Herbst 2021 · 29. Jahrgang
Deutschland 4,50 Euro

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent – verständlich – patientengerecht



- COPD Kümmerer
- Behinderten Pauschbetrag erhöht
- Training im Alltag
- Seuchen in der Literatur

Offizielles Organ von:
- Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V – DPLA
- AG Lungensport in Deutschland e.V.
- Sektion Deutscher Lungentag der DAL



Mit wegweisenden Therapien
komplexen Erkrankungen begegnen.

SANOFI GENZYME

Editorial



Liebe Leserinnen und Leser,

in diesem Heft finden Sie auf den Seiten 42-43 das abgedruckte Faktenblatt des RKI „Impfen für Schwangere". Äußerst aktuell enthält es nach der Ende September ausgesprochenen Empfehlung der STIKO jetzt auch schon die zweimalige COVID-19-Impfung für Schwangere und Stillende ab dem zweiten Trimenon (dem vierten Monat) der Schwangerschaft mit einem mRNA-Impfstoff. Damit ist eine wichtige Lücke in der Risikoreduktion für schwere Verläufe, den Tod oder Langzeitfolgen (Post-COVID) durch COVID-19 endlich geschlossen. Durch die wissenschaftlich begründete Entscheidung, kann endlich auch diese besonders zu schützende Gruppe unserer Bevölkerung durch die rechtzeitige Impfung einen Impfschutz für die längste Zeit der Schwangerschaft erhalten. Bisher war dies nur bei Schwangeren mit schweren Vorerkrankungen und der Gefahr für eine bedrohliche COVID-19-Erkrankung nach individueller ärztlicher Nutzen-Risiko-Abwägung möglich.

Kommen wir zu einem anderen noch nicht so einfach zu behandelndem Risiko. Die vierte COVID-Welle hat begonnen und noch immer sind viele Menschen über 60 plus und mit Begleiterkrankungen in Deutschland nicht geimpft. Auch Kinder unter 12 Jahren, die oft wenig schwer erkranken, aber Überträger der Viren sein können oder sind, erhalten noch keinen Impfschutz. Immer häufiger hört man die Frage: „Sehen wir uns wieder?" Und damit sind wir in der Situation wie fast alle Vereine in Deutschland. Am Ende von fast zwei Jahren COVID in der Welt, nach der Zoommüdigkeit, infolge auch der „Begeisterung" für unsere großartig ausgebaute Internet- und Digital-Strukturen und der Langzeitunmöglichkeit engerer Kontakte, z.B. beim Lungensport in den Gruppen und Ortsverbänden, kommt es zunehmend zu einer Vereinsmüdigkeit. Langjährige zwischenmenschliche Kontakte fehlen oder sind abgebrochen, viele ehrenamtlich Tätige haben festgestellt, dass es auch andere Lebensinhalte gibt. Ihr Einsatz und Zuspruch fehlt zunehmend. Auch die DPLA steht in den Ortsverbänden, in den Lungensportgruppen und auch im Vorstand vor diesen Problemen. Krankheiten und der Zahn der Zeit nagen am Engagement und machen sich bemerkbar. Neue engagierte Mitglieder sind jetzt bei fehlenden Veranstaltungen, Tagungen, nur schwer zu gewinnen. Dennoch ist der Bedarf an Hilfe und Unterstützung und an der Beantwortung von Fragen zu alten, aber auch vielen neuen Themen nicht zurückgegangen. Ihr persönliches Engagement fehlt uns jetzt besonders. Fühlen Sie sich angesprochen? Gleichzeitig haben wir eine „Kräftigung" unserer Bürokratie erlebt. Dauerhaft sind geschaffene Ausnahmeregelungen zur Vereinfachung, zur Anpassung an die Pandemie, nicht. Denken wir nur an die Rücknahme der Mehrwertsteuer-Absenkung. Hinzukommt, dass unser Föderalismus uns eine Vielzahl unterschiedlicher Festlegungen – wie die fallweise 2G- oder 3G-Regelung, natürlich mit Varianten und Ausnahmen z.B. zur Maskentragepflicht, beschert. Und so weiter und so fort. Mancher empfindet dies schon fast als tagesaktuelle Änderungen wie beim Wetter. Oder wie Goethe sagte: „Einen Regenbogen, der eine Viertelstunde steht, sieht man nicht mehr an".

Dennoch, wir bleiben Optimisten! Auf dem Titelblatt dieser Luftpost, sehen Sie, dass es die DPLA jetzt bereits 35 Jahre gibt und darunter – fast unter einem Baldachin – im herbstlichen Laub, zwei untergehakte Paare. Trifft auf sie nicht zu, was wir Alle viel öfter tun sollten und Wilhelm von Humboldt bereits 1810 an den Weimarer Geheimrat schrieb: „Die Natur muss gefühlt werden;".

Mit luftigen Grüßen

Ihr Dr. med. Michael Köhler
Vorsitzender der DPLA und
das gesamte Team der Luftpost

Aktuelles

5 Internistische Krankheiten als Covid-19-Risikofaktoren
7 Karin Maag trat Position beim Gemeinsamen Bundesausschuss an
8 2. Online-Seminar „Alpha-1 und die Psyche“

Zu Ihrer Information

12 Regelung der Assistenz bei Krankenhaus-aufenthalten
14 Behinderten-Pauschbetrag ab 2021 neu geregelt
16 Vorstellung des Berufsbildes „Der/Die Atmungstherapeut/in“
20 Seuchen in der Literatur - Teil 1
24 Statt Rauchen – Jetzt neue Alternativen entdecken

Klinikvorstellung

26 Medizinische Klinik und Poliklinik V für Pneumologie am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Über den Tellerrand hinaus

30 Pneumissimo e.V. ein Chor für Menschen mit eingeschränkter Lungenfunktion unter Corona

Lungensport

34 Aktiv im Alltag - Übungen mit ein oder zwei Nudelpackungen

Selbsthilfe

38 (Mein) Alltag in Quarantäne
42 Impfungen in der Schwangerschaft
44 Schutz in Pandemie-Zeiten – Persönliche Untersuchungen
45 Flyer der Atemwegsliga
46 Ortsverbände der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
48 Warum auch Sie Mitglied in der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. – der **DPLA** - werden sollten
49 Mitgliedsantrag

Rubrik

50 Impressum
50 Abonnement der Luftpost

Nachtrag: Leider ist bei dem Artikel „Selbsthilfe in Deutschland – eine Erfolgsgeschichte“ von Herrn Dipl.-Psych. Jürgen Matzat in der Sommerausgabe der „Luftpost“ (S. 38 – 41) der Zusatz Erstpublikation im „Hessischen Ärzteblatt 3/2021; S. 169 – 171“ nicht abgedruckt worden. Wir bitten um Entschuldigung.

Anzeige

STRANDKLINIK
ST. PETER-ORDING
Wissen, was dem Menschen dient.




ZURÜCK IN EINEN LEBENSWERTEN ALLTAG.

Fachklinik für Psychosomatik, Pneumologie, Dermatologie, Orthopädie und HNO/Tinnitus
Fritz-Wischer-Str. 3 | 25826 St. Peter-Ording | Telefon 04863 70601
info@strandklinik-spo.de | www.strandklinik-spo.de

Internistische Krankheiten als Covid-19-Risikofaktoren

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ruft dringend zum Impfen auf



Foto: AdobeStock / magele-picture

Mit dem exponentiellen Anstieg der Corona-Infektionen und oft folgender schwerer Erkrankungen befindet sich Deutschland am Beginn der vierten Corona-Welle, so die aktuelle Einschätzung des Robert Koch Institutes (RKI). Gerade die jüngeren Altersgruppen sind jetzt stark betroffen. Internistische Erkrankungen tragen wesentlich dazu bei, dass eine Infektion mit dem COVID-19-Virus einen schweren Verlauf nehmen kann. Dazu gehören häufige Vorerkrankungen z.B. der Lunge (wie COPD), chronische Nieren- und Lebererkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der weit verbreitete Bluthochdruck. Dabei reduziert eine Impfung gegen das Coronavirus das Infektionsrisiko um das Zehnfache. Dies gilt auch für den Fall eines „Impfdurchbruchs". Hier senkt sie vor allem die Gefahr für einen schweren Verlauf bis hin zur Aufnahme auf eine Intensivstation. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) ruft daher dazu auf, dass sich möglichst alle Menschen, bei denen keine individuellen medizinischen Gründe dagegensprechen, sich jetzt gegen Covid-19 impfen zu lassen. Aufgrund der ausreichenden Verfügbarkeit von wirksamen und gut verträglichen Impfstoffen ist dies mittlerweile in allen Bundesländern meist ohne Wartezeit möglich.

Der Anteil der Menschen in Deutschland, die bereits die für einen umfassenden Impfschutz erforderlichen zwei Corona-Impfungen erhalten haben, liegt inzwischen bei knapp über 60 Prozent – doch nachhaltig eingedämmt ist die Pandemie damit noch längst nicht. Die Zahl nachgewiesener Infektionen steigt aktuell wieder stark an. Gerade zum Ferienende, wenn die Reiserückkehrer-Welle ihren



Professor Dr. med. Georg Ertl

Höhepunkt erreicht, ist mit einem weiteren Anstieg der Erkrankungszahlen zu rechnen. „Für Ungeimpfte ist das Infektionsrisiko daher beträchtlich", sagt Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM und Kardiologe aus Würzburg. Hinzu kommt: „Laut der US-Gesundheitsbehörde Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ist die aktuell dominierende Delta-Variante des Coronavirus so ansteckend wie Windpocken."

„In diesem Zusammenhang ist es erfreulich, dass die ständige Imfkommission (STIKO) nun eine Impfempfehlung auch für Jugendliche im Alter von 12- bis 17 Jahren ausgesprochen hat", so Ertl. Bis eine hohe Impfquote auch in dieser Altersgruppe erreicht ist, werde es jedoch einige Zeit dauern – zu lange, als dass Ungeimpfte sich auf den indirekten Schutz durch eine Herdenimmunität verlassen könnten. „Angesichts der sich rasch ausbreitenden Delta-Variante kann man Risikopatienten wie unseren internistischen Patienten – aber auch allen bisher Ungeimpften – nur dazu raten, sich selbst zu schützen und die überall verfügbaren Impfangebote anzunehmen", so Ertl weiter.

Impfung ist wirksam und reduziert Covid-19-Risiken

Zu Beginn der Impfungen im vergangenen Winter lagen zwar sehr gute Daten aus den Zulassungsstudien vor, zulassungsbedingt aber nur wenige Erfahrungen mit den neuen Vakzinen außerhalb von Studien – ein Umstand, der auch manche hochpriorisierten Risikopatienten zögern ließ, sich impfen zu lassen. Mittlerweile existieren jedoch weltweit riesige Daten sowohl zur Wirksamkeit als auch zur Sicherheit der Covid-19-Impfstoffe. So ist es inzwischen gut belegt, dass auch Risikopatienten durch eine Impfung in hohem Maße vor schweren oder gar tödlichen Covid-19-Krankheitsverläufen geschützt sind.

Weltweite Erfahrungen zeigen außerdem, dass vollständig Geimpfte auch ein wesentlich geringeres Risiko für Langzeitfolgen einer Covid-19-Erkrankung haben – selbst dann, wenn es zu einem „Impfdurchbruch" mit Krankheitssymptomen kommen sollte. „Auch für die hochansteckende Delta-Variante des Virus senkt die Impfung das Risiko für eine Infektion um das Zehnfache und für einen schweren Verlauf auf das über Hundertfache", betont Professor Dr. med. Markus M. Lerch, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Uni-Klinikums München (LMU) und Vorsitzender der deutschen internistischen Fachgesellschaft (DGIM). Ertl fasst



Professor Dr. med. Markus M. Lerch

zusammen: „Wir raten deshalb dringend: Lass sich impfen, wer kann!"

Weitere Informationen:

Das Bundesgesundheitsministerium plant eine bundesweite „Impfwoche" vom 13. bis 19. September 2021. Weitere Informationen unter „#HierWirdGeimpft" und https://www.zusammengegencorona.de/impfen/wo-kann-ich-mich-impfen-lassen/

Quelle:
nach Pressemittteilung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) vom 31.08.21

ANZEIGE

Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen



Gerne senden wir Ihnen unsere attraktiven Angebote für Gesundheitswochen zu.

AHB/AR-Klinik, Rentenversicherung, alle Krankenkassen
Beihilfe, Privatzahler

Stationäre und ambulante Angebote
private Gesundheitsarrangements
Heilklimatischer Kurort, Soleheilbad, Kneipp-Kurort



Die Espan-Klinik ist eine auf die Behandlung von Atemwegserkrankungen spezialisierte Rehabilitationsfachklinik. Unter der Leitung von zwei Lungenfachärzten werden Sie von einem erfahrenen Ärzte- und Therapeutenteam nach den neusten medizinischen Leitlinien betreut.

Die ruhiger Lage direkt am Kurpark von Bad Dürrheim, das reizarme Klima auf der Höhe von 700m, die heilsame Wirkung der Bad Dürrheimer Sole und die ebene Landschaft bieten hervorragende Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Rehabilitation



78073 Bad Dürrheim, Gartenstr. 9, Tel: 07726/650 Fax: 07726/9395-929 E-Mail: info@espan-klinik.de; www.espan-klinik.de

Karin Maag trat Position beim Gemeinsamen Bundesausschuss an

Seit dem 1. Juli 2021 ist Karin Maag unparteiisches Mitglied beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Sie folgt auf Prof. Dr. Elisabeth Pott, die Ende Februar 2021 aus persönlichen Gründen aus der laufenden sechsjährigen Amtszeit ausgeschieden ist.

Die Juristin Karin Maag war seit 2009 Bundestagsabgeordnete der CDU, Wahlkreis Stuttgart. In ihrer neuen Funktion beim G-BA ist sie ab jetzt für Qualitätssicherung, Disease-Management-Programme (DMP) sowie ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) verantwortlich. Bei diesen Themen übernimmt sie den Vorsitz der beschlussvorbereitenden Unterausschüsse. Karin Maag ist nun neben Prof. Josef Hecken, ebenfalls Jurist, der als unparteiisches Mitglied auch den Vorsitz des G-BA innehat und Dr. med. Monika Lelgemann das dritte unparteiische stimmberechtigte Mitglied des G-BA. Die anderen zehn stimmberechtigten Mitglieder des G-BA im Plenum, wo für alle gesetzlich versicherten Patienten verbindliche Beschlüsse gefasst werden stellen von Seiten der Trägerorganisationen:

- GKV-Spitzenverband (Gesetzliche Krankenkassen) mit fünf Stimmen
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit drei Stimmen und bei zahnärztlichen Themen mit zwei Stimmen,

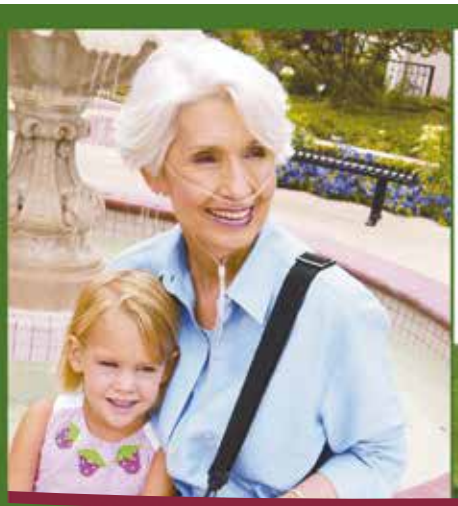

Foto: G-BA

- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) bei entsprechenden Themen mit einer Stimme und
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mit zwei Stimmen, besetzt.

Die Amtszeit von Karin Maag begann am 1. Juli 2021 und endet – wie die der anderen beiden unparteiischen Mitglieder – im Juni 2024.

Quelle: nach Pressemitteilung des gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vom 01.07.2021

Anzeige



Sauerstoff
für zu Hause und unterwegs.

air-be-c
Einfach gut betreut.
Beratungstelefon
(0365) 20 57 18 18
Folgen Sie uns auf Facebook
www.air-be-c.de

Ihr Versorger für alle Sauerstoffkonzentratoren
Bundesweit • Beste Beratung • Service vor Ort • Partner aller Kassen • Urlaubsversorgung • Miete und Kauf • Gute Preise

„Das größte Problem in der Kommunikation ist die Illusion, sie hätte stattgefunden."

von M. Tempel



Foto: AdobeStock / Seventyfour

Mit diesem Bonmot von George Bernard Shaw endet das 2. Online-Seminar „Alpha-1 und die Psyche". Das Video wendet sich beispielhaft vor allem an Angehörige von Patienten mit angeborenem Alpha-1-Antitrypsin-Mangel Mangel (AAT-Mangel).

Nach neuesten Erkenntnissen trägt mehr als jeder 50. Mensch diesen Gendefekt in sich. Er kann damit unerkannt weitervererbt werden. Man geht davon aus, dass etwa 20.000 Menschen in Deutschland von diesem Gendefekt betroffen sind, oftmals die Ursache für eine bereits im mittleren Erwachsenenalter beginnende schwere COPD. Leider dauert es im Durchschnitt oft noch 5–7 Jahre, bis die genetische Ursache entkannt wird. Entscheidend ist es daher, dass einmal im Leben ein Test auf diesen Gendefekt durchgeführt wird. So kann man eine mögliche schwerwiegende Ursache einer COPD rechtzeitig erkennen. Ein Online-Selbsttest mit 8 Fragen bei einer festgestellten COPD kann dann die Vermutung nahelegen. Eine ärztliche Überprüfung des Hinweises muss durch den schnellen, nicht eingreifenden und kostenlosen Test beim Lungenspezialisten erfolgen. Die Konsequenz aus dem Testergebnis ist entweder die Gewissheit, nicht diesen Gendefekt zu haben oder aber eine möglichst frühzeitig beginnende spezifische Behandlung zu erhalten.

Leider gibt es aber oft noch nach der ärztlichen Diagnose einer ernsthaften Erkrankung der Lunge die weitverbreitete Haltung: „Ich werde die Erkrankung annehmen, aber mich damit nicht weiter beschäftigen". Hier ist der Ansatz der zentralen Stellung zwischenmenschlicher Kommunikation. Betroffene und Angehörige (oft Kümmerer) müssen sich einfühlend austauschen und verständigen können. Unabhängig davon, wodurch ihre COPD verursacht wurde.

Kommunikation: Eine anspruchsvolle Aufgabe für COPD-Betroffene

Es ist keineswegs selbstverständlich, dass der Austausch zwischen Menschen gelingt. Kommunikation ist meist deshalb so schwierig, weil

- das Gesagte
- das Gemeinte
- das Wahrgenommene

nicht übereinstimmen.

In vielen Fällen können Missverständnisse und ihre Folgen vermieden werden, wenn einige grundlegende *Kommunikations-Regeln* beachtet werden. Allgemein bekannt sind in diesem Zusammenhang die Grundlagen des Aktiven Zuhörens:

- das Gesagte wahrnehmen
- das Gemeinte durch Rückmeldung reflektieren, bewerten und einordnen
- erst dann auf das Wahrgenommene reagieren (in Worten oder Taten)

Das klingt einfach – ist aber anspruchsvoll!

Für von COPD-Betroffene kommt hinzu, dass der Austausch aufgrund der krankheitsbedingten Belastungen und Bedürfnisse oft von Stress geprägt ist. Das Stress-Erleben weist dabei zwei Aspekte auf:

- Die Kommunikation findet **unter Stress** statt.
- Die Kommunikation **von Stress** (Stress-Erleben) ist besonders heikel.

Kommunikation unter Stress

Krankheitskümmerer bei COPD berichten vor allem von:

- *akuten* Stresssituationen
- *chronischen* Stresssituationen

Zu den *akuten Stresssituationen* zählen akute Atemnot (Dyspnoe) und Exazerbationen (plötzliche Verschlimmerung der Symptome bei einer chronischen Erkrankung). Diese Situationen versetzen Körper und Psyche in Alarmbereitschaft und erzeugen Unsicherheit und Angst. Hier kommt es in besonderem Maße auf eine entschiedene und eindeutige Kommunikation an.

Zu den *chronischen Stresssituationen* zählen Überlastung und Überforderung sowie Zukunfts- und Verlust-ängste. Auch diese anhaltenden Stresserfahrungen können zu körperlichen und psychischen Symptomen führen, z. B. zu Schlafstörungen, Anspannung, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit. Hier kommt es auf Selbstwahrnehmung und selbstfürsorgendes Handeln an.

