Jörg Kleine-Tebbe, Allergologe am Allergie- und Asthmazentrum Westend in Berlin). Die allergieauslösenden Pollen-Eiweiße (Allergene) binden sich an bestimmte weiße Blutkörperchen, die bestimmte Botenstoffe (Histamin) abgeben. Diese rufen dann die typischen Beschwerden der Allergie hervor.

In den USA kommt eine Expertenkommission für das US-Nationalinstitut für Allergien und Infektionskrankheiten in Bethesda (Maryland) zu einem ähnlichen Schluss.4% Erwachsene und 5% der Kinder in den USA reagieren allergisch auf Lebensmittel, dagegen sind 30% der Amerikaner überzeugt, eine Nahrungsmittelallergie zu haben. Für diese Fehleinschätzung sorgen extreme Selbstbeobachtung, falsche Diagnosen und zweifelhafte Tests.

Der Speiseplan sollte abwechslungsreich sein solange sich noch keine Allergie entwickelt hat, was besonders wichtig ist für kleine Kinder. Vermied man früher in der Nahrung für Kinder potentielle Allergieauslöser, zeigen neue aktuelle Studien, dass damit eher das Gegenteil erreicht wird. "Langes Meiden scheint das Allergierisiko sogar zu erhöhen", erklärt Torsten Schäfer, Allergologe in Ratekau und Mitautor der aktuellen Leitlinie zur Allergieprävention. Statt zur Abstinenz in den ersten Lebensmonaten raten Allergologen nun dazu, Kindern möglichst früh jene Lebensmittel zu füttern, die als besonders Allergie auslösend gelten.

So schützt Fisch - jahrelang in Babynahrung gefürchtet - offenbar sogar vor der Entwicklung von Allergien. "Das ist ein nachgewiesenermaßen präventiv wirksames Lebensmittel",

sagt Schäfer. Das gilt vor allem für fettreiche Seefische wie Makrele, Lachs und Hering mit ihrem hohen Gehalt an ungesättigten Fettsäuren. Ob auch Erwachsene durch vorschnelles Vermeiden eine Nahrungsmittelallergie erst auslösen, ist noch umstritten. Bei 80% der Säuglinge verliert sich die Allergie bis zum Schulbeginn wieder (Kleine-Tebbe), Erwachsene brauchen nicht auf eine solche Entwicklung hoffen. Wer in späteren Jahren eine Allergie entwickelt, behält sie meist. Bestimmte Lebensmittel zu meiden, ist die einzige Lösung, aber erst dann, wenn der Facharzt die Allergie wirklich diagnostiziert hat. Experten schätzen, dass in Deutschland etwa 13 Millionen Menschen unter Heuschnupfen leiden. Ärzte bezeichnen den Heuschnupfen auch als Pollinosis, saisonale allergische Rhinitis oder Pollenrhinopathie.

Die Zahl der auslösenden Stoffe kann im Laufe der Jahre immer mehr zunehmen - Menschen mit Heuschnupfen entwickeln oft sogenannte Kreuzallergien gegen andere Eiweiße, zum Beispiel aus Nahrungsmitteln. Außerdem kann es zu einem sogenannten "Etagenwechsel" kommen. Das bedeutet, dass die Allergie sich auf die unteren Atemwege ausweitet und dort zu Asthma führt (Dr. med. Angela Schelling, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde). Es ist wichtig, eine Allergie genau abzuklären, besonders im Falle einer schon bestehenden Atemwegerkrankung. Treten bei verschiedenen Lebensmitteln Allergiesymptome auf, wie es bei der Birkenpollenallergie der Fall ist, spricht man von Kreuzallergie. Der Körper reagiert auf Bet-v-1, ein Protein, mit dem sich die Pflanze schützt, wenn sie angegriffen wird. Ähnliche Eiweißstoffe finden sich in vielen Obst- und Gemüsesorten, z.B. Sellerie, Apfel, Pfirsich oder Soja. Die Folge sind häufig Ausschlag, Juckreiz oder eine geschwollene Mundschleimhaut. Durch Kochen verändert sich die Struktur des Proteins und stellt keine Reizquelle mehr dar. Es ist wichtig festzustellen, ob es sich um eine Kreuzallergie handelt oder um eine echte Allergie. Beispiel der Erdnuss: Auch in ihr steckt das Stressprotein Bet-v-1, was Kreuzallergiker durch ein starkes Kribbeln im Mund zu spüren bekommen. Das mag unangenehm sein, ist aber harmlos. Lebensbedrohlich wird es, wenn es sich nicht um eine Kreuzallergie handelt, sondern um eine echte. In diesem Fall springt das Immunsystem nämlich auf die stabilen Speicherproteine in der Erdnuss an. Schlimmstenfalls versagt das Herz-Kreislauf-System und die Betroffenen sterben an diesem anaphylaktischen Schock. Schätzungen zufolge lebt ein Prozent der Deutschen mit einer solch gefährlichen Erdnussallergie. Auch Meeresfrüchte können bei Allergikern schwere toxische Reaktionen hervorrufen.