Wie angemessene Reaktionen auf akute und chronische Belastungen im Detail aussehen können, zeigt für Patienten mit Lungenerkrankungen beispielhaft die Angehörigen-Version des Online-Seminars „Alpha-1 und die Psyche" anhand einiger Beispiele.

Info: Auf you-tube-Kanal:
www.alpha1-deutschland.org/videos-podcasts

Kommunikation von Stress

Bei den chronischen Belastungen ist es bereits angeklungen: Zur Kommunikation von Stress (Stress-Erleben) gehört die *Selbstwahrnehmung*. Darüber hinaus sind folgende Kommunikations-Prinzipien wichtig:

- Das *wann* und *wo* des Gespräches beachten (d. h. den „passenden" Moment erwischen, z. B. beim Gehen reden)
- *Ich-Botschaften* senden („Das ist mir wirklich wichtig…")
- Aktiv die *Verständlichkeit erfragen* („Falls es für Dich noch unklar ist: Soll ich nochmal anders erklären, was mir wichtig ist?")

Bis hierher ist bereits klar: Die Kommunikation innerhalb der Beziehung von Patient und Kümmerer ist eine zentrale und herausfordernde Aufgabe. Aber es wird noch anspruchsvoller…

Die Kommunikationspartner von COPD-Kümmerern

Zur Kommunikation innerhalb der Beziehung von Patient und Kümmerer gesellen sich nämlich noch zahlreiche andere Gesprächspartner:

- Angehörige in der Nähe
- Angehörige in der Ferne
- Behandler

Die Mehrzahl der COPD-Kümmerer muss mit all diesen Menschen angemessene Kommunikationsformen finden – in den unterschiedlichsten Rollen und Situationen. Wie komplex dieses Kommunikations-Netz aufgebaut ist, welche „Knoten" es zusammenhalten, verdeutlicht folgende Themenliste.

Kommunikation mit dem Patienten

- Wie kümmere ich mich um jemanden mit einer COPD?
- Was darf ich dem Patienten/den Angehörigen mitteilen?
- Welche Punkte sollte ich beim Mitteilen von Informationen beachten?
  - Warum möchte ich diese Informationen mitteilen?
  - Warum habe ich Angst, diese Informationen mitzuteilen?
- Was ist, wenn wir (d. h. Patient und ich als Kümmerer) nicht einer Meinung sind?
- Wie können wir gemeinsam entscheiden, was wir anderen mitteilen möchten?
- Wie können wir Hoffnung finden in den Entscheidungen, die wir gemeinsam treffen?

Mit Angehörigen kommunizieren

- Wer sind Angehörige?
- Wie (d.h. in welcher Weise, mit welchen Worten) spreche ich selbst über eine COPD?
- Warum können Gespräche über COPD wehtun?
- Wie kann ich ein Gespräch über verletzte Gefühle beginnen?
  - „Ich weiß, dass wir alle gerade mit neuen Dingen zu tun haben…"
  - „Ich kann mich am besten um den Patienten und mich kümmern, wenn ich…"
- Wie können die Angehörigen mir helfen?
- Wie kann ich Anderen konkret sagen, was ich brauche?

Kommunikation mit Angehörigen in der Ferne

- Was bedeutet es, ein Angehöriger in der Ferne zu sein?
- Welche Möglichkeiten haben Angehörige in der Ferne, um bei der Pflege zu helfen?
- Welche Dinge (über den COPD-Verlauf, über Details oder vieles Andere) kann ich als Kümmerer Angehörigen in der Ferne mitteilen?

- Welche Wege zur Bewältigung und Kommunikation für Angehörige in der Ferne gibt es?
  - Einen Video-Chat planen?
  - Vereinbaren, dass Angehörige in der Ferne in Termine per Telefon eingebunden werden?

Kommunikation mit Behandlern

- Was brauchen Behandler von mir als Kümmerer?
- Nach welchen Dingen kann ich fragen und wie kann ich danach fragen?
- Wie kann ich Behandler um Hilfe bitten?
- Wie kann ich sagen, dass etwas nicht möglich ist?
  - „Ich werde nicht in der Lage sein, diesen Teil ihrer Pflege zu übernehmen."
  - „Welche anderen Möglichkeiten gibt es?"

Damit COPD-Kümmerer sich in den vielen Fäden nicht verheddern, sondern das Kommunikations-Netz als hilfreiches Instrument zur Unterstützung nutzen können, folgen noch ein paar beispielhafte Empfehlungen.

Wie spreche ich darüber, ...

... wenn ich mich mit meinen Belastungen allein gelassen fühle?

- Erkläre das Problem, das Du hast.
- Sage der anderen Person, welche Hilfe Du konkret benötigst.
- Beschreibe genau, wie sie helfen kann.
- Erkläre, wie dies Dir helfen wird.

... wenn ich es schwierig finde, offen miteinander zu reden?

Für Kümmerer ist es oft nicht leicht zu ertragen, wenn sich der Patient (oder Angehörige) zeitweilig zurückziehen. Sie sollten diesen Rückzug nicht persönlich nehmen. Manche Menschen benötigen eine mehr oder weniger längere Auszeit.

Falls dieser Rückzug jedoch dauerhaft anhält, obwohl es wichtige Punkte zu klären gibt, müssen Kümmerer mitunter die Kommunikation vorsichtig wieder eröffnen. Dies kann beispielsweise so geschehen:

- „Ich beobachte, dass Du Dich zurückziehst. Magst Du mir sagen, was Dich beschäftigt? ... Wann wäre für Dich ein guter Zeitpunkt, um darüber zu sprechen?"
- „Mir liegt etwas auf dem Herzen, was ich gerne mit Dir besprechen würde... Aber ich weiß nicht, wann der günstigste Moment dafür ist."
- „Ich spüre, dass es uns schwerfällt, hier und jetzt miteinander zu reden. Mein Vorschlag: Wir wählen einen Zeitpunkt und einen bestimmten Ort. Vielleicht fällt uns das Gespräch dann leichter..."

... wenn ich ein „schlechtes Gewissen" habe?

Kümmerer entwickeln mitunter Schuldgefühle, wenn sie nicht so für den Patienten sorgen können, wie sie es eigentlich von sich erwarten. Es kann sein, dass sie sich dann insgeheim vorwerfen, egoistisch zu sein oder etwas falsch zu machen.

Für den Umgang mit Zweifeln und Schuldgefühlen eignen sich folgende Reflexionsfragen:

- Ändern meine Selbstvorwürfe etwas an der Situation? Hat der Betroffene eine Erleichterung durch meine Scham- und Schuldgefühle?
- Bringen meine Gewissensbisse irgendwelche Vorteile für den Betroffenen – oder belasten sie mich (z. B. durch Anspannung und Unruhe) oder unsere Beziehung (z. B. durch unterdrückten Ärger)?
- Kann ich meine Vorstellungen überprüfen? Kann ich mich von meinem Bild als „idealer Kümmerer" verabschieden und ein für Alle bekömmlicheres Verhalten wählen?

... wenn ich mich wegen bestimmter Gedanken und Gefühle schäme?

Auch bei dieser Frage geht es um das Idealbild eines „guten" Kümmerers. Für viele gehört dazu der Anspruch, nur die positiven Gefühle zu zeigen, immer ausgeglichen und stark zu sein, Rücksicht zu nehmen und vorbildlich zu reagieren. Sie meinen, Kümmerer sollten Unangenehmes erst gar nicht denken, fühlen oder tun – um den Betroffenen nicht zu beunruhigen oder zu belasten oder sie fürchten, ihm dadurch zu schaden.

Doch was ist, wenn dieses Idealbild in Konflikt gerät mit den tatsächlichen Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen des Kümmerers? Wohin mit Angst, Wut, Sehnsüchten, Abneigungen und anderen Tabuthemen?

Ein paar Hinweise zeigen beispielhaft, wie Kümmerer mit diesen häufig verschwiegenen Erfahrungen umgehen können.

Ich habe Angst (vor der Zukunft).

Folgende Ich-Botschaften sind möglich:

- „Ich mache mir Sorgen, wie es in diesem bestimmten Punkt weitergeht. Es würde mich beruhigen, wenn wir über ... sprechen könnten."
- Wenn wir für diesen bestimmten Punkt eine gemeinsame Lösung besprechen könnten, würde ich mich sicherer fühlen."
- „Es ist nicht leicht, aber ich möchte gerne diesen bestimmten Punkt soweit möglich gemeinsam regeln."

Ich bin wütend.

Hier bietet sich folgendes Vorgehen an:

- In einer eskalierenden Situation hilft Abstand (den Raum verlassen, durchatmen, sich körperlich abreagieren).
- Wenn Beruhigung eingetreten und klares Denken wieder möglich ist, das Gespräch suchen: „Ich wollte Dich nicht erschrecken durch meinen Gefühlsausbruch. Aber vielleicht ist es gut, dass Du jetzt weißt, wie ich mich in einer solchen Situation fühle."
- Wenn das emotionsauslösende Thema dauerhaft geklärt werden muss, einen Gesprächstermin zu einem günstigen Zeitpunkt vereinbaren und nutzen.

Ich habe Sehnsucht nach Zärtlichkeit.

Das Reden über Zärtlichkeit und Sexualität kann erschwert sein, wenn ein Paar durch die chronische Erkrankung eines Partners belastet ist. Dann sind Geduld, Einfühlungsvermögen und Rücksichtnahme gefragt, um sich gegenseitig nicht zu verletzen oder zu kränken.

Am sinnvollsten ist es, konsequent Ich-Botschaften zu senden:

- „Ich fühle mich …"
- „Mir geht es …"
- „Ich wünsche mir …"

Ich kann das nicht.

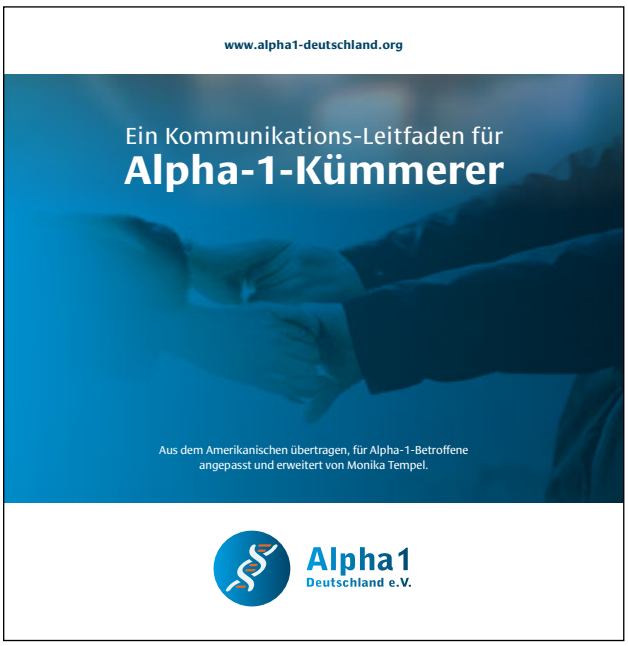
Ein Kümmerer muss nicht immer und überall bereit sein, zu tun, was von ihm verlangt wird. Es kann sein, dass er sich bei Forderungen vom Betroffenen oder Behandler unsicher und unwohl fühlt. Auch wenn es schwerfällt, so muss ein Kümmerer klar sagen, wenn er etwas nicht tun kann, beispielsweise so:

- „Dazu bin ich nicht in der Lage."
- „Für diese Aufgabe müssen wir eine andere Lösung finden."
- „Das ist etwas, das ich nicht tun kann."

Das sind nur ein paar mögliche Kommunikations-Empfehlungen. Mehr davon finden sich beispielhaft - das gilt auch für Lungenerkrankungen wie COPD, deren eine Ursache auch ein Alpha1-Mangel sein kann - im Kommunikations-Leitfaden für Alpha-1-Kümmerer (zum Downloaden unter: www.alpha1-deutschland.org).

Ein Kommunikations-Leitfaden zum Ausprobieren!

Der Kommunikations-Leitfaden für Alpha-1-Kümmerer ist ein beispielhaftes Experiment. Der Erfolg dieses Experiments hängt vom Engagement der jeweiligen Kümmerer ab.



Kümmerer sind allgemein bekannt für ihr lebhaftes Interesse und ihren entschiedenen und zuverlässigen Einsatz. Das zeigt sich besonders an ihrem Engagement.

Deshalb die Bitte an Alpha1-Kümmerer (und ebenso an COPD-Kümmerer):

- Werden Sie zu Kommunikations-Forschern in eigener Sache!
- Lesen Sie den Kommunikations-Leitfaden für Alpha-1-Kümmerer und erproben Sie die darin beschriebenen Empfehlungen!
- Melden Sie zurück,
  - was für Sie hilfreich ist
  - was Ihnen weniger hilfreich erscheint
  - was im Leitfaden fehlt
  - was Sie unbedingt ergänzen möchten

Schon jetzt ein herzliches Dankeschön an alle Kommunikations-Forscher!

Rückmeldungen bitte an:
lungencouch@monikatempel.de

Die Autorin:
Monika Tempel

Ärztin, Autorin, Referentin mit Schwerpunkt Psychopneumologie, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat bei Alpha-1 Deutschland e.V. – Bereich Krankheitsverarbeitung, Psyche und Angehörige.


Foto: privat

Nun endlich geklärt:

Regelung der Assistenz bei Krankenhausaufenthalten



Foto: AdobeStock / JPC-PROD

Derzeit ist es für viele Menschen mit Behinderung schwierig, ihre bisherige Assistenz auch bei einer Krankenhausbehandlung weiter zu erhalten. Unklar war bisher bei den meisten Menschen mit Behinderung, wer die Kosten für den Verdienstausfall oder die notwendige Betreuung anderer Haushaltsangehöriger während ihrer zeitweiligen Begleitung durch Angehörige im Krankenhaus trägt oder wer die Personalkosten trägt, wenn ein Dienst oder eine Einrichtung der Eingliederungshilfe Personal zur Begleitung des Betreuten im Krankenhaus bereitstellt, das dann dort fehlt und gegebenenfalls ersetzt werden muss. Gleichzeitig brauchen Menschen mit Behinderungen jedoch häufig die Begleitung einer vertrauten Assistenz, damit überhaupt eine Behandlung stattfinden kann. Denn sie kann beruhigend wirken, die Betroffenen dazu bewegen, mit Ärzten und Pflegefachkräften zu kooperieren oder deren Erläuterungen „übersetzen", also für sie verständlich machen. Für das Gelingen einer medizinischen Behandlung haben Assistenzkräfte daher eine hohe Bedeutung, um so stationäre Behandlungen von Menschen mit Behinderungen überhaupt erst sicher zu ermöglichen. Bisher gab es nur eine Lösung, wenn Betroffene, ihre Assistenz im Arbeitgebermodell beschäftigen. Das war aber nur bei einer verschwindend geringen Minderheit Betroffener der Fall.

Vor diesem Hintergrund begrüßen wir es ausdrücklich, dass diese Problematik nun noch - kurz vor Auslaufen der Legislaturperiode - geregelt wurde.

Im Sozialgesetzbuch V (SGB V) ist nunmehr geregelt, dass die gesetzliche Krankenversicherung bei Mitaufnahme von Begleitpersonen aus dem privaten Umfeld anfallende Entgeltersatzleistungen (§44b SGB V) , etwa für Familienangehörige, übernimmt. Werden Betroffene durch Ihnen vertraute Mitarbeiter/innen der Eingliederungshilfe begleitet, übernehmen nunmehr die Träger der Eingliederungshilfe die Personalkosten (§ 113 Abs. 6 SGB IX). In beiden Fällen ist allerdings Voraussetzung, dass der Betroffene grundsätzlich Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe hat. Die pflegerische Leistung selbst bleibt jedoch weiterhin Aufgabe des Krankenhauspersonals.

Diese neuen Regelungen treten ein Jahr nach Verkündung des Gesetzes in Kraft.

Quelle:
nach BAG SELBSTHILFE,
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V., Mitteilungen vom 16.06. und 20.09.2021

Gerne kann hierzu die 10-Seitige „Neuregelung zur Assistenz im Krankenhaus" (BT-Drs.19/31069) bei der Geschäftsstelle angefordert werden.



Eine Initiative aus dem Pfizer-Patienten-Dialog

Ich beim Arzt

Fragen vorher notieren

Alles sagen

Nachfragen

Wichtiges notieren

Alles klar?

Die 5 wichtigsten Punkte im Gespräch mit dem Arzt

Weitere Informationen unter **www.ichbeimarzt.de**

Behinderten-Pauschbetrag ab 2021 neu geregelt



Foto: AdobeStock / Stockfotos-MG

Eine wichtige Erleichterung für einkommenssteuerpflichte Menschen mit Behinderungen: Am 1. Januar 2021 trat die Verdoppelung der sogenannten Pauschbertäge in Kraft. Die Sätze waren seit 1975 (!) unverändert. Die Anhebung gilt ab dem Veranlagungszeitraum 2021, also nicht für die Steuererklärung 2020 oder früher.

Die neuen Sätze:
Die Pauschbeträge verdoppeln sich und belaufen sich – je nach Grad der Behinderung (GdB) – auf 384 bis 2.840 Euro jährlich. Menschen, die hilflos im Sinne des § 33b Abs. 6 EStG sind sowie Blinde und Taubblinde erhalten zukünftig einen Pauschbetrag in Höhe von 7.400 Euro. Die bisher für Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) unter 50 notwendigen zusätzlichen Anspruchsvoraussetzungen entfallen, alle Menschen ab einem GdB von 20 erhalten künftig einen Pauschbetrag.

Die Übersicht – Pauschbeträge ab 2021

Grad der Behinderung	Pauschbetrag
20	384 Euro (bislang 0 Euro)
25 und 30	620 Euro (bislang 310 Euro)
35 und 40	860 Euro (bislang 430 Euro)
45 und 50	1.140 Euro (bislang 570 Euro)
55 und 60	1.440 Euro (bislang 720 Euro)
65 und 70	1.780 Euro (bislang 890 Euro)
75 und 80	2.120 Euro (bislang 1.060 Euro)
85 und 90	2.460 Euro (bislang 1.230 Euro)
95 und 100	2.840 Euro (bislang 1.420 Euro)

Zusätzlich wird eine behinderungsbedingte Fahrtkosten-Pauschale eingeführt, die den individuellen Nachweis von Fahrten unnötig macht. Erhalten sollen sie Menschen mit:

1. mit einem GdB von mindestens 80 oder Menschen mit einem GdB **ab 70** und dem **Merkzeichen 'G'** (Der schwerbehinderte Mensch ist in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt.).
2. mit den **Merkzeichen 'aG'** (sie können sich aufgrund Ihrer Behinderung nur mit fremder Hilfe oder unter äußerster Anstrengung außerhalb Ihres Kraftfahrzeuges bewegen),
3. **'Bl'** (Blinde oder hochgradig sehbehinderte Menschen. Vollständige Blindheit. Die Gesamtsehschärfe beider Augen beträgt nicht mehr als 1/50. Andere Störungen des Sehvermögens (z.B. Gesichtsfeldeinengungen) liegen vor, die obiger Sehschärfe entsprechen.) oder **'H'** (hilflos). Die Höhe des GdB wird hier nicht zusätzlich angerechnet.

Beim Erfüllen der Anspruchsvoraussetzungen nach Absatz 1 beträgt die Pauschale 900 Euro, bei Erfüllen der Anspruchsvoraussetzungen nach Absatz 2 beträgt die Pauschale jährlich 4.500 Euro. Über die Pauschale hinaus sind künftig allerdings KEINE weiteren Fahrtkosten absetzungsfähig. Mit den Änderungen werden jahrelange Forderungen der Verbände von Menschen mit Behinderung umgesetzt. Bei den meisten Arbeitnehmern wird der Pauschbetrag automatisch bei

der Lohnsteuer berücksichtigt, Ausnahmen gibt es bei Arbeitnehmern, die erstmals einen Pauschbetrag erhalten können (z.B. bei einem GdB von 20), für Menschen mit mehreren Beschäftigungsverhältnissen und bei Verwendung des sog. Faktorverfahrens.

Tätig werden muss man jedoch, wenn die Befristung des Pauschbetrags nur bis zum 31.12.2020 lief.

Auch Verbesserungen beim Pflegepauschbetrag für Pflegende

Auch beim Pflegepauschbetrag für einkommensteuerpflichtige Pflegende sind Anpassungen vorgenommen worden. Der Pauschbetrag kann zukünftig auch *unabhängig* vom Vorhandensein des *Kriteriums 'hilflos'* beim zu Pflegenden in Anspruch genommen werden.

In den Pflegegraden 4 und 5 steigt der Pflegepauschbetrag von 924 Euro auf 1.800 Euro jährlich.

Für die Pflege von Personen in den Pflegegraden 2 (600 Euro) und 3 (1.100 Euro) wird ein Pflegepauschbetrag *neu* eingeführt.

Voraussetzungen für die Gewährung des Pflege-Pauschbetrags sind:

- Häusliche Pflege in der eigenen Wohnung oder der des zu Pflegenden
- die Pflege wird nicht gegen Entgelt ausgeführt (für pflegende Eltern gilt das Pflegegeld dabei nicht als Einkommen).

Quelle:
Information der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter Rheinland-Pfalz e. V., Dezember 2020

Anzeige



KOMPETENZ IN SACHEN SAUERSTOFF

Auch in Ihrer Nähe immer gut O_2 versorgt.

Servicetelefon Hattingen +49 (0)2324 9199-0
Servicetelefon Hamburg +49 (0)40 611369-0
E-Mail: auftrag@gti-medicare.de

www.gti-medicare.de

Vorstellung des Berufsbildes „Der/Die Atmungstherapeut/in“

von M. Pöppinghaus



Foto: AdobeStock / beawerra

Heute stellen wir Ihnen in der Luftpost erstmals ein neues Berufsbild in der Pneumologie vor. Wir möchten Ihnen damit die Möglichkeit geben, mehr über eine Berufsgruppe zu erfahren, die Sie in der Klinik oder auch in der Praxis oder bei einer häuslichen Beatmungs- oder Sauerstoffbehandlung als Ansprechpartner und oft große Hilfe kennen lernen können.

Gerade die Sauerstoff- und Beatmungstherapie ist ein so großes und spezielles Gebiet, da ist es wichtig einen kompetenten Ansprechpartner zu haben. Zur Weiterbidung zum Atmungstherapeuten benötigt man vorausgehend eine berufliche Ausbildung zum Physiotherapeuten, Gesundheits-, Kranken- oder Altenpfleger mit 3-jähriger Ausbildungszeit und zweijähriger Berufserfahrung.[1]

Die Tätigkeit des Atmungstherapeuten ist angelehnt und vergleichbar mit dem Respiratory Therapist in den USA. Eine passende Übersetzung ins Deutsche ist schwierig. In Deutschland wird der Begriff Atmungstherapeut bevorzugt, da dieser das gesamte respiratorische System und nicht nur das Atmen ausdrückt. Leider kommt es oft zu Verwechslungen mit Atemtherapeuten, welche auch sehr wichtig sind. Diese stellen wir in einer späteren Ausgabe vor.

Hintergrund zur Enstehung der Weiterbildung zum Atmungstherapeuten

Es sollen Inhalte der Diagnostik, Therapie und Pflege pneumologischer Patienten verbessert werden.

Andere Fachrichtungen wie die Chirurgie waren Vorbilder. In der Chirurgie gibt es bereits Assistenzberufe wie

- CTA – Chirurgisch-Technischer-Assistent
- COA – Chrirurgischer Operationsassistent[2, 3]

Die Atmungstherapeuten sollen selbständig unter Supervision eines Facharztes arbeiten. Sie führen diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch, das Stellen der Diagnose und des Behandlungsplanes bleiben jedoch Arzt-Sache.[4, 5]

Fakten

Drei randomisierte Studien zur Beatmungsentwöhnung zeigen, dass die Patienten, die vom Respiratory Therapist betreut wurden schneller von der Beatmung entwöhnt waren, als ohne seine Beteiligung, und das ohne nennenswerte Komplikationen.[6] In den Niederlanden wurden Kinder mit Asthma bronchiale durch Repiratory Nurses betreut. Die Dosis der inhalativen Steroide konnte im Vergleich zu nicht von dieser Berufsgruppe betreuten Kindern um 26 % gesenkt werden.[7]

Entwicklung des Berufsbildes Atmungstherapeuten in Deutschland

2004 Aufstellung des Curriculums Atmungstherapeut. Unter der Leitung von Fr. Dr. Ortrud Karg.

2005 Erstmaliger Start der berufsbegleitenden, modular aufgebauten Weiterbildung in den Asklepios Fachkliniken München-Gauting. Nach 20 Monaten erfolgte im Oktober 2006 die Abschlussprüfung.

2007 wurden im Rahmen des Jahreskongresses der DGP in Mannheim die Urkunden an die Teilnehmer überreicht.

Seitdem kamen weitere Weiterbildungszentren hinzu:[8]

- **Bad Berka:** Zentralklinik Bad Berka
- **Berlin**: Kooperation der Charite Berlin, der Evangelischen Lungenklinik Berlin, dem Helios Klinikum Emil-von-Behring, dem Vivantes Klinikum Neukölln und der Universitätsmedizin Greifswald
- **Essen**: Ruhrlandklinik Essen in Kooperation mit dem Knappschaftskrankenhaus Dortmund und dem Krankenhaus Bethanien, Solingen
- **Großhansdorf**: LungenClinik Großhansdorf
- **Heidelberg:** Thoraxklinik der Uni Heidelberg
- **Hemer:** Lungenklinik Hemer
- **Wuppertal:** Helios Bildungszentrum in Kooperation mit den Helios Kliniken Region NRW

und weiterhin

- **München:** Asklepios Fachkliniken München-Gauting in Kooperation mit der Klink Donaustauf

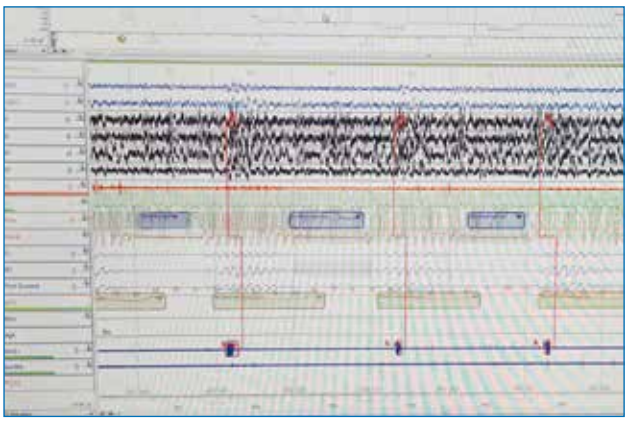
Inhalt der Weiterbildung

Der Ausbildungskurs umfasst 720 Stunden. Diese unterteilen sich in 280 Stunden Unterricht, 320 Stunden Praktika/Hospitationen, 120 Stunden Facharbeit sowie Prüfung und Selbststudium.

Die Stunden sind in 4 bzw. 5 (Abschlussprüfung) Module aufgeteilt. Nach den Modulen 1–4 werden, jeweils modulbezogen, Praktika/Hospitationen unter Anleitung eines Mentors absolviert, mit anschließender Evaluation.[9]

Modul I

- Anatomie, Krankheitslehre
- Physiologie, Pathophysiologie
- Klinische Untersuchung
- Lungenfunktion, Blutgasanalyse
- Radiologie, Ultraschall
- Bronchoskopie



Polysomnographie

- Poly(somno)graphie
- Bakteriologie, klinische Chemie[10]

Praktikum

je drei Tage:

- Lungenfunktion
- Schlaflabor
- Endoskopie
- ein Tag fakultativ[11] in anderen Bereichen

In der Lungenfunktion erlernen die Hospitanten die Durchführung von Lungenfunktionsprüfungen wie Spirometrie, korrekter Umgang mit dem Peak Flow Meter, Peak Cough Messung (Hustenstoß), die Abnahme von Blutgasanalysen (BGA) kapillär (aus dem Ohrläppchen) oder arteriell bei der arteriellen Blutdruckmessung. Die Hospitanten führen die Diagnostik durch und sollen diese dann interpretieren.

Im Schlaflabor werden das Auswerten von Poly(somno) graphien und Kenntnisse schlafbezogener Krankheiten vermittelt.

In der Endoskopie erlernen die Hospitanten die Assistenz bei Bronchoskopien und gewinnen Einblicke in das Bronchialsystem. Die Hospitation berechtigt den Atmungstherapeuten jedoch nicht Bronchoskopien eigenständig durchzuführen.

Modul II

- Pharmakologie, speziell Inhalation und Aerosole
- Sauerstofftherapie
- Thoraxdrainagen, Thoraxchirurgie[12]

Praktikum

- fünf Tage Allgemeine Pneumologie
- zwei Tage Physiotherapie
- drei Tage Thoraxchirurgie
- Instruktion (Train the Trainer)[13]



Bodyplethysmograph zur Bestimmung der Lungenfunktion

Diese Hospitationen bauen auf den bereits erworbenen Kenntnissen von Modul I auf und verbinden diese mit den Kenntnissen aus Modul II, beispielsweise zur inhalativen Therapie. Entscheidend für die COPD-Therapie ist die Wahl der richtigen inhalativen Medikamente mit Hilfe z.B. des FEV_1-Wertes und der aktuellen Leitlinie. So werden die Kenntnisse der Lungenfunktion aus Modul I mit denen der inhalativen Therapiemöglichkeiten aus Modul II verknüpft. Dies ist ein wichtiger Arbeitsbereich des Physiotherapeuten. In Zusammenarbeit mit dem Arzt und der Überprüfung beim individuellen Patienten kann das jeweils individuell bestwirksame Medikament (mit dem adäquaten Device) gewählt werden.

Auch das Wissen zur Pathopysiologie, Krankheitslehre und Blutgasanalyse (BGA) aus Modul I wird mit den erworbenen Kenntnissen zu den Möglichkeiten der Sauerstofftherapie verknüpft. Der Atmungstherapeut überprüft gemeinsam mit dem behandelnden Arzt, unter Berücksichtigung der Werte aus dem Lungenfunktionslabor (und in Zusammenarbeit mit dem Patienten, der Krankenkasse und dem Provider die adäquate Versorgung des Patienten. Der Atmungstherapeut ist hier Bindeglied zwischen den einzelnen Bereichen.

Bei der Versorgung mit Sauerstoff ist der Atmungstherapeut auch ein Bindeglied zum Entlassmanagement und den Angehörigen. In der Sauerstoffversorgung sind viele Schnittstellen zu berücksichtigen.

Die Physiotherapie ist elementar bei pneumologischen Patienten. Es gibt eine Vielzahl an Atemtechniken und Hilfsmitteln die einen pneumologischen Patienten unterstützen und den Alltag erleichtern und bewältigen helfen. Auch hier werden die Kenntnisse der Anatomie, Pathophysiologie und Krankheitslehre aus dem Modul I mit dem neu erlangten Wissen aus Modul II verknüpft. Im klinischen Alltag arbeiten Physiotherapeuten und Atmungstherapeuten z.B. in einer Weaningeinheit (Entwöhnungseinheit) oft zusammen. Eine Schnittstelle ist die Mobilisation der Patienten u.a bei der Beatmung und dem Sekretmanagment, das eine große Bedeutung in der Entwöhnung von der Beatmung hat, aber auch bei Patienten, die auf einer „Normalstation" z.B. wegen einer COPD behandelt werden. Diese wichtigen Aufgaben können z.B. bei neurologischen Erkrankungen lebensnotwendig sein.

Die Thoraxchirurgie gibt den Weiterbildungsteilnehmern vielfältige Einblicke in die Thoraxchirurgie. Durch hier mögliche Eingriffe können sich auch bestehende Therapien ändern und der Atmungstherapeut kann sich hier durch sein Wissen und Können einbringen.

Modul III

- Beatmung
- Intensivmedizin
- Atemwegsmanagement
- außerklinische Beatmung
- Monitoring/Hämodynamik[14]

Praktikum

- 10 Tage Intensivstation
- 5 Tage außerklinische Beatmung[15]

Die Intensivmedizin mit Beatmung ist ein sehr komplexes Fachgebiet. Viele Faktoren beeinflussen hier die Therapie. Hier ist der Atmungstherapeut ein wichtiges Bindeglied zwischen Ärzten, Pflegern, Therapeuten und dem Patienten. Er stellt in Rücksprache mit den Ärzten die Beatmung ein und überwacht diese, führt Weaningprotokolle, leitet eine nicht-invasive Beatmung (NIV) mit ein und wählt die passenden Interfaces (Masken). Die Einleitung der NIV ist bedeutend aufwändiger als eine Intubation und stark von der Mitwirkung und Akzeptanz des Patienten abhänging. Daher ist es wichtig, dass sich eine Person Zeit für den Patienten nimmt. Diese Möglichkeit mit der entsprechenden Kompetenz haben Atmungstherapeuten.



Beatmungskurven, Einstellungen und Messwerte

Ein weiterers Aufgabenfeld ist die Entwöhnung (Weaning) von der Beatmung. Hier überwacht und protokolliert der Atmungstherapeut den Weaningprozess. Dabei wird jeden Tag bei der Visite festgelegt, welche Therapien und wie Ziele verfolgt werden.

Der Atmungstherapeut unterstützt hierbei z.B. die Physiotherapie und Pflege. Bei einem vergeblichen Weaning kann die Einleitung einer außerklinischen Beatmung nötig werden.

Es müssen Kontakte zu den Angehörigen/Betroffenen, dem Sozialdienst, Krankenkasse und Pflegekasse, Pflegediensten, Beatmungs-WGs oder Beatmungsheimen, Sanitätshäusern, Sauerstoff- und Beatmungsversorgern ge- und verknüpft werden. Es gibt eine Vielzahl von Beatmungsgeräten, Beatmungsarten, Masken und Trachealkanülen. Die Patienten, Angehörigen oder auch Pflegedienste müssen hierzu eingewiesen und angeleitet werden.

Modul IV

- Rehabilitation
- Palliativmedizin, Ethik
- Hygiene
- Medizintechnik
- Sozialgesetze
- wissenschaftliches Arbeiten[16]

Praktikum

- 5 Tage Rehabilitation[17]

In diesem Modul liegt der Schwerpunkt im Bereich der Rehabilitation, der Prüfungsvorbereitung, und der Bedeutung der Palliativmedizin und der Ethik. In der Überleitung zur außerklinischen Beatmung, zur Intensivmedizin in oder im Weaning, heißt oft: „Was für Möglichkeiten haben wir und was ist der (mögliche) Wille des Patienten."

Modul V

Beinhaltet die Prüfung und Abschluss der Atmungstherapeuten-Weiterbildung. Es erfolgt eine schriftliche Prüfung, die Vorstellung der Facharbeit mit einer anschließenden mündlichen Prüfung. Nach bestandenen Modul-Evaluationen, schriftlicher und mündlicher Prüfung und Bewertung der Facharbeit hat man die Weiterbildung zum Atmungstherapeuten erfolgreich abgeschlossen.

Der Atmungstherapeut ist für viele Betroffene ein wertvoller Ansprechpartner. Aufgrund der vielseitigen Ausbildung in den Bereichen Beatmung, Sauerstoff, Inhalation, Sekretmanagement haben sie wesentliche Funktionen in der Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen.

Atmungstherapeuten sind angestellt in Kliniken (Akut- und Reha-) aber auch z.B. bei Beatmungs- oder Sauerstoffversorgern, Beatmungs-WGs, Beatmungsheimen und Pflegediensten.

Der Autor:
Matthias Pöppinghaus

Atmungstherapeut
Klinikum Vest
Standort Paracelsusklinik Marl,
stellv. Sprecher der Sektion 15 Atmungstherapeuten und Gesundheitsfachberufe der DGP



Foto: privat

1 Curriculum für die Weiterbildung zum Atmungstherapeuten* der DGP (Überarbeitung 2015—Update 2020)
2 Gerst Th,. Hibbeler B. Nichtärztliche Fachberufe im Krankenhaus: Hilfe oder Konkurrenz? Ärzteblatt 107:A596-A599
3 Blum K. Nichtärztliche Chirurgieassistenz: Ein neuer Assistenzberuf etabliert sich. Dt. Ärzteblatt 2010;107:A494-A496
4 Karg O et al. Respiratory Therapist-Atmungstherapeut Pneumologie 2004;;58:854-857
5 Kollef MH,Shapiro SD, Silver P et al. A randomized , controlled trial of protocol-directed versus physician directed weaning from mechanical ventilation. Crit Care Med 1997;255:567-574
6 Ely EW, Baker AM, Dunagan DP et al. Effect on the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable of breathing spontaneously. New Engl J Med 1996
7 Kamps AWA , Roorda RJ, Kimpen JLL et al. Impact of nurse-led outpatient management of children with asthma on healthcare resource utilisation and costs. Eur Respir J 2004;23:304-309
8-17 siehe unter 1

Seuchen in der Literatur - Teil 1

von B. Wellenkötter

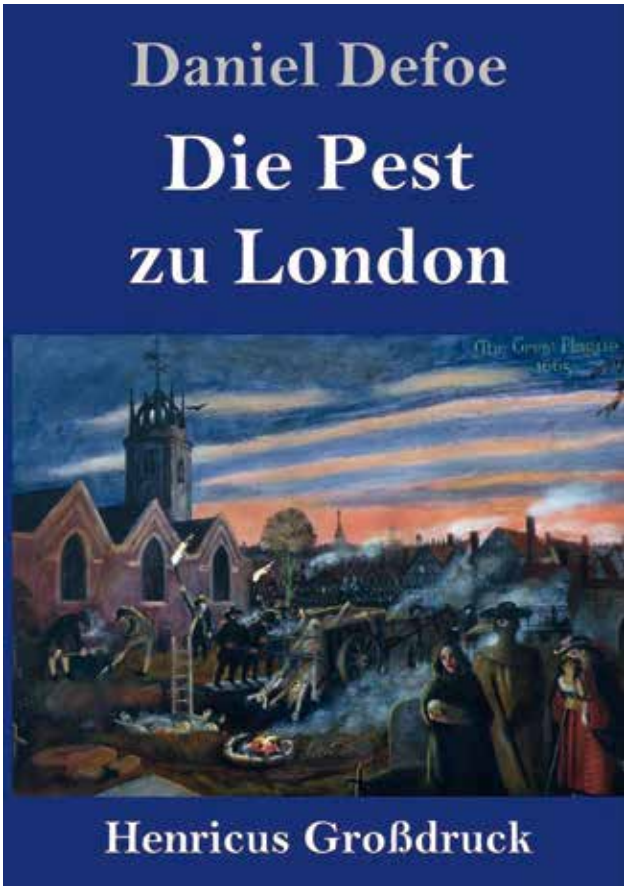
Seuchen, Krankheiten und Tod sind immer auch Gegenstand der Literatur gewesen. Corona hat Vorläufer, meist viel gefährlichere und tödlichere als das Covid 19 Virus, „keine Generation hat das Unglück für sich gepachtet" (Giovanni die Lorenzo), Millionen sind gestorben an der Grippe, der Pest, an Syphilis und Co. und das hat, paradox und eventuell makaber, auch etwas Tröstliches.

Der Germanist Jürgen Wertheimer schreibt in der „Zeit" vom 7.1.2021:
„Die Literatur ist zwar wie eine Schnecke, (allerdings) eine Schnecke, deren Fühler weit nach vorne reichen. Sie reichen in die Zukunft". So existiere eine Literatur, welche vor Jahren „strukturell auf Realitäten hingewiesen" habe, die heute Gestalt annähmen, wie zum Beispiel Juli Zehs „Corpus Delicti", in dem eine Gesundheitsdiktatur heraufbeschworen wird. Viele Romane erhielten Dekaden nach der Veröffentlichung plötzlich eine ganz neue Bedeutung. Sie würden im neuen zeithistorischen Zusammenhang umgedeutet. Mythen, die sich plötzlich neu entzündeten".

Literatur und Lesen sind auch Lebenshilfe, und wenn diese auch nur darin besteht zu erkennen, dass wir 2020 nicht die Einzigen waren, die litten.