Erst ein Test bringt Sicherheit, was nicht so ganz einfach ist. Zahlreiche Untersuchungen bringen keine Klarheit, besonders die IgG-Tests sind umstritten. Sie kosten - je nachdem, wie viele Allergene geprüft werden sollen - zwischen 200 und 400 Euro und werden nicht von der Krankenkasse übernommen. Sie zeigen, ob der Patient IgG-Antikörper gegen die getesteten Allergene gebildet hat. Daraus lasse sich schließen, auf welche Substanzen der Patient allergisch reagiere, behaupten die Anbieter. "Das ist eher Geschäftemacherei", warnt Jörg Kleine-Tebbe, "diese Antikörper produziert im Grunde jeder gesunde Körper, wenn er Nahrungsmitteleiweiße aufnimmt." Wer aufgrund der Ergebnisse eines IgG-Tests bestimmte Nahrungsmittel vom Speiseplan streicht, bringt sich völlig unnötig um Genuss und Lebensqualität, schlimmstenfalls riskiert er eine Mangelernährung. In einer Leitlinie europäischer und deutscher Allergiegesellschaften werden die IgG-Tests als sinnlos bezeichnet.

Aussagekräftiger sind die IgE-Tests, da sie Antikörper im Blut anzeigen, die ausschließlich im Verlauf einer allergischen Reaktion gebildet werden. Allerdings sagt das nur, dass eine Allergie vorliegt, und nicht, welche.

Auch der Prick-Test, bei dem verdächtige Allergene auf die Haut am Unterarm getropft und anschließend eingepikst werden, kann entscheidende Hinweise geben. Hinweise, aber keine Klarheit. "Etwa 40 Prozent der Menschen, die einen solchen Test machen, haben eine Allergiebereitschaft", sagt Kleine-Tebbe, "der Arzt spricht dann von Sensibilisierung." Eine Sensibilisierung ist aber keine Allergie, sondern lediglich eine Vorstufe, die nicht zwangsläufig zu einer echten Allergie führen muss. "Nur die Hälfte derjenigen, die eine Allergiebereitschaft haben, bildet auch wirklich eine Allergie aus", sagt Kleine-Tebbe.

Wer es wirklich wissen will, der kommt am Härtetest nicht vorbei: Goldstandard in der allergologischen Diagnostik sind die Nahrungsmittelprovokationen. Bei einem solchen Test gibt ein Arzt dem Patienten verschiedene Lebensmittel und beobachtet dessen Reaktion. Nach und nach wird die Dosis erhöht.

"Idealerweise wissen dabei weder der Patient noch der Arzt, ob es sich um das verdächtige Allergen oder ein Placebo handelt", erklärt Ulf Darsow, Oberarzt der Allergieabteilung der Dermatologischen Klinik an der TU München. Dieser Aufwand sei nötig, weil Patienten mit vermeintlichen Lebensmittelallergien ihren eigenen Körper misstrauisch beobachten und oft fälschlicherweise denken, dass sie eine Reaktion zeigen. "Da spielt der Kopf eine große Rolle, wir stellen zum Beispiel häufig eine Blutdruckerhöhung fest, wenn wir ein Placebo gegeben haben", sagt Darsow. "Wer eine klare Allergiediagnose nach aktuellen Leitlinien möchte, muss also richtig provozieren."