„Da kam Corona", diese lakonische Formulierung muss man hundertausendfach gelesen haben seit dem Jahr 2020. Sie atmet Bitterkeit, Enttäuschung, Leid. Die Seuche, die Pandemie reißt die Menschheit aus der gewohnten Bahn, macht viele jäh arbeits-, dann mittellos, zwingt sie zu der Isolation, die jetzt Quarantäne genannt wird, verwehrt engere Kontakte zu anderen Menschen mittels Abstandgebot und Schutzmaskenpflicht und fährt das ganze Land, ja die ganze Welt herunter auf halbe Kraft.

Die Bilder von Bergamo und Mailand, die nicht enden wollende Lieferung von Särgen, führt vor Augen, was so gut wie verdrängt oder vergessen war: dass der Tod Bilder produziert, an die man kaum noch gewohnt war, sie machen wahr, was eine „reality show" quasifiktional noch abfedert: das ist die Wirklichkeit, grausig und groß.



ISBN: 3847853201, 22,80 Euro

Daniel Defoe, Die Pest zu London (1722)

Das Thema „Flucht vor Krankheit" bestimmte manche literarische Unternehmungen, mit dem Phänomen adäquat umzugehen. Seit dem „Decamerone" (1349 - 1353) ist die literarische Konvention bekannt, dass sich eine Anzahl Geflüchteter in ihrer Abschottung unterhalten, indem sie sich Geschichten erzählen. Das Grauen der Seuche bleibt da ausgespart, die Novellen Boccaccios (1313 - 1375) sind, wie wir sahen, geradezu lebensbejahend und unterhaltsam. Das trifft auch zu auf Chaucers „Canterbury Tales" (1387), wenngleich hier - Ende des 14. Jhs. - keine Krankheit den Rahmen eines Treffens im Wirtshaus veranlasst. Noch Goethe bedient sich der Erzähltechnik in seinen „Unterhaltungen deutscher Ausgewanderten", die gegen die Unruhen der französischen Revolution „andichten". Boccaccios Novellensammlung ist ziemlich bekannt, Petrarcas „Trostbüchlein" schon weniger - aber Laura, der die Canzonieri gewidmet waren, starb an der Pest - und dass Daniel Defoe (1660 - 1731) noch heute bekannt mit „Robinson Crusoe" (1719), ein Werk hinterlassen hat, welches zu den besten „Pestbüchern"

gehört, ist auch nicht so im Bewusstsein des gebildeten Lesers angesiedelt.

Dabei ist „A Journal of the Plague Year" von 1722 (Die Pest zu London) ein bis heute aufregendes Buch, das man der Gattung der „faction" (aus Englisch „fact" und „fiction") zuordnen darf, in welchen Fakten mit einer fiktiven Handlung unterhaltsam aufbereitet werden.

Defoe war fünf bei Ausbruch der Pest in London (1665) und konnte folglich die Geschehnisse kaum aus erster Hand kennen, als er das Buch 1722 verfasste. Er war aber aus Überzeugung an einer Vorsorge interessiert und wollte, dass Maßnahmen getroffen wurden, das „Unheil" zu verhindern. „Übertriebenes Getue" warf man ihm vor, wenn er verschiedentlich gewarnt hatte und Vorkehrungen forderte, was umso wichtiger erschien, als man weder Ursache noch Behandlungsmethoden kannte.

Um eine breite Leserschaft zu gewinnen, die sich der Sache annehmen würde, erfand er einen Erzähler, H.F., den er zum Autor des Journals ernannte und der mit dem journalistischen Mittel des „Human Interest" die oft grausig anmutenden Berichte vergegenwärtigte. So entsteht statt eines „Tatsachenberichts ein Tatsachenroman" (Wolfgang Riehle). Um ein Beispiel zu nennen, sei die folgende Episode genannt: Man war zeitweise zu der (irrigen) Ansicht gelangt, dass viel Alkohol die Pest bekämpfen helfe. Ein „Pfeifer" hatte dieses Gerücht für bare Münze genommen, torkelte im Vollrausch auf die Straße, fiel zu Boden und schlief ein. Die Kontrolleure hielten ihn für tot und warfen ihn in den Leichenkarren. Gerade noch rechtzeitig erwacht er neben den wirklich Toten und fragte „Aber ich bin doch nicht wirklich tot, oder?" Das Grauen mischt sich mit Komik und erfährt erst dadurch seine wahre Intensität.

Dabei handelt es sich allerdings vermutlich um eine „Wandererzählung", d.h. ein beliebtes Motiv: das Erwachen eines Scheintoten. Aber darin war Defoe ein wahrer Meister: die Wirklichkeit „aufzuhübschen" (nicht zu verfälschen), einprägsam zuzuspitzen und für den Leser schmackhaft zu machen. So war er schon bei „Robinson Crusoe" verfahren, als er aus den fünf Jahren, die der Matrose Alexander Selkirk auf einer unbewohnten Insel verbrachte, fast 30 gemacht hatte.

Zurück zum Pestjournal: Anders als heute bei „Corona" konnte man sich im 17.Jh. nicht auf die Behörden verlassen. Große Teile der Stadtverwaltung, Ärzte und Geistliche verließen die Stadt und suchten Zuflucht auf dem Land. Immerhin war man bedacht, keine Massenpanik aufkommen zu lassen und ließ die Toten in der Nacht beerdigen. (In Bergamo 2020 hat man nicht verhindern können, dass die Menschen durch das Fernsehen die nicht enden wollende Anlieferung von Särgen mitbekamen und den Schock ihres Lebens erlitten.)

Übrigens berichtet Defoes Erzähler von einer feindseligen Haltung der Landbevölkerung gegenüber den aus der Peststadt geflohenen Mitbürgern. So mussten sich viele, in London bleibend, zur Quarantäne entschließen. Dass es dabei zu Engpässen in der Versorgung kam, versteht sich von selbst. Natürlich hatte man keine Vorräte angelegt. Panikkäufe sind ein Phänomen auch heute - wenn es sich im Jahr 1665 auch nicht gerade um Toilettenpapier gehandelt haben dürfte.

Einig war man sich darin, dass die Ursache für den Ausbruch der Pest bei einer Infektion zu suchen war. Indem man Ratten und Mäuse verantwortlich machte und zu ihrer Vernichtung aufrief, war man auch schon unbewusst auf der richtigen Spur. Vorkehrungen, Erlasse, Verbote - damals wesentlich rigider als heute, aber auch nicht immer hingenommen - waren strikte Klausuren, d.h. Einschließungen in die Häuser. Sie wurden von Wachmännern beobachtet, die dafür sorgten, dass niemand das Haus betrat oder verließ. Zur Meldepflicht hieß es:
„Der Eigentümer jeden Hauses, sobald irgendeiner in seinem Hause sich über Pusteln oder Hautröte oder Schwellungen an irgendeinem Körperteil zu beklagen hat... hat innerhalb zweier Stunden dem Gesundheitsinspektor Meldung zu erstatten."

Die Kleidung eines Pestkranken muss „gelüftet' (!) oder verbrannt werden, sie darf nicht weiter veräußert werden - d.h. man hat zu dieser Zeit Zeug von Toten sonst oft verkauft oder weiter genutzt - , Verstorbene werden bei Nacht ohne kirchlichen Beistand und unter Ausschluss der Familie beerdigt. „Gräber müssen zum wenigsten sechs Fuß tief sein".

Häuser von Befallenen waren zu kennzeichnen, Vergnügungen wie Bärhetzen, Bänkelgesänge, Glücksspiele (d.h. Sport und andere Freizeitbetätigungen) waren verboten, ebenso Festlichkeiten aller Art, gemeinsame Bankette in Gasthäusern wurden nicht erlaubt, „Trinkhäuser" wurden zwar nicht gänzlich geschlossen, aber in ihrem Betrieb stark eingeschränkt. Die Parallelen zu Corona 2020 sind erdrückend. Auch dies: das sorglose Verhalten vieler, die sich nichts daraus

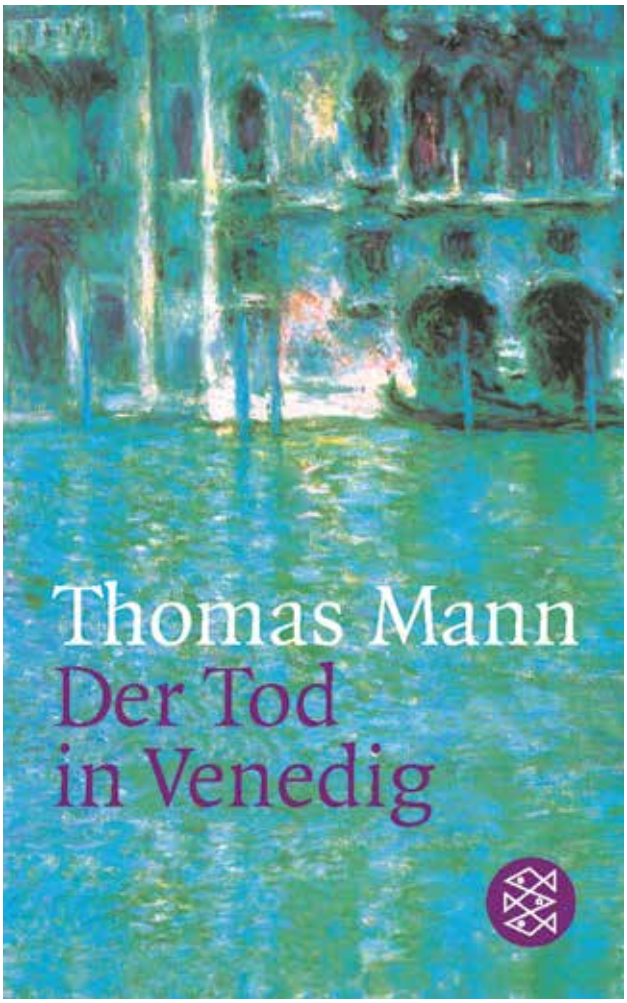
machten andere anzustecken, nachdem sie sich mit List und Bestechung einen Weg ins Freie verschafft hatten.
Der allgemeinen Verwilderung der Sitten, worunter dem puritanischen Geist Defoes gemäß, gottloses, blasphemisches Verhalten als besonders abscheulich gerügt wird, entsprachen auch Angriffe auf die Wachleute. Parallelen zu Coronademonstrationen sind auch hier erkennbar, nur dass Mitte des 17. Jhs. in London die staatlichen Stellen ihre Tätigkeit nicht mehr verrichten konnten, weil die Beamten geflüchtet waren und die Ordnungsstrukturen der Zivilgesellschaft teilweise und zeitweilig kollabiert waren.

Zum Schluss noch einen längeren Absatz zum Thema „medizinische Betreuung":
„Der Schmerz der Geschwülste im Besonderen war äußerst heftig und für manche unerträglich; man kann sagen, dass die Ärzte manch ein armes Geschöpf gar zu Tode gemartert haben. Wenn bei manchen die Geschwülste hart wurden, legten sie Ziehpflaster oder Breiumschläge auf, um sie zum Aufbrechen zu bringen, und wenn das nicht half, schnitten sie die Geschwüre und stachen sie auf, was fürchterlich war. Bisweilen wurde die Härte nur zu einem Teil durch die Gewalt der Krankheit, zum anderen aber dadurch hervorgerufen, dass zu gewaltsam an ihnen herumkuriert wurde, und sie wurden so hart, dass sie sich mit keinem Instrument schneiden ließen, und dann brannte man sie mit Ätzmitteln, so dass viele, rasend vor Schmerzen, dabei starben, und manche mitten in der Operation.

In dieser äußersten Not legten manche Hand an sich(...) Manche brachen auf die Straße aus, nackt vielleicht, und liefen dann geradewegs zum Fluss hinunter und ...stürzten sich ins Wasser."

Lang und breit ergeht sich der Erzähler in der Schilderung von Kollateralschäden: Im Gegensatz zu heute handelte es sich in dieser Zeit um Diebstähle, Mord und Totschlag.

So unerklärlich und quasi „wundersam", wie die Seuche gekommen war, so unverhofft endete sie. Die Menschen liefen auf die Straße, umarmten sich und dankten Gott, der sie zwar gestraft, aber auch wieder begnadigt hatte:
„...diejenigen Ärzte, die von der Religion am allerwenigsten wissen wollten, mussten zugestehen, dass es alles übernatürlich war und dass es keine Erklärung dafür gab."



ISBN 978-3-596-11266-1, 10,00 Euro

Thomas Mann, Der Tod in Venedig
Die literarisch anspruchsvollste und brillanteste Behandlung des Themas „Seuchenkrankheiten" finden wir in seiner Novelle „Tod in Venedig" von 1912! Übrigens kostet das Heft der Erstausgabe heute über 19.000 Euro.

Hier wird die Außenwelt zum Abbild der Innenwelt und die Auflösung der staatlichen und gesellschaftlichen Strukturen zum Spiegel eines geistig-moralischen Verfalls.

„...zugleich wandte er (Aschenbach) beständig eine spürende und eigensinnige Aufmerksamkeit den unsauberen Vorgängen im Inneren Venedigs zu, jenem Abenteuer der Außenwelt, das mit dem seines Herzens dunkel zusammenfloss und seine Leidenschaft mit unbestimmten, gesetzlosen Hoffnungen nährte."

In dem Maße, in welchem die Stadt Venedig von Cholerabakterien erfasst wird, verfällt der angesehene, gänzlich seinem Leistungsethos verpflichtete Schrift-

steller Gustav von Aschenbach dem schönen Knaben Tadzio.
Wiederholt versucht er abzureisen, zögert aber immer wieder, sucht Klarheit über den wahren Charakter der Epidemie zu erlangen, zieht aber dann doch keine Konsequenzen daraus:

In einem englischen Reisebüro erfährt er von dem anfangs zögerlichen „Clerk" die Wahrheit:

Die ganze Stadt war von der indischen Cholera erfasst und es konnte nicht mehr lange dauern, bis die Verhängung einer totalen Reisesperre erfolgen würde und er nicht mehr nach Hause kommen würde.
Aschenbach „schwieg und blieb".

Die Infektion, der er anfangs schutzlos ausgeliefert ist und die er schließlich mutwillig selbst herbeiführt, eröffnet ihm eine Seite seines Wesens, welche er zeit seines Lebens verdrängt hatte: seine homoerotisch geprägte Sexualität.

Sie stürzt ihn in einen Strudel chaotischer Gefühle, lässt ihn zum Narren mutieren, beschert ihm aber auch die Bekanntschaft mit einem nie zugelassenen Teil seiner selbst.

In einem wüsten Traum, der von mehr oder minder offen erkennbaren Sexualsymbolen bestimmt wird, heißt es am Ende: „Seine Seele kostete Unzucht und Raserei des Untergangs".

Thomas-Mann-typisch wird hier eine positive Aufladung des Phänomens Krankheit dargeboten: Sie verfeinert die Sinne und macht den Menschen mit sich selbst bekannt - am Ende dieses Erkenntnisprozesses aber steht der Tod.

Aber „wo Gefahr ist, wächst das Rettende auch".

Fortsetzung folgt.

Der Autor:
Burkhard Wellenkötter

Gräflich Solms - Laubach`sche Schlossbibliothek
35321 Laubach



Anzeige

OXYCARE GmbH Medical Group
MEMBER OF SOS oxygène
FON +49(0)421 48 99 66 · www.oxycare.eu

Alle Therapiegeräte dieser Anzeige sind verordnungsfähig.
Schicken Sie uns Ihr Rezept,
wir erledigen alles Weitere - deutschlandweit !

Beatmung mit COPD-Modi

- **prisma VENT 30/40/50/50-C von Löwenstein Medical**
- **Stellar 150/Astral 150 mit Modus iVAPS von ResMed**

prisma VENT 50-C mit High-Flow-Modus 5-60 l/min



- **OXYvent Cube 30 ATV**
  - Target Minuten Volumen und Triggersperrzeit einstellbar

Made in Germany
Angebotsspreis* 2.995,00 €



Infos:
auf unserer Website www.oxycare-gmbh.de:
Therapien/Beatmung+COPD Modi

Sauerstoffversorgung



Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

- **Sauerstoffkonzentratoren** 0,1-10 l/min Dauerflow
- **SimplyGo** bis 2 l/min Dauerflow
- **SimplyGo Mini** ab 2,3 kg
- **Inogen One G4, 4 Cell** nur 1,27 kg
- **Inogen One G5*** ab 2,2 kg **NEU**
- **iGO2 Drive Medical** 2,2 kg
- **Platinum Mobile POCI** ab 2,2 kg

Aktion: SimplyGo 2.945,00 € *



Inogen One G5 ab 2.195,00 € *

Inhalation + Atemtherapie

- **Pureneb AEROSONIC+,**
  Inhalation mit 100 Hz Schall-Vibration
  z.B. bei Nasennebenhöhlenentzündung
  - Kombigerät, Inhalation auch für die unteren Atemwege.

Ideal für die Sinusitis-Therapie
374,50 €



- **OxyHaler Membranvernebler**
  - Klein - leicht (88 g) - geräuschlos -
  - Verneblung von NaCl bis Antibiotika möglich
  - Mit Li-Ionen-Akku

Mit Akku perfekt für unterwegs
Shop-Preis 174,50 €



- **Allegro / AirForce One / InnoSpire Elegance**
  - Die Standardgeräte für die ganze Familie

ab 53,30 €



- **AKITA Jet**
  - Medikamenteneinsparung bis zu 50% möglich, dadurch weniger Nebenwirkungen
  - Bis zu 98% höhere Aerosol-Deposition, z.B. bei Inhalativen Corticosteroiden oder Antibiotika



GeloMuc/Quake/RespiPro/ PowerBreathe Medic/ RC-CornetPlus/PersonalBest Peak Flow Meter

Shop-Preis Gelomuc 61,40 € *



*Aktionspreis solange der Vorrat reicht

Finger-Pulsoxymeter, z.B. OXY 310
29,95 € *



Abbildungen können abweichen, Preisänderungen/Druckfehler vorbehalten, Foto: Flugzeug Fotolia

OXYCARE GmbH Medical Group
Fon 0421-48 996-6 · Fax 0421-48 996-99
E-Mail ocinf@oxycare.eu · www.oxycare.eu

Statt Rauchen

Jetzt neue Alternativen entdecken



Foto: AdobeStock / Gina Sanders

Sie haben sich vorgenommen, weniger zu rauchen oder ganz damit aufzuhören? Glückwunsch zu diesem ersten Schritt in Richtung einer rauchfreien Zukunft. In den Jahren als Raucherin oder Raucher war die Zigarette eine „treue Begleiterin" Ihres Alltags und eng mit bestimmten Situationen und Gewohnheiten verknüpft – zum Beispiel beim Warten auf den Bus, nach dem Essen oder in Pausenzeiten. Jetzt geht es darum, diese Rauchgewohnheiten durch möglichst angenehme und genussvolle Alternativen zu ersetzen. Hier bekommen Sie von uns und den rauchfrei-Lotsen praktische Tipps für einen rauchfreien Alltag.







Wie kann ich mitmachen?

In den folgenden Kacheln finden Sie zahlreiche Tipps, wie Sie in alltäglichen Situationen gute Alternativen zum Rauchen entwickeln können. Wenn Sie die Kachel geöffnet haben, erscheint neben den dazu passenden Tipps auch das Feld „Ich zukünftig auch". Mit einem Klick auf die Fläche setzen Sie den Tipp auf eine persönliche digitale Liste, die Sie im Anschluss als PDF herunterladen und z.B. ausdrucken können (die sog. „Saubere-Luft-Liste").

Sie haben einen Tipp, den Sie mit anderen teilen wollen?

Am Ende einer geöffneten Kachel finden Sie einen orangenen Button „Ihre Alternative". Mit dem Button öffnet sich ein Formular, in das Sie Ihren Tipp eintragen und zur Freigabe an das rauchfrei-Team senden. Wir sind gespannt und veröffentlichen den Tipp dann schnellstmöglich.





Tipps zum Essen

Folgende Vorschläge sollen Ihnen einige Anregungen für eine gesunde, genussvolle und vernünftige Ernährung nach der Rauchentwöhnung geben:

- Achten Sie darauf, nicht mehr zu essen als vorher, eher ein bisschen weniger. Trinken Sie dafür mehr, am besten eignen sich kalorienarme Getränke wie Mineralwasser oder Fruchtschorlen.
- Meiden Sie zu viel Fett in der Nahrung. Achten Sie auf versteckte Fette, die sich vor allem in Wurst, Käse und vielen Fertiggerichten befinden.
- Kleine Zwischenmahlzeiten bändigen ein starkes Hunger- und Appetit-gefühl. Obst und Gemüse, Natur-Joghurt, Knäckebrot und Ähnliches eignen sich dafür sehr gut.
- Vor der Hauptmahlzeit: Salat, Gemüse, klare Suppen sättigen, sind kalorienarm und schmecken. Warten Sie danach eine Weile bis zur Hauptmahl-

zeit. Es dauert ca. 20 Minuten, bis sich ein Sättigungsgefühl einstellt.
- Essen Sie vielseitig. So nehmen Sie alle wichtigen Nährstoffe und Vitamine zu sich und genießen eine Geschmacksvielfalt, die für noch mehr Genuss beim Essen sorgt.
- Nehmen Sie sich Zeit beim Essen. Genießen Sie jede Mahlzeit. In Eile isst man oft mehr als notwendig.
- Aus den Augen, aus dem Sinn: Nehmen Sie alle „Verführer" aus Ihrem Blickfeld. Egal, ob es die Plätzchendose, die Schokolade oder die Chipstüte ist.
- Ersetzen Sie abendliche „Betthupferl" durch gesunden „Knabberkram": Rohkost, eventuell mit Kräuterquark, Nüsse und Obst. Verzichten Sie auf Chips und Erdnüsse. Eine Handvoll Erdnüsse (30 g) hat etwa 190 Kalorien.
- Legen Sie sich „Spielzeug" für die Finger zurecht und gesunde Knabbereien für den Mund.

Fachmännische Ernährungsberatung und Kurse zur bewussten Ernährung bieten Ihnen Verbraucher- und Ernährungsberatungsstellen, Volkshochschulen, Familienbildungsstätten und teilweise auch Krankenkassen an.

Auch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung kann Ihnen weiteres Material über gesunde Ernährung und Gewichtskontrolle zur Verfügung stellen: www.dge.de.

Belohnen Sie sich

Für das Durchhaltevermögen beim Rauchstopp sind Belohnungen besonders wichtig.

Gönnen Sie sich während des Rauchstopps intensive Genüsse, die Sie für Ihren starken Willen belohnen. Es ist ideal, wenn Sie sich in Ihrem neuen Leben als Nichtraucherin oder Nichtraucher mit kleinen, alltäglichen Dingen belohnen, die Sie dauerhaft in Ihren Alltag einbauen können.

Hier finden Sie einige Beispiele, die Sie durch eigene Ideen erweitern und konkretisieren können:

- die Wohnung umräumen
- in die Sauna gehen
- sich etwas Feines kochen
- Shoppen gehen
- den Garten/den Balkon auf Vordermann bringen
- einen Ausflug machen – zum Beispiel mit dem Fahrrad


Foto: AdobeStock / Shutter2U

- einen Wellnesstag einlegen
- ins Museum/Kino/Theater gehen
- Musik hören oder machen
- einen Abend mit Freunden verbringen
- in ein schickes Restaurant gehen
- sich von dem durch das Nichtrauchen ersparten Geld etwas Tolles kaufen

Und, und, und …

So funktioniert die Rauchfrei-Challenge

https://challenge.rauchfrei-info.de

- Wählen Sie Ihre Rauch-Alternativen aus und fügen Sie sie mit dem Button „Ich künftig auch" Ihre Saubere-Luft-Liste hinzu.
- Wählen Sie „Anmelden" wenn Sie die Liste online nutzen und bearbeiten möchten.
- Alternativ können Sie Ihre Liste auch als PDF herunterladen und ausdrucken.
- Die Variante „online nutzen" ermöglicht es Ihnen, Vorhaben abzuhaken.
- Für jedes abgehakte Vorhaben steht eine Belohnung. Lassen Sie sich überraschen!

rauchfrei!

Das unabhängige Informationsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Wir helfen kostenlos und seriös beim Rauchstopp.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149-161
50825 Köln-Ehrenfeld
Tel.: 0221 8992-0
E-Mail: poststelle@bzga.de

Medizinische Klinik und Poliklinik V für Pneumologie am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Exzellente Medizin für die Lunge



LMU Klinikum Campus Großhadern

Die Medizinische Klinik und Poliklinik V am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München bietet für das gesamte Spektrum der Lungenerkrankungen sowie der Systemerkrankungen mit Lungenbeteiligung eine Maximalversorgung in Diagnostik und Therapie. Für die medizinische Behandlung stationärer Patienten stehen Normal- und Privatstationen sowie eine *interdisziplinäre Intensivstation* am Standort Großhadern zur Verfügung. Eine *Allgemeine Pneumologische Ambulanz*, zahlreiche *Spezialambulanzen*, sowie eine *Tagesklinik* und ein *Schlaflabor* werden an den **Standorten** in der **Münchner Innenstadt** und in **Großhadern** angeboten. Auch *Funktionsbereiche* für umfassende Lungenfunktionsdiagnostik, Spiroergometrie, Blutgasanalytik, Provokationsverfahren und Allergiediagnostik sowie die Thoraxsonographie und Echokardiographie, Bronchoskopie inklusive interventioneller Bronchologie als auch Rechtsherzkatheteruntersuchungen werden in eigener Regie *an beiden Standorten* betrieben. Ein besonderes Plus ist die Einbettung der Medizinischen Klinik und Poliklinik V in ein Netzwerk spezialisierter Kliniken, die eng und interdisziplinär zusammenarbeiten und so für jede Lungenerkrankung eine bestmögliche Behandlung anbieten können. Regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen im Rahmen des thorakalen Tumorboards, des Boards für interstitielle Lungenerkrankungen und des interdisziplinären Allergiezentrums gewährleisten darüber hinaus den ständigen fachlichen Austausch und eine patientenindividuelle Diagnostik und Therapie nach höchsten Standards.

Schwerpunktbereiche

Funktionsdiagnostik

Die Lungenfunktionsdiagnostik der Klinik verfügt über umfassende Untersuchungsmöglichkeiten auf aktuellstem technischem Niveau, einschließlich Ganzkörperplethysmographie, Diffusionsmessung (CO und NO), Spiroergometrie und Blutgasanalytik. Bronchiale Provokationstests und Allergietests ergänzen die Möglichkeiten zur umfassenden Abklärung obstruktiver Atemwegserkrankungen wie Asthma und COPD.

Endoskopie

In der Bronchoskopie werden alle Verfahren der flexiblen und der starren Bronchoskopie eingesetzt. Zur Diagnostik gehören sowohl endobronchiale-, transbronchiale- und Kryobiopsien sowohl unter Röntgenkontrolle, durch endobronchialen Ultraschall gesteuert (EBUS) sowie auch die elektromagnetische Navigation bei schwer erreichbaren Lokalisationen. Bei den interventionellen Verfahren stehen die Lasertechnologie (Neodym-YAG), Argonbeamer, Stent-Implantationen, sowie die Implantation von Endobronchialventilen

zur Volumenreduktion z.B. beim Lungenemphysem oder beim Pneumothorax zur Verfügung. Die gezielte Laserendomikroskopie (pCLE) zur Darstellung kleinster Strukturen bis zur einzelnen Gewebezelle wird derzeit in der Forschung eingesetzt. Sie stellt eine vielversprechende Zukunftstechnologie dar.

Rechtsherzkatheter

Zur Abklärung von Lungenhochdruckerkrankungen werden Rechtsherzkatheteruntersuchungen zur Messung der Druck- und Flussverhältnisse im Lungenkreislauf durchgeführt. Die Reaktionsfähigkeit der Blutgefäße (Vasoreagibilität) im Lungenkreislauf wird durch Einatmung von Stickstoffmonoxid (NO) ermittelt und auch angeborene Herzfehler mit Kreislaufkurzschluss (Shuntvitien) können anhand der stufenweisen Messung der Sauerstoffsättigung (Stufenoxymetrie) bestimmt werden.

Sonographie

Die Ultraschalltechnologie wird in der Medizinischen Klinik V sowohl zur thorakalen Untersuchung des Brustfells, d.h. bei Pleuraergüssen, einer eingeschränkten Zwerchfellbeweglichkeit, und zur Bestimmung brustfell- und brustwandnaher Tumore als auch zur Untersuchung der Herzfunktion mittels Echokardiographie und Farbdoppler-Echokardiographie eingesetzt.

Schlaflabor

In unserem interdiziplinären Schlaflabor, das gemeinsam mit den Kollegen der Hals-Nasen-Ohren Klinik und der Neurologischen Klinik betrieben wird, können neben den weitverbreiteten obstruktiven nächtlichen Atemregulationsstörungen (Schlafapnoeerkrankungen) auch andere komplexe nächtliche Atemstörungen analysiert werden. Nächtliche Beatmungstherapien im Rahmen der häuslichen nicht-invasiven Beatmung (NIV) werden in unserem Schlaflabor eingestellt und kontrolliert. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit der ambulanten Simultanaufzeichnung (Polygraphie) und Langzeit-Sauerstoffsättigungsmessung als Screening und Überwachungsmöglichkeit.

Krankheitsbilder

An der Medizinischen Klinik und Poliklinik V wird das gesamte Spektrum der Erkrankungen der Lunge, des Brustfells (Pleura) und des Mittelfellraumes (Mediastinum) einschließlich der Systemerkrankungen mit häufiger oder vorherrschender Lungenbeteiligung umfassend behandelt. Im Folgenden werden einige dieser Krankheitsbilder und Bereiche der Lungenmedizin beispielhaft dargestellt:

Zertifiziertes Lungenkrebszentrum

Die Medizinische Klinik und Poliklinik V bildet gemeinsam mit den Asklepios-Fachkliniken München Gauting das durch OnkoZert zertifizierte Lungentumorzentrum München (LTZM), welches seit 2014 zu den deutschlandweit drei größten Lungenkrebszentren zählt. Darüber hinaus ist das Lungentumorzentrum München in das gemeinsame Comprehensive Cancer Center der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) und der Technischen Universität (TU) München eingebettet und profitiert von der umfassenden Expertise dieser Kooperationspartner. Besonders hervorzuheben sind hier im Rahmen der Versorgung von Lungentumorpatienten:

- die Abteilung für Thoraxchirurgie unter Leitung von Prof. Dr. Rudolf Hatz,
- die Klinik für Strahlentherapie unter Leitung von Prof. Dr. Claus Belka,
- die Medizinische Klinik III für Hämatologie und Onkologie unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Michael von Bergwelt sowie
- das Pathologische Institut der LMU München unter Leitung von Herrn Prof. Frederick Klauschen.

Lungentransplantation

Bereits 1990 gründete sich am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München die Munich Lung Transplant Group, bestehend aus den vier Partnern: Pneumologie (heute Medizinische Klinik und Poliklinik V), Thoraxchirurgie, Herzchirurgie und Anästhesiologie. Unter enger Kooperation dieser vier Partner entwickelte sich das Lungentransplantationsprogramm zu einem der heute zehn weltweit größten Transplantationszentren für die Lunge mit 80-100 Lungentransplantationen pro Jahr.

Interstitielle und seltene Lungenerkrankungen

Eine besondere Expertise besteht für seltene und Lungengewebserkrankungen (interstitielle Lungenerkrankungen), die seit Jahrzehnten einen wissenschaftlichen und Behandlungsschwerpunkt der Klinik darstellen. Von den zahlreichen darunter fallenden Krankheitsbildern seien exemplarisch genannt:

- Sarkoidose,
- idiopathische Lungenfibrose (IPF),
- idiopathische interstitielle Pneumonien,
- Lymphangioleiomyomatose,
- Langerhans-Zell-Histiozytose, etc.

Im Zentrum für interstitielle und seltene Lungenerkrankungen (ZISLE) werden die Expertise der Medizinischen Klinik V und der Asklepios-Fachkliniken Mün-



LMU Klinikum Campus Innenstadt

chen Gauting gebündelt und für eine bestmögliche Behandlung dieser Patienten in gemeinsamen Interdisziplinären Falldiskussionen unter Einbindung der Radiologie (Prof. Dr. Julien Dinkel) und der Pathologie (PD Dr. Elvira Stacher-Priehse) eingesetzt.

Lungenhochdruck (Pulmonale Hypertonie, paH)

Im Bereich der pulmonalen Hypertonie bietet die Klinik das gesamte Spektrum diagnostischer und therapeutischer Optionen an. Dies sind sowohl medikamentöse Therapieverfahren einschließlich implantierbarer Pumpen für bestimmte Wirkstoffe (Prostanoide) als auch eingrefende Verfahren bis hin zur pulmonalen Thrombenentfernung (Endarteriektomie) durch die Spezialisten der Herzchirurgie (Prof. Dr. Christian Hagl und Prof. Dr. Sebastian Michel) bei Lungenhochdruckerkrankungen infolge wiederholter Lungenembolien.

Asthma und Allergie

Die Klinik verfügt über eine langjährige Expertise im Bereich der Asthmaerkrankungen und insbesondere der schwer kontrollierbaren Asthmaerkrankungen und deren Therapie mit der neuen Gruppe der Biologika. Darüber hinaus ist die Klinik Partner des interdisziplinären Allergiezentrums der LMU, das neben der Pneumologie auch die Dermatologie, die Hals-Nasen-Ohren Klinik und die Arbeits- und Umweltmedizin umfasst.

Chronisch obstruktive Erkrankungen/COPD

Für die Behandlung von Patienten mit COPD, mit oder ohne Lungenemphysem, verfügt die Klinik über alle diagnostischen und therapeutischen Optionen einschließlich der endoskopischen Lungenvolumenreduktion z.B. durch Implantation von Endobronchialventilen.

Mukoviszidose (zystische Fibrose)

Die Ambulanz für erwachsene Patienten mit Mukoviszidose, der häufigsten Erbkrankheit in Europa, ist integraler Bestandteil der Medizinischen Klinik und Poliklinik V und mit über 2430 derzeit betreuten Patienten zwischen 18-80 Jahren eine der größten Erwachsenenambulanzen für Mukoviszidose deutschlandweit. Die Erwachsenenambulanz arbeitet eng mit der Kinderklinik zusammen. Über das deutsche und europäische Studiennetzwerk nehmen wir an allen relevanten klinischen Studien zu dieser Krankheit teil.

Bronchiektasien

Neben der Mukoviszidose gibt es zahlreiche andere Erkrankungen, die mit Aussackungen der Bronchien und daher häufigen infektiösen Komplikationen einhergehen (sog. Bronchiektasien). Zu diesem Krankheitsbild gibt es an der Medizinischen Klinik V eine Spezialambulanz, die eine umfassende Ursachenabklärung, infektiologische Diagnostik und Therapie ermöglicht.

Atemnot- (Dyspnoe) Ambulanz und Dyspnoe-Team

Atemnot (=Dyspnoe) ist das zentrale Symptom vieler unterschiedlicher Lungenerkrankungen. Wenn eine starke Atemnot trotz Ausschöpfung der lungenbezogenen Therapien bestehen bleibt, bietet die Medizinische Klinik V in Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten, Psychologen und Palliativmedizinern zusätz-

liche Behandlungsmöglichkeiten für ein erträglicheres Leben mit Luftnot an. Das Dyspnoe-Team bestehend aus Lungenfacharzt, Physiotherapeuten, Psychologen und Palliativmedizinern steht auch für die stationären Patienten zu Verfügung.

Deutsches Zentrum für Lungenforschung

Ein wichtiger Schwerpunkt der Medizinischen Klinik und Poliklinik V ist auch die klinische Forschung und Grundlagenforschung, die in Kooperation mit dem Helmholtz Zentrum München und den Asklepios-Fachkliniken in München Gauting im hoch spezialisierten Lungenzentrum (Comprehensive Pneumology Center, CPC) erfolgt. Das CPC-München ist einer von fünf Standorten des Deutschen Zentrums für Lungenforschung und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert.

Klinische Studien

Ein wesentliches Plus der Medizinischen Klinik und Poliklinik V bei zahlreichen Lungenerkrankungen sind klinische Studien, die öffentlich gefördert (BMBF, Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), u.a.) oder auch mit Unterstützung der pharmazeutischen Industrie durchgeführt werden. Durch Teilnahme an diesen klinischen Studien erhalten Patienten die Möglichkeit neueste Therapien zu nutzen, noch bevor eine allgemeine Einsatzmöglichkeit besteht. Vor allem im Bereich der Lungentumoren aber auch bei den interstitiellen Lungenerkrankungen und bei der pulmonalen Hypertonie (Lungenhochdruck) konnten so Patienten erfolgreich bereits zu einer Zeit behandelt werden, als diese Medikamente außerhalb von klinischen Studien noch nicht verfügbar waren. Das Angebot klinischer Studien ist daher vor allem auch für seltene Erkrankungen und für schwere Erkrankungen oder Krankheitsstadien mit bisher fehlenden oder beschränkten Therapiemöglichkeiten eine wesentliche Ergänzung in der individuellen medizinischen Behandlung.

Als universitäre Einrichtung ist die Medizinische Klinik und Poliklinik V somit bestmöglich aufgestellt und national wie auch international vernetzt. Sie bietet daher ihren Patienten die aktuell höchstmögliche diagnostische und therapeutische Qualität. Medizinische Exzellenz in der Patientenbetreuung und -behandlung wie auch in der Forschung und Lehre ist unser Anspruch.

LMU KLINIKUM

Als Ansprechpartner stehen Ihnen zur Verfügung



Prof. Dr. med. Jürgen Behr
Klinikdirektor
T (089) 4400 75310
F (089) 4400 78608
direktion.med5@med.uni-muenchen.de



Prof. Dr. med. Nikolaus Kneidinger
Ltd. OA, stellv. Klinikdirektor
T (089) 4400 73071
F (089) 4400 78877



PD Dr. med. Katrin Milger-Kneidinger
Oberärztin
T (089) 4400 73071
F (089) 4400 78877



PD Dr. med. Amanda Tufman
Oberärztin
T (089) 4400 52590
F (089) 4400 54905



PD. Dr. med. Kathrin Kahnert
Oberärztin
T (089) 4400 32661
F (089) 4400 54905



Dr. med. Susanne Nährig
Leitung Mukoviszidose-Ambulanz
T (089) 4400 57546
F (089) 4400 57570

Pneumissimo e.V. ein Chor für Menschen mit eingeschränkter Lungenfunktion unter Corona

„Das gefährlichste Hobby der Welt"! So lautet der Titel eines kleinen Videoclips zur Zeit des ersten Corona-Lockdowns: Was da jedoch von den Happy Disharmonists rhythmisch beschwingt auf einer riesigen grünen Wiese, mit Abstandsmaßbändern lauthals singend vorgetragen wurde, bekannte sich im Abspann dazu, nicht live zu sein, sondern lediglich zusammengeschnitten. Denn Bungee springen, Tauchen oder Safaries waren tatsächlich nichts gegen die aktuell gefährlichste Freizeitbeschäftigung, gegen das Singen im Chor. Und dies trifft natürlich in besonders hohem Maße für eine Hochrisikogruppe von Menschen mit COPD mit oder ohne Emphysem, mit schwerem Asthma, pulmonaler Fibrose, Lungenkrebs oder mit transplantierter Lunge zu! Das, was vorher einfach wie der perfekte Zaubertrick daherkam, hatte sich plötzlich in etwas Bedrohliches verwandelt.

Seit 2015 hatten wir versucht, die Idee, das Wohlbefinden von Menschen mit eingeschränkter Lungenfunktion über gemeinsames Singen zu verbessern. Ein Konzept war entstanden, Gelder waren eingeworben und die erste Gruppe am Uniklinikum Köln wuchs stetig. Bereits 2017 gründeten wir eine zweite am Johanneskrankenhaus in Troisdorf. Wöchentlich probten beide Chöre jeweils 90 Minuten.



Jede Probe begann mit einem körperlichen Warm-up: Dehnen, Räkeln, Gähnen; ganzheitliche Schwünge; Beine klopfen, Becken kreisen, Wirbelbeugen, Schultern lockern, Kopfklopfen; teilweise wurde zu den Bewegungsabläufen schon auf beliebigen Tonhöhen und in freien Rhythmen getönt („s"-,"w"-Wellen), gesummt und abschließend auf „ksch" ein paar imaginäre Hühner verscheucht. Nachdem durch diese Übungen ein „leiblicher Tonus" hergestellt wurde, der über mehr Entspannung im „oberen Raum" und eine größere Präsenz, eine bessere Möglichkeit zur Entfaltung von elastischer Kraft im „unteren Raum" (so die Einteilung unterschiedlicher Leibgegenden nach Frau Prof. Ilse Middendorf) erzielt war, war das Atmen bereits etwas vertieft.