H. Schwick

Besuchen Sie uns im Internet:

www.deutsche-emphysemgruppe.de

Eine Zugfahrt durch Italien

Nach einem erholsamen Urlaub auf der Insel Gozo/Malta starteten wir die Rückreise im nostalgischen Hafen von Valletta. Die Fähre fuhr bei glatter See der untergehenden Sonne entgegen – ein romantischer Abschied von dieser wunderbaren Inselgruppe im Mittelmeer. Die Kabine war recht gemütlich und wir freuten uns schon, am nächsten Tag Italien vom Zug aus genießen zu können. Ein schöner Abschluss unseres Jahresurlaubs.

Nach der Nachtfahrt auf der Fähre legten wir pünktlich im Hafen von Sorrent bei Neapel an. Auf dem Schiff hatten wir unsere Papiere sicher im Brustbeutel verstaut, denn man weiß ja nie... Es war angenehm warm und wir hatten bis zur Abfahrt des Zuges noch Zeit, in ein kleines Straßencafe zu gehen. Ein herrlicher Ausblick auf Capri und die malerische Bucht.

Rechtzeitig zur Abfahrtszeit schleppten wir das Gepäck zum Bahnhof und warteten auf den Zug nach Rom. Der Bahnsteig füllte sich mit Reisenden, die Handys klingelten unentwegt, die Menschen wurden immer hektischer. Wer nicht kam, war unser Zug. Wir waren noch recht gelassen, denn wir hatten reichlich Zeit für den Umstieg in Rom eingeplant.

Endlich zuckelte der Zug in den Bahnhof. Gott sei Dank hatten wir Platzkarten, denn offensichtlich waren bereits ein oder zwei Züge ausgefallen und alle wollten nach Rom! Auf der Strecke blieb er erst mal stehen. Langsam wurden wir ungeduldig. Mein Freund erkundigte sich bei den Mitreisenden, wie man am besten vom Ankunftsbahnhof in Rom zum Abreisebahnhof komme. In Italien ist einiges anders, als bei uns! Mit Hilfe von Englisch, Deutsch und beiden Händen wussten wir dann, dass wir auf keinen Fall ein Taxi nehmen sollten, sondern die U-Bahn. Die Taxifahrer würden gern eine kleine Rundfahrt machen.

Als wir endlich in Rom ankamen, war ich inzwischen nicht mehr gelassen, sondern schon ganz schön aufgeregt, denn unser Zeitpuffer für den Umstieg war inzwischen mächtig geschrumpft. Pünktlich zur Abfahrtzeit unseres Zuges nach Mailand kamen wir endlich auf dem richtigen Bahnhof an. Mein Freund meinte, er renne schnell vorweg mit den Koffern und ich könne dann nachkommen. Er versuche den Zug aufzuhalten.

Wie nicht anders zu erwarten, musste ich dann auch noch in totaler Hektik und großer Atemnot, schweißgebadet viele Stufen nach oben steigen musste. Von meinem Freund war nichts mehr zu sehen. Die netten Italiener fragten mich besorgt: „Ambulancia? Ambulancia?“ Ich schüttelte wortlos meinen hochroten Kopf und schnappte nach Luft. Da entdeckte ich am Bahnsteig 2 den Zug nach Mailand! Und dahinten stand auch jemand mit einer roten Jacke und winkte mir zu. Erleichtert schleppte ich mich mit letzter Kraft zum nächsten Waggon, ich stieg ein, ein Pfiff, die Türen schlossen sich, der Zug fuhr ab und doch ahnte ich: DAS WAR FALSCH!!

Ich hätte mich auf den Boden schmeißen können. Die Tränen standen mir in den Augen.

Nun kam natürlich erst mal der Spray zum Einsatz. Was tun? Ich taumelte durch den langen Zug nach vorne, wo der Schaffner im Dienstabteil seine Fahrkarten zählte. Er sprach natürlich kein Englisch, geschweige denn Deutsch, ich leider kein Italienisch. So dauerte es einige Zeit, bis wir uns verständigen konnten. Der Zug hielt inzwischen an einigen Bahnhöfen. Ich hatte keinen Ausweis, keine Fahrkarte und kein Geld dabei, weil mein Freund ja alles gut weggesteckt hatte.