Eine krankheitsbedingte Luftnot provoziert oft eine angestrengte „Hochatmung": Diese aktiviert verstärkt die obere Atemhilfsmuskulatur; das Zwerchfell wird dadurch in der Einatemphase paradox in den Brustraum gesaugt, anstatt sich nach unten, in den Bauchraum abzusenken. Dadurch werden fast nur die höher gelegenen Lungenabschnitte belüftet, die der voluminöseren Lungenbasis bleiben ungenutzt. Folge des geschädigten Lungengewebes ist eine Unterversorgung mit Sauerstoff und ein Atemmuster, dass das „Zu-Wenig" abermals verstärkt – ein Teufelskreis. Funktionslos umgebautes Lungengewebe lässt sich nicht wieder erneuern. Ein Ausstieg aus diesem Teufelskreis der Atmung ist jedoch möglich! Schon das Aufwärmen (Warm-up) löst die durch ausgeprägte Hochatmung verursachte übertriebene Anspannung im oberen Brustkorb und im Schulterbereich und macht tiefere Rumpfabschnitte, für eine Bauchatmung spürbar.

Nun erfolgt das eigentliche Einsingen im Chor. Und auch hier wird dem kranken Menschen stimmphysiologisch/technisch mehr abverlangt als dem Gesunden. Durch den oft andauernden Husten, vermehrte Schleimbildung und medikamentöse Effekte wird die Schwingungsbereitschaft der Stimme stark einge-

schränkt. Doch der Zaubertrick, der COPD und Asthma so wundervoll mit dem Singen verbindet, funktioniert nur, wenn es gelingt, eine Balance zwischen Vokalisaktivität und Ausatemluftstrom herzustellen. Alle Luft sollte sich in Klang umsetzten und nicht als mehr oder weniger gepresstes Nebengeräusch hörbar werden. Um der Vergröberung, der „Verbrustung" der Stimmen zu begegnen, ist es wichtig das Feine, Weiche, die sogenannte Randkantenschwingung mit Klingern („m", „n", „ng") und Halbklingern wie „s" und „w" zu pflegen. Aus diesem exakten „Schließen" der Stimmlippen heraus wird - indem Vokale an diese Konsonanten gehängt werden - sowohl in Richtung der tiefen, als auch der hohen Töne gearbeitet – mal in weichen Legatobewegungen, mal in der Kombination mit Explosivlauten und Staccati. Noch ein paar Artikulationsübungen, ein paar freche oder tieftraurige, ausdrucksstarke Phrasen, so richtig zum Schauspielern und dann geht es an die verschiedenen Stücke.



Zunächst etwas Einstimmiges, dann vielleicht ein Kanon, und dann gerne etwas Zwei- oder gar Dreistimmiges. Denn gerade bei krankheitsbedingt belasteten Stimmen sind die Lagen, in denen musiziert wird, sehr wichtig: der Sopran etwas tiefer als gewöhnlich, der Alt häufig extrem abgesenkt, manchmal sogar so weit, dass eine Frauenstimme bei den Männern mitsingt – eine „Baßeuse"! Immer wieder geht es darum, die Veränderungen der Stimmen genau wahrzunehmen und zu respektieren, sie aber dann in Richtung auf mehr „Kopfstimmigkeit", mehr Feinheit hin zu optimieren. Denn nur so funktioniert der Zaubertrick! So lassen sich nach lediglich kurzen Phrasen und regelmäßigen Pausen, allmählich auch weiter ausschwingende, komplexere Melodien und Sätze bewältigen: Da geht es von indischen Mantras, Traditionellem aus der ganzen Welt - afrikanische, jüdische, japanische - zu Chorstücken aus, bis hin zu Pop-Rock, Gospel oder von Brahms!



Nach den Proben sind die meisten Teilnehmer gut gelaunt, „schnattern" durcheinander und der Heimweg fällt leichter als der Hinweg. Denn – hokuspokus simsalabim – die, nur bei einer physiologisch schließenden Phonation stattfindende stetig dosierte Abgabe von Klang = Ausatemluft mit mehr CO_2, führt langsam zu einer mehr reflektorisch geschehenden, gelasseneren Einatmung und damit zu einer Vertiefung, bei der auch untere Lungenabschnitte vermehrt belüftet werden. Ohne dass wir es gefordert hätten, einfach nur durch den Spaß und das engagierte Mitmachen beim gemeinsamen Singen, hat sich das Atemmuster gewandelt.

Katrin Enste, eine Medizinstudentin, begleitete die Sänger/innen im Rahmen ihrer Doktorarbeit über längere Zeit medizinisch – und auch mit ihrem wunderschönen Sopran. Als Ergebnis ihrer Arbeit formulierte sie die positiven Effekte des Singens folgendermaßen:

„Ziel der Studie ist es, die direkten Auswirkungen von Singen auf Lungenfunktionsparameter, körperliche Belastbarkeit und Lebensqualität von Patienten mit COPD nach Teilnahme an einem 90- minütigen Gesangseinheit zu evaluieren. Dieses mithilfe einer Lungenfunktionsuntersuchung (Bodyplethysmographie), eines 6-Minuten-Gehtests (6-MWT) und des COPD Assessment test (CAT). Alle drei Untersuchungen werden zunächst vor und dann direkt im Anschluss an das Singen erneut durchgeführt.

Die erste Auswertung der Daten ergab eine signifikante Verbesserung der Ergebnisse im 6-MWT und im CAT score. In der Lungenfunktionsdiagnostik zeigte sich bei vielen Patienten eine deutliche Reduktion des Residualvolumens, welches repräsentativ ist für die Überblähung der Lunge infolge der Entwicklung eines Lungenemphysems. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass sich regelmäßiges Singen bei COPD Patienten insbesondere positiv auf deren reduzierte körperliche Belastbarkeit sowie die eingeschränkte Lebensqualität auswirkt."
(Katrin Enste)

Dass die Stimmung besse ist, alle sich ein bisschen fitter fühlen, das ist nicht verwunderlich. Aber, das reduzierte Residualvolumen, das beeindruckte auch Lungenärzte, die eine so kleine, lediglich qualitative Studie mit kleiner Teilnehmerzahl zuerst belächelten.

Und nun kam Corona und legte alles lahm. Zunächst der erste Lockdown; man hatte noch so ein Gefühl von "einigen Wochen" und wir pausierten. Doch diese Wochen hörten nicht auf und so mussten wir erfinderisch werden: Wir stellten jede Woche eine "Häusliche Chorprobe" auf unsere interne Website: ein Warm-up, ein Einsingen, alte und neue Chor-Literatur; inzwischen sind wir bei über 70 Songs! Ian Alexander Griffiths, der den Chor begleitende Gitarrist und ich trafen uns in seinem technisch gut ausgerüsteten Unterrichtsraum, um gemeinsam diese Videos aufzunehmen.



Als es wärmer wurde, stellten wir auf Frischluft-Singen mit Riesen-Abständen (anfangs 3 m seitlich und 4 m in Ausatemrichtung) um. Es war nicht leicht, geeignete Orte dafür zu finden, denn folgende Kriterien mussten erfüllt sein: Eine riesige Fläche, die doch von möglichst vielen Wänden umgeben sein sollte, damit der Klang zumindest ein bisschen reflektiert und zusammengehalten wurde. Auch sollte sich niemand gestört fühlen und es sollte auch eine für Alle mit oder ohne Rollator erreichbare Toilette geben. Wir hatten wieder Glück: Das Johannesgärtchen im Uniklinikum Köln und ein kleiner Binnenhof zwischen der Kreuzkirche, dem Kindergarten und dem Pfarrbüro in Troisdorf waren gefunden. Wir mussten uns erst an die neuen akustischen Gegebenheiten gewöhnen; jeder war plötzlich viel stärker auf sich gestellt, der Klang flog davon, bevor er, wie im Normalfall, verschmelzen konnte. Wieder mussten wir unser Repertoire auf mögliche Stücke hin durchsehen und andere auch im Freien klingende Lieder suchen. Der Verlust an Chorklang wurde durch neue Aktivitäten, wie Stühle oder Hocker schleppen, kompensiert; Abstandsdiskussionen zwischen Corona-Leugnern und sehr Risikobewußten; meine Drohung, sofort die Probe zu beenden, wenn hier keine – egal, was wer persönlich denkt! - ordnungsamtlichen Regeln eingehalten



würden; Wespen-Attacken, die mit Desinfektionsspray bekämpft wurden; eine Amsel, die bestimmt für 10 Minuten ihren im Schnabel hängenden, zappelnden Wurm vergaß, den Kopf schief legte und andächtig (?), zweifelnd (?) zuhörte. Sie dachte sicher: „Was sind das denn für Vögel?".

Dann wurde es allmählich kälter und die Infektionszahlen stiegen: Sollten wir es tatsächlich riskieren drinnen zu singen? Aerosole wurden diskutiert; Bilder von lichtdurchfluteten Nebelwolken aus Mündern, die beim Husten und bei Explosivlauten besonders groß und weitreichend erschienen. Die bereits sich angesichts des „Frischluft-Singens" spaltende Gruppe – die „mutigen", live Fans und diejenigen, die sich abschotteten, einigelten und nichts riskieren wollten – polarisierte sich nun noch extremer. Wenige blieben, die auch indoor weiter singen wollten, und nur deshalb wagten wir es: Riesenräume mit Riesenabständen und riesigen, ständig geöffneten Fensterfronten. Ich verzichtete beim Einsingen auf alle zwerchfellaktivierenden „p", „t", „k", keine Hühner wurden mit „ksch" verscheucht, nur stimmhafte „s" und „w"-Wellen. Schon draussen hatten wir eine Art nuschelig "besoffene" Diktion geübt, um die Aerosolquantität zu reduzieren. Und ich hatte einige Stücke gefunden, in denen auf Explosiva (spanische "Lalas", ein Begrüßungslied der Navajos), manchmal sogar auf Text überhaupt verzichtet wurde, wie in Rachmaninovs Vokalise. Doch der Spaß dauerte nur eine Probe lang, dann folgte der November-Lockdown: Rien ne va plus. Ich war frustriert. Wir kehrten zur häuslichen online Chorprobe zurück. Aber irgendwie war die Luft raus;





auf meine mails, wer wie oft üben würde, welche Lieder gewünscht würden, bekam ich kaum mehr Antworten. Diesmal kam die Rettung von zwei Sängerinnen, die anfingen eine Skype-Plauderrunde einzurichten, und da wir unseren Fördermitgliedern – wie jedes Jahr – ein weihnachtliches Dankeschön schicken wollten, fingen wir doch an, vor den Bildschirmen zu singen. Ian, unser auch technikbegabter Gittarist kam auf die Idee mit der gleichzeitigen Verwendung von Skype und Zoom die Latenz auszutricksen und nach mühevoller Bearbeitung schmetterte jede/r in seinem digitalen Rechteck aus voller Kehle "Alle Jahre wieder". Das Eis war gebrochen und ich Dinosaurierin und Analog-Liebhaberin, die unter doppelt mikrophon-gefilterten Timbres einfach nur litt und orientierungslos dastand, kroch digital zu Kreuze. Wir probten online. Wieder alles ganz anders: eine völlig andere Art des Einsingens – mit minimalistischen Call-und-Reponse-Phrasen, Grundton stabilisierend, kein rhythmischer Flow von chromatisch auf- und abwärts verabreichten weit ausladenden Amplituden. Wieder andere Stücke, kleinere Einheiten, damit sie jeder alleine, ungestützt durch einen gemeinsamen Chorklang, erlernen konnte. Sozusagen eine Solistenausbildung bei vielen lachenden Gesichtern aus den Bildschirmkästchen; denn auch diese Art und Weise zu proben machte plötzlich Spaß!

Und falls Sie mitmachen wollen – egal, wo Sie wohnen! Melden Sie sich! Denn wir sind komplett ungefährlich!

Text: Dr. Anette Einzmann
Fotos: Christine Grotensohn / Dr. Anette Einzmann

Anette Einzmann bringt ein Studium der Germanistik/Philosophie (MA) mit, hat ein Gesangsstudium (Dipl.) absolviert, dazu eine atempädagogische Ausbildung am Institut für ganzheitliche Entwicklung abgeschlossen und und wurde mit dem Thema: „Eine Mikrotheorie der Stimme" promoviert. Es folgten Veröffentlichungen. Sie ist selbstständig an verschiedenen Institutionen und in eigener Praxis tätig.

ANZEIGE



ALLES AUS EINER HAND:
GTI medicare

GTI medicare ist Ihr kompetenter und zuverlässiger Partner für die stationäre und mobile Sauerstoffversorgung. Ob im Rettungswesen, beim medizinischen Fachhandel oder für die Langzeit-Sauerstofftherapie in der häuslichen Versorgung.

IMMER GUT O_2-VERSORGT MIT DEN GTI MEDICARE VERSORGUNGSKONZEPTEN
Im Bereich der Sauerstoff-Langzeittherapie gibt es bei unterschiedlichen Indikationen unzählige Versorgungsformen. Wir verstehen uns als Ihr Partner und sehen es daher als unsere selbstverständliche Aufgabe an, mit Ihnen Ihr individuell angepasstes Sauerstoffsystem zusammenzustellen.

Fragen Sie uns an. Wir beraten Sie gerne!

AUCH IN IHRER NÄHE:
Servicetelefon Hattingen +49 (0)2324 9199-0,
Servicetelefon Hamburg +49 (0)40 611369-0
oder per E-Mail unter auftrag@gti-medicare.de

www.gti-medicare.de

Aktiv im Alltag - Übungen mit ein oder zwei Nudelpackungen

von M. Frisch

Michaela Frisch, stellvertretende Vorsitzende der AG Lungensport in Deutschland, hat in der 80 Seiten umfassenden Broschüre „Aktiv im Alltag – weitere Übungen für zuhause oder den Lungensport" eine Reihe von Übungen zusammengestellt, mit denen täglich unkompliziert die körperliche Belastbarkeit, Mobilität und die Lebensqualität durch eigene Aktivität gesteigert werden können. Hier ein Übungsbeispiel aus der Broschüre.



Übung 1

Training: allgemeine Kräftigung, Mobilisation Hüftbereich

Ausgangsstellung:
aufrechter Sitz, eine Nudelpackung mit beiden Händen greifen. Die Arme mit der Nudelpackung in Schulterhöhe nach vorne strecken. Die Schulterblätter nach hinten unten ziehen. Die Arme in Schulterhöhe mit kleinen Bewegungen beugen und strecken. Das rechte Bein dabei ebenfalls zur Seite setzen und wieder in die Ausgangsstellung zurück. Nach einiger Zeit Beinwechsel. Dabei - trotz der kleinen und schnellen Bewegungen - ganz bewusst die Atmung mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) fließen lassen.



Übung 2

Training: Herz-Kreislauf-Training, Koordination, allgemeine Kräftigung und Mobilisation

Ausgangsstellung:
aufrechter, stabiler Stand, mit beiden Händen je eine Nudelpackung greifen, die Arme in Schulterhöhe anbeugen. Im Wechsel mit schnellen Bewegungen nach vorne boxen. Ebenfalls im Wechsel erst mit dem rechten Bein einen Schritt nach hinten und wieder zurück in die Ausgangsstellung machen, dann das linke Bein nach vorne oben anwinkeln. Nach einiger Zeit Seitenwechsel. Dabei - trotz der kleinen und schnellen Bewegungen - ganz bewusst die Atmung mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) fließen lassen.

Variation:
Rechtshänder mit dem linken Arm 2x und mit dem rechten Arm 1x boxen, Linkshänder mit dem rechten Arm 2x und dem linken Arm 1x boxen.

Übung 3

Training: Koordination, allgemeine Kräftigung und Mobilisation

Ausgangsstellung:
aufrechter, stabiler Stand, mit beiden Händen je eine Nudelpackung greifen, die Arme in Schulterhöhe zur Seite strecken. Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) die Knie im stabilen Stand beugen und mit dem geraden Oberkörper nach vorne beugen (Gesäß nach hinten). Mit der Einatmung durch die Nase die Stellung beibehalten. Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) wieder in die Ausgangsstellung zurückkehren.

Variation:
im stabilen Stand, gebeugten Knien und gerade nach vorne gebeugtem Rücken die Arme in Schulterhöhe zur Seite strecken -> die Stellung halten und die Atmung mit der Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft mit leicht geöffneten Lippen) fließen lassen. Die Arme mit kleinen schnellen Kreisen bewegen und im Wechsel die Fersen abheben und absetzen- ohne die Ausgangsstellung zu verlassen.









Übung 4

Training: allgemeine Kräftigung, Mobilisation Hüftbereich

Ausgangsstellung:
stabiler Stand in Schrittstellung, die Nudelpackungen in Schulterhöhe (Ellbogen zeigen nach außen) aufeinanderlegen. Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) in die Hockbeuge (Barhockerhöhe) tief gehen. Mit der Einatmung durch die Nase die Stellung halten. Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) langsam wieder nach oben in die Ausgangsstellung zurückkehren.

Variation:
einbeinige Hockbeuge bzw. mit Zehenspitzenkontakt nach hinten.







Übung 5

Training: Koordination, Herz-Kreislauf-Training

Ausgangsstellung:
aufrechter Sitz oder stabiler Stand, die gebeugten Arme mit den Nudelpackungen in Schulterhöhe halten.

Das rechte Bein anwinkeln und dabei beide Arme incl. der Nudelpackungen zum Knie führen, dann zurück in die Ausgangsstellung.

Danach das linke Bein anwinkeln und dabei die Nudelpackungen hinter den Kopf führen.

Dabei ganz bewusst die Atmung mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) fließen lassen.

Variation:
Wechsel.











JETZT: Online-Lungensportstunde der AG Lungensport

Jeweils einmal in der Woche abends eine Stunde: Fit bleiben auch in der Coronazeit! Wenn Sie an der Online-Lungensportstunde teilnehmen möchten, senden Sie bitte eine E-Mail mit dem Betreff **„Lungensport"** an **sportstunde@atemwegsliga.de**.

WICHTIG! Die Teilnahme an dieser Online-Lungensportstunde erfolgt auf eigene Gefahr und in Eigenverantwortung. Wir schließen jegliche Haftung aus. Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich hiermit einverstanden. Bei Auftreten eines medizinischen Notfalls wählen Sie bitte unverzüglich die Notrufnummer 112 via Telefon/ Handy.

Sie erhalten nach Anmeldung einen persönlichen Einwahllink. Bitte geben Sie diesen nicht weiter, da es sonst zu Überbuchungen kommen kann!

Auszug aus der hochaktuellen Broschüre „Aktiv im Alltag" von Michaela Frisch und der AG Lungensport in Deutschland e.V. Die Broschüre kann hier gegen einen geringen Unkostenbeitrag angefordert werden:



AG Lungensport in Deutschland e.V.

Geschäftsstelle
Raiffeisenstraße 38
33175 Bad Lippspringe
Telefon 05252 / 9 37 06 03
lungensport@atemwegsliga.de



Per Wangenabstrich zur schnellen Diagnose des Alpha-1-Antitrypsin-Mangels.

Lass dich testen!

COPD oder Alpha-1? Der AlphaID von Grifols gibt Gewissheit.

Atemnot, chronischer Husten, Auswurf – viele Ärzte denken bei solchen Symptomen zunächst an eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, kurz COPD. Was Vielen jedoch nicht bewusst ist: Die Beschwerden können auch das Zeichen eines Alpha-1-Antitrypsin-Mangels (AATM) sein.[1] Diese Erbkrankheit tritt seltener auf, ähnelt hinsichtlich der Symptome aber stark einer COPD, was eine Diagnose erschweren kann. Im Schnitt vergehen sechs Jahre bis zur korrekten Diagnose. Aber dass muss nicht sein, denn mit dem neuen **AlphaID-Testkit** – der ganz einfach von Ihrem Arzt durchgeführt werden kann – lässt sich die Erkrankung schnell ausschließen. Die Früherkennung des AATM liegt uns von Grifols besonders am Herzen. Aus diesem Grund stellen wir seit Jahren kostenlose Testmöglichkeiten zur Verfügung.

Jeder COPD-Patient sollte getestet werden

Schätzungen gehen von etwa 20.000 Betroffenen in Deutschland aus – viele von ihnen wissen jedoch noch gar nicht, was die Ursache für ihre Beschwerden ist.[2] Dabei ist eine frühe Diagnose von großer Bedeutung, denn sie ermöglicht eine spezifische Therapie. Daher raten Experten dazu, dass alle Menschen mit COPD einmal im Leben auf Alpha-1 getestet werden.

Einfach Testen mit dem Alpha-ID von Grifols

Ob ein AATM oder doch eine „gewöhnliche“ COPD vorliegt, lässt sich mit unserem neuen Testkit einfach feststellen. Der kosentlose **AlphaID** von Grifols hilft hierbei per Wangenabstrich einen AATM zu diagnostizieren und ist vom Arzt einfach und schnell anzuwenden. Bei einem begründeten Verdacht auf AATM empfiehlt es sich über einen erfahrenen Lungenfacharzt weitere Behandlungsschritte einzuleiten.

Aufklären und unterstützen: Die Initiative PROAlpha

Damit Menschen früher getestet werden und um die Versorgung von Betroffenen zu verbessern, haben wir von Grifols die Initiative PROAlpha ins Leben gerufen. Wir unterstützen die Aufklärung der Allgemeinheit sowie von Ärzten rund um das Thema Alpha-1. So bieten wir unter anderem verschiedene Informationsmaterialien, sowie die Möglichkeit eines schnellen Online-Selbsttest an. Denn ein relativ niedriger Bekanntheitsgrad der Erkrankung ist eine Mitursache dafür, dass zahlreiche Betroffene bislang nicht richtig diagnostiziert wurden: Weitere Informationen finden sie unter **www.pro-alpha.de**

Was ist der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel?

Beim Alpha-1-Antitrypsinmangel handelt es sich um eine Erbkrankheit.[3] Der Körper produziert aufgrund eines Gendefekts zu wenig oder gar kein Alpha-1-Antitrypsin. Dieses Eiweiß ist jedoch wichtig für den Schutz des Lungengewebes. Durch den Mangel bekommen die Betroffenen unbehandelt zunehmend schlechter Luft.[4]

Initiative PROAlpha

GRIFOLS

1 Biedermann A. und Köhnlein T. Alpha-1-Antitrypsin-Mangel – eine versteckte Ursache der COPD. Dtsch Arztebl 2006; 103(26): A1828-32.
2 Blanco I et al. Alpha-1 antitrypsin Pi*Z gene frequency and Pi*ZZ genotype numbers worldwide: an update. Int J COPD 2017; 12: 561–9.
3 Schroth S et al. Alpha-1-Antitrypsin-Mangel: Diagnose und Therapie der pulmonalen Erkrankung. Pneumologie 2009; 63: 335–45.
4 Bals R, Köhnlein T (Hrsg.). Alpha-1-Antitrypsin-Mangel: Pathophysiologie, Diagnose und Therapie 2010. Thieme; 1. Aufl.

Grifols Deutschland GmbH
Colmarer Str. 22 · 60528 Frankfurt/Main
Tel.: (+49) 69 660 593 100
Mail: info.germany@grifols.com

DE-UBD-2100003

(Mein) Alltag in Quarantäne

von M. Selle



Seit über einem Jahr leben wir nun schon in der Pandemie mit dem Coronavirus. Bei einer Ansteckung mit diesem werden wir in Quarantäne geschickt – in Selbstquarantäne nach Hause – d.h. dass sich eine erkrankte Person konsequent von den Anderen fernhält. „Quarantaine" kommt letztlich über das Volkslateinische vom lateinischen quadraginta („vierzig"), das z.B. schon im 14. Jahrhundert in Venedig pestverdächtigen Schiffen die Hafeneinfahrt für 40 Tage verbot. Dies diente als Schutz vor Ansteckung durch Fremde und verhinderte damit den Landgang der Besatzung.

Nicht nur mehr Patienten mit milden Verläufen müssen zuhause bleiben, sondern auch wir Älteren und chronisch Erkrankten bleiben daheim, um uns zu schützen. Es wird wohl noch ein paar Monate dauern, die Lockdowns gehen teilweise weiter, je nach örtlichem Inzidenzwert. Und das Impfen mit verschiedenen Seren und bei wechselnden Vorgaben wird noch über Monate weiterlaufen. Neue Mutanten treten auf und die Zukunft scheint immer noch ungewiss. Wie schaffen wir es, den Kopf in dieser Lage nicht hängen zu lassen?

Die AHA-L-A Regeln (Abstand, Hygiene, Alltagsmaske – Lüften – App) sind uns mittlerweile, zumindest den Meisten, in Fleisch und Blut übergegangen. Unseren Alltag haben wir dementsprechend strukturiert. Für mich ist eine Tagesstruktur unabdingbar. Ohne diese fange ich an „rum zu eiern" und vieles auf den nächsten Tag zu verschieben. Küche aufräumen? Mach ich morgen, kommt eh´ keiner, Wäsche kann ich auch morgen waschen, Jogginganzug reicht, ich muss ja nicht aus dem Haus. Dies ist eine Spirale, die mich runterzieht, also habe ich mir einen Tagesplan mit guter Strukturierung aber auch Freiräumen auferlegt, der mir hilft diese Zeit des Alleinseins zuhause bestmöglich auszuhalten. Ein geregelter Tagesablauf gibt Sicherheit und diese stärkt uns und unser Immunsystem. Routine entlastet!

Ich versuche in etwa zur gleichen Zeit aufzustehen. Das gelingt mir mittlerweile ganz gut, da die Tage wieder länger sind und Licht bekanntlich den Kreislauf und unser Wohlfühlbefinden ankurbelt. Der Sommer ist da und meine Seele freut sich.

Ich nehme den örtlichen Discounter-Service in Anspruch, in dem ich per Internet meine Lebensmittel und Haushaltsbedarfe online bestelle, so dass ich nicht in den engen Gängen des Einkaufsmarktes mit anderen Menschen in näheren Kontakt komme. Ich lasse mir die Ware aber nicht nach Hause schicken, sondern hole diese bereits zusammengepackt an einer Extrakasse ab (für nur 2,- Euro Mehrkosten). So kann ich mir dann immer noch einen Blumenstrauß für den Tisch mitnehmen, den es gleich am Eingang gibt. Kleine Freuden versüßen bzw. verschönern den Alltag und

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
Körperliche Ebene	Hafertag	Fisch	Neues Rezept	Veggieday	Fisch	Fleisch / Eintopf
	Atem-Übungen/ Hockergymn.	Sitztanz/ Infrarot-Kabine	Mobiles Hunde-training zuhause	Atem-Übungen/ Hockergymn.	Sitztanz/ Infrarot-Kabine	See-/ Wald-Spaziergang
Mentale Ebene	Lumosity/ Kreuzwort-rätsel u.a.	Englisch	Stricken/ Kartenspiel u.a.	Italienisch	Lumosity Kreuzwort-rätsel u.a.	Malen/ Schreiben
Psychische Ebene	Hundekuscheln/ Massage (TT)	Gesichts-maske	Austausch mit den Kindern	Leberwickel (wohlige Wärme)	Atem-Therapeut/ TV-Fasten	Telefon-gespräche

Hier mal einer meiner Wochenpläne, wobei der Sonntag als Relaxtag gilt ohne Zwang und Vorgabe

ich bin mal zwischendurch aus meinen vier Wänden rausgekommen.

Apropos Versüßen, gibt es jemanden, der während des Lockdowns nicht zugenommen hat? „Coronaspeck" ist ja mittlerweile ein gängiges Wort dafür. Die Seele braucht Streicheleinheiten, wir sind soziale Wesen und auf Kontakte angewiesen. Wenn diese fehlen ist der Griff zu Schokolade oder Zuckerhaltigem oft nicht zu bremsen. Am besten gar nix zuhause zu haben oder nur Schokolade mit mind. 70% Kakaoanteil, das ist ernährungstechnisch im grünen Bereich. Ein Stück im Mund zergehen lassen und bewusst genießen reicht vollkommen für einen positiven Effekt.

Wo ist meine Disziplin überhaupt geblieben? Um dranzubleiben und meine „guten" Vorsätze nicht nach ein oder zwei Tagen wieder schleifen zu lassen, stelle ich mir neben dem Tagesplan auch einen Wochenplan auf, aber nicht nur zur Ernährung, da meine Gesundheit weiter im Vordergrund stehen soll, sondern auf allen drei Ebenen, physisch, mental und psychisch. Ich überlege immer wieder neu, was mir und meinem Körper gut tun könnte.

Auf körperlicher (physischer) Ebene sind viel frische Luft und Bewegung angesagt. Beides mindestens 30 Minuten täglich. Leider fallen ja alle Bewegungsangebote wie Lungensport, Wassergymnastik oder MTT (medizinische Trainingstherapie) seit Monaten aus. Dies „fördert" unseren Muskelabbau am ganzen Körper und an der Atemmuskulatur. Deswegen bleibt unsere Eigeninitiative unverzichtbar für eine gute Atmung, aber auch gegen Schwindel und Sturzgefahr.

Ein Spaziergang mit meinem Hund kostet mich oft ziemliche Überwindung, aber wenn ich mich dann aufgerafft habe, ist es ein schönes Gefühl es geschafft zu haben und auch die Freude meines Vierbeiners zu sehen. Ich treffe auch mal andere Leute mit dem nötigen und vorgeschriebenen Abstand und meine Lungen tanken frische Luft, die mein Immunsystem erfreut. Auch gehe ich nicht immer den gleichen Weg, sondern versuche in der Umgebung Neues zu erkunden. Meine Gehstützen oder der Rollator hindern mich nicht an der Freude und meine kleine „Fellnase" hängt an einem Bauchgurt, so dass ich Bewegungsfreiheit habe. Ich kasteie mich nicht und ist wirklich mal ein schlechter Tag dabei, dann habe ich meinen „Gassigeher". Zudem versuche ich auf der Terrasse oder bei Regentagen am offenen Fenster täglich frische Luft in meine Lungen zu pumpen. Je nach Witterung entsprechend gekleidet oder eingemümmelt rege ich so meine Vitamin-D-Produktion an. Ich setze mich aber nicht unter Stress, denn dieser schwächt mich höchstens.



Arthroseroller

Im Herbst hatte ich mir einen Arthroseroller bestellt, ähnlich einem Elektrofahrrad ohne Pedale, sozusagen ein Laufrad bzw. ein Roller mit Sitz. Dieser minimiert meine Knochenschmerzen und reduziert meine Luftnot. Schön, dass es immer wieder neue Hilfsmittel gibt!

Bewegung hole ich mir seit einigen Wochen zusätzlich über Youtube auf mein TV-Gerät mit Sitztanz oder Hockergymnastik. Hier gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Musikrichtungen und Videos, auch Lungensportübungen sind abrufbar.

Tagsüber, zwischendurch mal vom Sessel aufstehen, sich dehnen, sich strecken, die Schultern lockern und etwas bewegen tut den müden Knochen ganz gut, mindestens einmal 5 Minuten pro Stunde. Einfache Übungen beugen zudem Verspannungen vor, da wir in der Pandemie mehr vorm Fernseher und Bildschirm sitzen, weil uns dies ja auch Ablenkung und Entspannung bringt.

Ernährungstechnisch lasse ich mir zweimal die Woche von einem unserer örtlichen Altenheime Essen bringen – meistens am Dienstag und Freitag Fischgerichte, die ich selber gerne esse, aber nicht gerne zubereite. Ansonsten versuche ich keine Fertiggerichte zu konsumieren, sondern selbst zu kochen mit viel Gemüse, Eiweiß, komplexen Kohlenhydraten etc. entsprechend den 10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE)

1. Bewusst essen
2. Schonende Zubereitung
3. Einsparung von Salz und Zucker
4. Lebensmittelvielfalt auskosten
5. Täglich Obst und Gemüse
6. Tierische Lebensmittel zur Ergänzung
7. Vollkorn vor Weizen
8. Pflanzliche Öle verwenden
9. Körperlich betätigen
10. Ausreichend Wasser trinken

Ausführlicher sind diese Vorgaben nachzulesen unter www.dge.de/ . Gerne experimentiere ich auch mit neuen Rezepten und mit frischen Zutaten, da hier meine Sinne zusätzlich angeregt werden durch das Riechen, Schmecken, Sehen, Anfassen. Dadurch bin ich einerseits gefordert und andererseits kann ich mich gleichzeitig entspannen, was wiederum meine Psyche und Selbstwirksamkeit stärkt.

Auf der geistigen (mentalen) Ebene trainiere ich meine Achtsamkeit. Dazu gehört auch die jetzige Situation anzunehmen, denn ich weiß nicht wie lange sie noch andauert. Ich versuche mich an schöne Momente zu erinnern und den gegenwärtigen Zustand bewusst zu erleben. Auch versuche ich neue Routinen einzubauen. Ich lese viel, „konsumiere" Hörbücher, löse Rätsel, wiederhole den Wortschatz meiner mal erlernten Fremdsprachen und habe mich im Netz bei Lumosity zum Gehirntraining angemeldet. Hier und da spiele ich auch mit ein paar Leuten über Zoom „Stadt-Land-Fluss", mittlerweile haben wir 74 Kategorien kreiert, es werden aber immer nur 10-15 ausgewählt.



Simba, mein „Gassigeher"

Ich passe auf, dass es nicht zu monoton wird, denn Abwechslung gehört weiter zu meinem Alltag, um ihn trotz Alleinsein bewusst genießen zu können. Abwechslung ist elementar für unser Wohlbefinden. Die richtige Mischung kann so unsere Resilienz (psychische Widerstandskraft) fördern.

Auch wenn ich machtlos gegenüber den von außen auferlegten Beschränkungen bin, versuche ich etwas Positives daraus zu ziehen. Ich stand schon monatelang mehr in keinem Stau, habe mir viel Benzingeld gespart, beobachte die Vögel an ihrem Futterplatz und der Tränke und versuche die Entschleunigung bewusst zu erleben. Wie oft hatte ich mir genau die Zeit dafür früher oft gewünscht.

Homeschooling und Kinderbetreuungsstress habe ich nicht, aber dafür fehlt mir der direkte Kontakt mit

den Töchtern und meinem Enkelkind, ebenso die lebenswichtigen realen Sozialkontakte. Mein Sozialpartner ist mein kleiner Hund, ich habe seit über 40 Jahren immer einen Hund gehabt, einen regelmäßigen Begleiter und geduldigen Zuhörer. In der Hälfte aller Haushalte leben Tiere, sie können dazu beitragen dass es uns auf der psychischen (seelischen) Ebene besser geht. Das können aber auch andere Tiere sein, mit einer Katze muss ich nicht Gassi gehen, aber auch Fische oder Vögel können während des Alleinseins helfen den Tag zu meistern. Alleine schon das Ansehen von Tierfilmen kann zu mehr Wohlbefinden beitragen.

Zu den psychischen Aspekten gehören für mich auch die sozialen Kontakte, da diese meiner Psyche gut tun. Sie geben Lebenszufriedenheit. Ich achte sehr darauf, dass Beziehungen nicht einfrieren. Gut, dass es technische Möglichkeiten wie WhatsApp, Email, Telefon, Skype oder Zoom gibt. Auch wenn diese den direkten Kontakt nicht ersetzen können, so hilft es mir doch mich nicht so eingesperrt und einsam zu fühlen.

Ich setze mich zwischendurch immer wieder mit folgenden Fragen auseinander „Was gibt mir Halt?", und was stützt mich? Dabei ist es für mich wichtig die „Krafträuber" zu erkennen. Diese klauen mir Energie. Ein Klassiker in der Corona-Krise sind hier die Nachrichten: Muss ich wirklich mehrmals täglich über alles informiert sein? Hilft mir das oder zieht mich das eher runter? Mir reicht es mittlerweile mich einmal am Tag über die aktuelle Lage zu informieren. Ab und zu eruiere ich ein paar Hintergrundinformationen zu den relevanten aktuellen Themen, ansonsten überlege ich, was mir Kraft gibt und was mich aufbaut. So habe ich auch wieder mit alten Hobbies angefangen. Stricken, Malen oder Collagen erstellen macht mir soviel Freude wie über Episoden zu schreiben, die mir einfallen, wenn ich wieder mal Fotoalben durchblättere. Und vor allem gibt es den Satz „keine Zeit dazu" momentan gar nicht mehr. Erlaubt ist was Spaß macht und ich versuche die Negativbrille abzusetzen und dankbar für das zu sein, was wir noch haben: Ein Dach überm Kopf, genug zu essen, Strom und Wärme, verschiedene digitale Medien zur Kommunikation sowie mittlerweile die Impfung und viel Zeit für mich selbst.

Das Leben steht nicht still, es will auch in Coronazeiten gelebt werden, hier und jetzt, heute und morgen. Ich versuche dem Virus und den (Fake)News keine Chance zu geben.

Die Autorin:
Margrit Selle

Dipl. Pflegewirtin (FH) und
Beisitzerin für Pflege und Soziales
der Deutschen Sauerstoff- und
Beatmungsliga LOT e.V.


Foto: privat



Anzeige

Impfungen in der Schwangerschaft

Schwerpunkt Pertussis (Keuchhusten)

Wovor und wie schützt die Pertussis-Impfung?

Risiken der Pertussis-Erkrankung



starker, atemraubender Husten, Lungenentzündung



vorzeitige Wehen



Atemaussetzer, Lungenentzündung, Tod

Schutz durch die Pertussis-Impfung

□ Immunität Y Immunglobulin-G-Antikörper



Wie hoch ist die Schutzwirkung der Impfung?

Ohne Impfung der Mutter erkranken 11 von 10.000 Säuglingen an Pertussis.



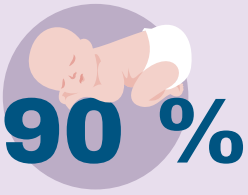
11 erkrankt
7 hospitalisiert

Mit Impfung der Mutter erkrankt 1 von 10.000 Säuglingen an Pertussis.



1 erkrankt
0 hospitalisiert

Das Risiko von Säuglingen in den ersten 3 Lebensmonaten an Pertussis zu erkranken, **sinkt durch eine Impfung** der Mutter in der Schwangerschaft um



Für wen und wann ist die Impfung empfohlen?







Schwangere ab der 28. SSW (beste Schutzwirkung im frühen 3. Trimenon)	Bei erhöhter Wahrscheinlichkeit für eine **Frühgeburt** sollte die Impfung ins 2. Trimenon vorgezogen werden.	**Eltern, Geschwister und Betreuende des Neugeborenen** nach Möglichkeit spätestens 4 Wochen vor Geburt

- weitere Impfempfehlungen in Schwangerschaft und Stillzeit auf der Rückseite -

Pertussis (Keuchhusten) in der Schwangerschaft

- **Pertussis ist hoch ansteckend und weit verbreitet.**
- Die häufigsten, schweren Komplikationen treten bei Neugeborenen auf, die noch nicht geimpft werden können.
- Eine Pertussis-Impfung der Mutter kann bei Säuglingen in den ersten Lebensmonaten Infektionen, Krankenhauseinweisungen und Todesfälle verhindern.
- Eine Impfung schützt Mutter **und** Kind.
- Für Pertussis ist in Deutschland kein Einzelimpfstoff zugelassen. Für Schwangere stehen 3- oder 4-fach-Impfstoffe zur Verfügung.

Wie sicher ist die Pertussis-Impfung?



- kein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen und keine negativen Auswirkungen auf den Säugling



- Lokalreaktionen, die meist folgenlos abklingen. Allgemeinsymptome wie Kopfschmerzen,



- Lokalreaktionen und Allgemeinsymptome nicht häufiger als bei nicht schwangeren Frauen

ROBERT KOCH INSTITUT

Antworten auf häufig gestellte Fragen

Warum sollte in der Schwangerschaft geimpft werden?