Der Schaffner versuchte zu telefonieren, was nicht funktionierte, weil der Zug durch alle Tunnel Italiens fuhr und keine Verbindung zustande kam. Endlich konnte er mir sagen, dass ich am nächsten Bahnhof aussteigen und mit dem nächsten Zug zurückreisen könne. Er brachte mich ganz zuvorkommend bis an die Tür und übergab mich, oh Schreck, zwei riesigen Polizisten. Die nahmen mich wie eine Gefangene in die Mitte. Na, ich dachte ich käme in den Knast. Aber wir gingen zu einem anderen Bahnsteig. Dort hielt nach einigen Minuten ein Eurocity-Zug. Niemand stieg aus, nur ich wurde dem Schaffner übergeben – wie ein Postpaket. Endlich kam Rom in Sicht. Doch wo hielt der Zug? - Auf dem Bahnhof, auf dem wir aus Sorrent angekommen waren. Mir blieb wieder die Luft weg! Der nette Schaffner bedeutete mir, dass ich sitzen bleiben solle. Mitreisende stiegen aus und wir fuhren weiter - zum richtigen Bahnhof.

Hier hat mich mein Freund erwartet. Er hatte inzwischen bei der Polizei eine Vermisstenanzeige aufgegeben, man hatte mich per Lautsprecher ausgerufen. Aber natürlich war keine Spur von mir. Nun hatten wir uns wieder getroffen und wollten die nächste Möglichkeit erkunden, Rom endlich zu verlassen. Die Bediensteten am Bahnhof schickten uns hin und her, keiner war zuständig für unser Anliegen, endlich nach Deutschland fahren zu wollen. Nach ca. 3 Stunden stellte die nette Dame am Schalter, die nur Italienisch mit uns sprach, einen Beleg aus, mit dem wir im nächsten Zug nach München - anstatt wie geplant nach Frankfurt - einsteigen konnten. Sie wünschte uns auf Englisch! eine gute Reise. Die Fahrt sollte nun endlich weitergehen. Der Liegewagenschaffner wollte uns aber nicht einsteigen lassen, sondern hielt unmissverständlich seine Hand auf. Das verstanden wir nun gar nicht. Letztendlich ließ er uns doch einsteigen. Er kam noch einmal ins Abteil und schimpfte auf Italienisch auf uns ein. Bei der zweiten Schimpferei stand mein Freund ganz langsam auf, der kleine Schaffner wurde immer leiser und dann sagte mein Freund ihm einige Worte auf Deutsch! Wir bekamen nun unser Bettzeug, hatten eine ruhige Nacht und stiegen recht entspannt in München aus.

Im zuständigen Reisebüro erklärten wir unsere Situation, bekamen anstandslos eine Karte bis nach Delmenhorst bei Bremen ausgestellt und sogar noch die Reservierungskosten für die verpassten Züge erstattet. Die restliche Fahrt im IC-Zug war herrlich. Wir hatten viel zu erzählen.
Italien ist schön, aber im folgenden Jahr fuhren wir mit dem Auto.

Eleonore Mackeben

In stillem Gedenken nehmen wir Abschied von unseren verstorbenen Mitgliedern

Das Schlimme am Tod ist nicht die Tatsache,
dass er uns einen geliebten Menschen nimmt,
sondern vielmehr,
dass er uns mit unseren Erinnerungen allein lässt.

Franz Hofer
Heinz Höfers
Heinz Schober
Joachim Schmidt
Jutta Tiemann
Klaus Gade
Günter Ißleib
Margret Hofmeister
Brigitte Stackfleth
Heinrich Josef Cordes
Joseph Prosecker
Elisabeth Bambach
Gerhard Walter
Edeltraud Madsack
Hartmut Arning
Dietlind Steck
Arnold Grotemeyer
Manfred Hornberger
Rainer Scholz
Mathilde Dürr
Ulrike Pfeifer
Helmut Monsees
Jutta Janssen - Weetz
Peter Gierl
Ulrich Fischer

(c)Aneta Blaszczyk@stock.xchng

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
Brigitte Sakuth, Petra Objartel

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen.

Deutsche Emphysemgruppe e. V.
Heide Schwick
Steinbrecherstr. 9

38106 Braunschweig

Aufnahmeantrag

Name_____ Vorname_____

Straße_____ PLZ Wohnort_____

Geburtsdatum_____ Telefon (_____)_____

Beruf_____ Fax / E-Post_____

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

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