Die mütterliche Immunisierung ist ein sicheres und wirksames Mittel, um Neugeborenen durch die Übertragung mütterlicher Antikörper in den ersten Lebensmonaten einen **passiven Immunschutz** vor Infektionen zu vermitteln. Impfungen während der Schwangerschaft **schützen die werdende Mutter vor Infektionskrankheiten** oder zumindest vor **schweren Krankheitsverläufen**, die das Risiko für Fehl- und Frühgeburten erhöhen und in seltenen Fällen zum Tod von Un- und Neugeborenen führen können.

Ist es unbedenklich, sich in der Schwangerschaft impfen zu lassen?

Impfungen in der Schwangerschaft mit inaktivierten Impfstoffen (Totimpfstoffe) sind sicher. Dennoch sollten im ersten Drittel der Schwangerschaft nur dringend indizierte Impfungen durchgeführt werden, um zu vermeiden, dass die in der Frühschwangerschaft häufigen Spontanaborte mit der Impfung in Zusammenhang gebracht werden.

Welche Impfungen sind in der Schwangerschaft von der STIKO empfohlen?

Einige Impfungen z. B. gegen **Influenza,** können ohne höheres Risiko in der Schwangerschaft verabreicht werden. Es handelt sich hierbei um Totimpfstoffe, die keine Infektionen auslösen können. **Frauen mit Kinderwunsch** sollten bereits vor einer Schwangerschaft ihren Impfstatus überprüfen lassen, insbesondere um Impflücken bezüglich Masern, Röteln und Varizellen zu schließen, für die nur Lebendimpfstoffe zur Verfügung stehen, die nicht während der Schwangerschaft verabreicht werden können. Während der **Stillzeit** können grundsätzlich sowohl Tot- als auch die meisten Lebendimpfstoffe verabreicht werden. Allein die Gelbfieber-Impfung soll bei stillenden Frauen nicht erfolgen.

Optional können auch folgende Totimpfstoffe nach Risiko-Nutzen-Abwägung durchgeführt werden: Poliomyelitis (IPV-Impfstoff), Meningokokken C, Pneumokokken, HPV-Impfung (Humane Papillomviren). Hinzu kommen ggf. die Reiseimpfungen: Tollwut, Typhus (parenteraler Totimpfstoff), Japanische Enzephalitis, Meningokokken ACWY sowie FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis). In der Schwangersschaft empfiehlt die STIKO die Impfung gegen COVID-19 ab dem 2. Tertial mit einem mRNA-Impfstoff.

Welche Impfungen sind in der Schwangerschaft nicht erlaubt?

Impfungen mit Lebendimpfstoffen (z. B. gegen Masern, Mumps, Röteln und Windpocken) sind in der Schwangerschaft kontraindiziert. Eine versehentliche Lebendimpfung kurz vor oder in der Frühschwangerschaft ist jedoch keine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch, da bisher weltweit kein erhöhtes Risiko für eine kongenitale Fehlbildung durch dokumentierte Impfungen mit Röteln-, Masern-Röteln- und MMR-Impfstoffen festgestellt wurde.

Von der STIKO empfohlene Impfungen

● indiziert ○ möglich ● kontraindiziert

Influenza (Totimpfstoff)	●	einmal ab 2. Trimenon*
COVID-19 (mRNA)	●	ab 2. Trimenon
Pertussis mit Kombinationsimpfstoff	●	im 3. Trimenon**
Diphtherie	○	● nach Exposition
Tetanus	○	
Polio (IPV-Impfstoff)	○	
Masern, Mumps, Röteln (Lebendimpfstoff)	●	
Windpocken (Lebendimpfstoff)	●	
Hepatitis B	○	● nach Exposition

* bei Vorerkrankung (Asthma, Diabetes mellitus, Bluthockdruck) bereits im 1. Trimenon
** bei bekanntem Frühgeburtsrisiko bereits im 2. Trimenon

Impfungen für Frauen mit Kinderwunsch

- COVID-19: Gegen COVID-19 sollte möglichst vor einer geplanten Schwangerschaft geimpft werden, um auch einen Impfschutz im 1. Tertial zu gewährleisten.
- Masern: Nach 1970 geborene Erwachsene, die einen unklaren Impfstatus haben, bisher nicht geimpft oder nur einmal in der Kindheit geimpft wurden, erhalten eine einmalige Impfung mit einem Masern-Mumps-Röteln-(MMR-)Impfstoff als Standardimpfung.
- Röteln: Ungeimpfte Frauen oder Frauen mit unklarem Impfstatus im gebärfähigen Alter erhalten einen zweimaligen MMR-Impfstoff im Abstand von vier Wochen. Frauen im gebärfähigen Alter, die bereits einmal geimpft wurden, erhalten eine weitere Dosis mit einem MMR-Impfstoff.
- Windpocken: Seronegative Frauen mit Kinderwunsch erhalten zwei Impfdosen.
- Aufgrund theoretischer Überlegungen wird generell empfohlen, nach Lebendimpfungen (Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Gelbfieber) einen Zeitraum von mindestens einem Monat bis zu einer Schwangerschaft einzuhalten.

Public-Health-Perspektive

Schwangere, Feten und Säuglinge in den ersten Lebensmonaten sind besonders gefährdet, an Infektionskrankheiten zu erkranken oder sogar zu versterben. Impfungen vor oder während der Schwangerschaft können dieses Risiko reduzieren. Impfungen in der Schwangerschaft zielen auf den direkten Schutz der Schwangeren durch aktive Immunisierung und/oder des Kindes durch passive Immunisierung. Weitere Maßnahmen der Infektionsprävention sind die zeitgerechte Verabreichung der empfohlenen Standardimpfungen von Geburt an, die „Kokonstrategie“ (Impfung von Kontaktpersonen) sowie die zeitgerechte Gabe aller für junge Erwachsenen empfohlenen Impfungen, insbesondere bei Frauen im gebärfähigen Alter und mit Kinderwunsch.

Die vorliegende Darstellung zu Impfungen in der Schwangerschaft soll Ärztinnen und Ärzten als Kurzinformation dienen und im Gespräch mit Patientinnen und Patienten oder Sorgeberechtigten unterstützen. **Für das Aufklärungsgespräch ist zu beachten, dass die Fachinformationen des jeweiligen Impfstoffs maßgeblich sind.**

Weitere Informationen unter: www.rki.de/impfen

Stand: September 2021 | *Gestaltung: www.infotext-berlin.de*

ROBERT KOCH INSTITUT

Schutz in Pandemie-Zeiten – Persönliche Untersuchungen

von K. Ross

Nach dem Dipl.-Ing.-Studium der Elektrotechnik mit Schwerpunkt Messtechnik und der Entwicklung von Messgeräten (Abschluss Dipl.-Ing.) habe ich in der Industrie Anleitungen für Mess- und Diagnosegeräte erstellt. Zuletzt war ich über 30 Jahre Aufsichtsperson, die jedem von mir betreuten (über 7.000) Menschen ein gesundes Berufsleben ermöglichte. Dabei habe ich - wo immer möglich - z.B. direkt auf Staub, Mikroorganismen, Lärm, krebserzeugende Stoffe, Chemikalien in der Luft, Strahlung und CO_2 gemessen oder messen lassen. Besonders war hier die Staubbelastung (Feinstaub) in der Luft zu beachten. Dafür gab es Messgeräte.

Meine frühere berufliche Tätigkeit wurde schließlich zu meinem „Dauerlebenszeit-Hobby" alles zu messen, was einen Bezug zur Gesundheit und ihrer Gefährdung hat oder haben könnte. Also verzichtete ich auf Urlaubsreisen und kaufte mir stattdessen zum Preis eines Kleinwagens mein erstes Staubmessgerät. Mit weit über 1.000 Messungen konnte ich vor Ort Unternehmer, z.B. zur Installation von Absaugvorrichtungen und Beschäftigte, z.B. auf Betriebsversammlungen zum Nichtrauchen und damit zu einer sauberen Umgebungsluft unmittelbar und direkt motivieren.



Bild 1



Bild 2

Meinen Gerätebestand habe ich immer und möglichst aktuell ergänzt. Jetzt im Ruhestand kann ich so kleinste Aerosole messen, die so klein sind wie 10 zusammengeballte COVID-19-Viren (zusammengeballt wie 0,3 Mikrometer Durchmesser).

Die folgenden zwei Fotos wurden von mir nach einem kräftigen Regenschauer, in einem gründlich gelüfteten Innenraum aufgenommen. So konnte der immer noch in der Raumluft verbliebene Feinstaub vergleichend mit und ohne vorgeschalteter FFP2-Maske bei einem Luftdurchsatz von 2,83 L/Min, bestimmt werden.

Bild 1 zeigt die Bestimmung von noch vorhandenem Feinstaub in der Raumluft. **Bild 2** zeigt mit vorgeschalteter FFP2-Maske eine gute Filtration von Staubpartikeln mit einem Durchmesser von mehr als 5 Mikrometer von 74 %. Feinstaubpartikel von gleich bis kleiner einem Durchmesser von 0,3 Mikrometer werden noch zu 56 % aus der angesaugten (eingeatmeten) Luft herausgefiltert.

Schlussfolgerung

FFP2-Masken filtern auch den für uns unsichtbaren Feinstaub – jedoch abhängig von seiner jeweiligen Größe - deutlich. Daraus kann man folgern, dass das Risiko des Einatmens von Feinstaubpartikeln und Aerosolen (Viren) mit dem Tragen von FFP2-Masken bei korrektem Sitz deutlich verringert wird. Selbstverständlich sollten dabei die aktuellen allgemeinen Hygienemaßnahmen wie Mindestabstand und Händewaschen zur Vermeidung einer COVID-19-Infektion eingehalten werden. Die Ansteckungsgefahr durch COVID-19-Viren kann so deutlich durch das Tragen einer FFP2-Maske verringert werden.

Autor:

Karl Ross
Würzburg
Diplom-Ingenieur
Mitglied der DPLA und in mehreren Vereinen zur Gesundheitsförderung

Jetzt über 50 Infoflyer der Deutschen Atemwegsliga e.V. und der AG Lungensport in Deutschland e.V. bei der DPLA abrufbar

Nach wie vor – egal wie sich unsere gegenwärtige Situation und die Einschränkungen durch die COVID-19-Pandemie verändern – „Lungensport" ist für jeden Betroffenen, besonders im fortgeschrittenen Alter, wenn schon nicht gemeinsam, so doch auch alleine und zu Hause immer gut möglich! Viele praktische Beispiele zeigt der hier abgebildete Flyer der AG Lungensport: „Übungen mit dem Trainingsband": Alltagsaktivitäten trainieren. Selber bitte nachmachen!



Auch im zweiten Jahr eingeschränkter Alltagsaktivitäten durch COVID-19 sind „Übungen mit dem Trainingsband" anhand des abgebildeten aktuellen Flyers jederzeit und zu Hause gut und für jeden mit einer Atemwegserkrankung einfach und leicht durchzuführen. Es macht sogar Freude und hilft!

Insgesamt stehen damit aktuell über **50 Flyer**, von „Allergie" über „Asthma", „COPD", „Lungenfibrose", „Lungenfunktion", „Peak-Flow-Messung", „Reisen" bis zu „Richtig inhalieren", im Programm. Dieser Flyer kann bei der AG Lungensport in Deutschland e.V. unter www.lungensport.org oder bei der Deutschen Atemwegsliga e.V., http://www.atemwegsliga.de/bestellung.html, oder bei der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA, info@pat-liga.de, Tel. 06133 / 35 43, für einen kleinen Unkostenbeitrag angefordert werden. Diese Reihe wird von ausgewiesenen Experten erstellt, immer wieder aktualisiert und fortlaufend erweitert. ■

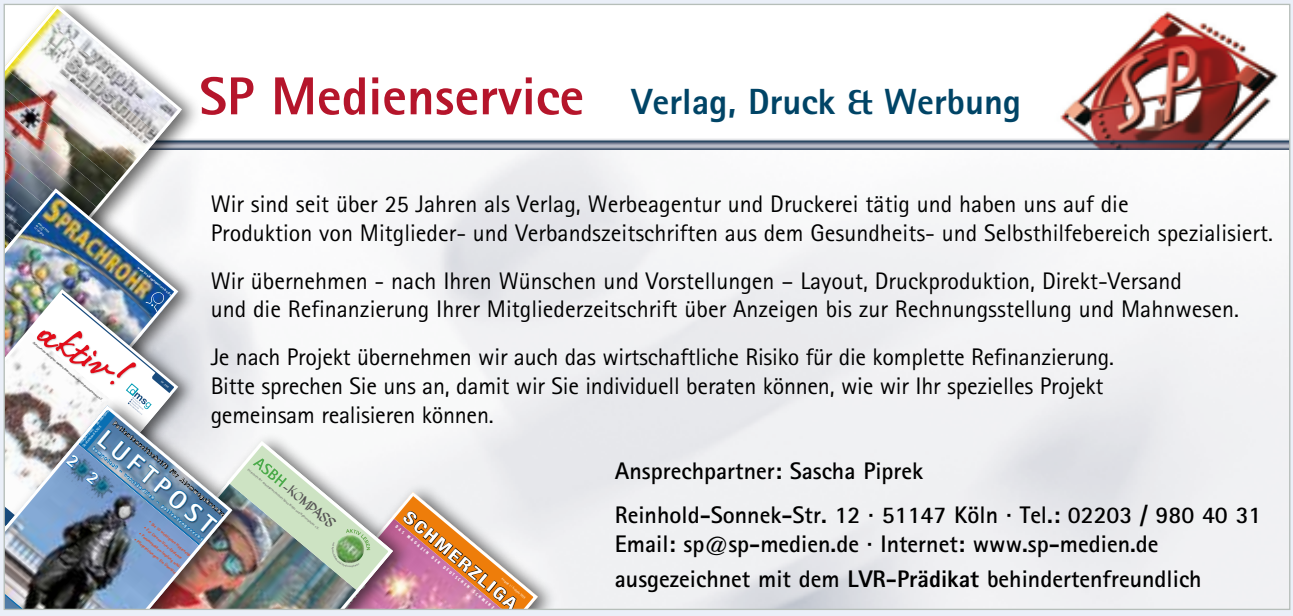
Wenn Ihnen noch Themen fehlen, schlagen Sie diese doch bitte vor.

Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
Geschäftsstelle: Frau Kunze, Frau Fell, Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 5738327, info@pat-liga.de, www.pat-liga.de

Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer
Baden-Württemberg		
Fellbach, Waiblingen, Backnang	Dieter Kruse	0711 / 510 92 94
Bayern		
Weiden, Neustadt, Vohenstrauß	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Brandenburg		
Potsdam	Gudrun Krüger	0331 / 2708809
	Wolfgang Weber	033205 / 25699
Hessen		
Frankfurt am Main	Ulrich Schulte	069 / 2002 13 04
	Dieter Kraus	06007 / 939 77 30
	Ursula Schösser	06102 / 53 416
Marburg	Friedhelm Stadtmüller	06422 / 44 51
	Margit Nahrgang	06424 / 45 73
Schwalmstadt	Wolfgang Tenter	06691 / 21 775
Wiesbaden	Lothar Wern	06122 / 15 254
Niedersachsen		
Region Hannover	Michael Wilken	05130 / 583 85 77
- Hannover		
- Wunstorf		
- Wedemark		

Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer
Nordrhein-Westfalen		
Dortmund	Cornelia Schulz	0231 / 126 376
Duisburg	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Essen	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Gelsenkirchen	Werner Broska	0177 / 767 69 85
	Selbsthilfe-Kontaktstelle	0209 / 913 28-10
Hagen	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Lüdenscheid	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Moers-Niederrhein	Petra Arndt	02841 / 41 484
Rheda-Wiedenbrück	Heinz-Jürgen Belger	05242 / 56 786
Wuppertal	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Rheinland-Pfalz		
Alzey	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Bernkastel-Wittlich	Inge Follmann	06573 / 574
Bitburg	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Daun (Vulkaneifel)	Inge Follmann	06573 / 574
	Renate Maisch	06572 / 23 99
Birkenfeld/ Idar-Oberstein	Winfried Walg	06785 / 77 70
Linz am Rhein	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Mainz	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Trier	Ursula Eicher	0651 / 44611
Worms	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Saarland		
Homburg / Saar	Uwe Sersch	06873 / 669 284



Befreundete Selbsthilfegruppen



Baden-Württemberg

Selbsthilfegruppe Asthma, Rielasingen und Konstanz
Kontakt: Marlene Isele
Tel.: 07731 / 24253
E-Mail: marlene.isele@web.de
http://www.shg-asthma.de/



Bayern

SHG Asthma- und COPD-Kranke Würzburg
Kontakt: Brigitte Ritz-Darkow
Tel.: 0931 /4 6772927
E-Mail: brdger@web.de
http://www.asthma-copd-wuerzburg.selbsthilfe-wue.de

SHG Atemwege Allgäu
Kontakt: Luitgard Happ
Tel.: 08323 / 9980157
0151 / 68418794
E-Mail: shg.atemwege-allgaeu@e-mail.de

SHG COPD&Lunge Region Bayern - Hof
Kontakt: Herr Gerhard Frank
Tel.: 09281 / 86653

SHG COPD&Lunge Region Bayern - Selb
Kontakt: Christa Jäkel
Tel.: 09287 / 67800
Mobil: 0152 / 217 86 886

SHG COPD&Lunge Region Bayern – München-Oberbayern
Kontakt: Mary-Lou Schönwälder
Tel.: 089 / 6095153

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Regen
Kontakt: Maria Tschöpp
Tel.: 09921 / 2774



Hessen

Selbsthilfegruppe Asthma & Allergie Kronberg im Taunus e.V.
Tel.: 06173 / 63865
E-Mail: info@asthma-und-allergie.de
http://www.asthma-und-allergie.de

COPD Gruppe Rüsselsheim
Kontakt: Sabine Frick
E-Mail: orga@copd-ruesselsheim.de
www. copd-ruesselsheim.de



Nordrhein-Westfalen

Selbsthilfegruppe COPD-Atemwegserkrankungen Plettenberg
Kontakt: Heidemarie Brieger
Tel.: 02391 / 53734
E-Mail: h.brieger.copd.plettenberg@aol.com
http://www.copd-plettenberg.info/

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-City
Kontakt: Doris Krecké
Tel.: 0241 / 572438

SHG COPD & Lunge Städte Region Aachen - Lungenkrebs
Kontakt: Anja Schüller
Tel.: 0241 / 4748810

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Simmerath
Kontakt: Maria-Luise Zorn
Tel.: 02408 / 1460099

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Würselen
Kontakt: Heidi Witt
Tel.: 02405 / 475255

SHG COPD&Lunge Städte Angehörigengruppe Region Aachen-Würselen
Kontakt: Heidi Witt
Tel.: 02405 / 475255

COPD-Selbsthilfegruppe-Hagen für Nicht Sauerstoffpatienten
Kontakt: Rolf Neuschulz
Tel. 02331 / 4731038
E-Mail: rolf.neuschulz@t-online.de
http://www.copd-selbsthilfegruppe-hagen.de

ATEMLOS-Selbsthilfe für das Leben mit COPD
Kontakt: Thomas Bitter
E-Mail: selbsthilfe-atemlos@outlook.de
www.selbsthilfe-atemlos.de



Sachsen

Dresdner COPD SHG Atemwegserkrankungen
Kontakt: Eckhard Scheiding
Tel. 0170 / 6479148
E-Mail: eckhard.scheiding@t-online.de

Warum auch Sie Mitglied in der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – der DPLA – werden sollten

Die Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA – ist ein 1985 von Patienten gegründeter Verein zur organisierten gemeinsamen Selbsthilfe bei allen Erkrankungen der Lunge, insbesondere aber der Atemwege, wie Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Bronchitis (COPD) und Lungenemphysem. Wir sind seit 1986 als gemeinnützig anerkannt.

Wir sind bundesweit tätig und haben in Deutschland fast 30 Ortsverbände. In diesen finden regelmäßig Veranstaltungen wie Vorträge, Schulungen, Diskussionen und ein Erfahrungsaustausch zur organisierten gemeinsamen Selbsthilfe statt. Medizinisch verständliche Vorträge von kompetenten Fachleuten werden von uns organisiert. Wir fördern die gezielte, regelmäßige Physiotherapie und den in fast jedem Krankheitsstadium möglichen Lungensport – aber auch spezielle Atemtechniken.

Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen und die einbezogenen Angehörigen werden durch das Kennenlernen und Verstehen ihrer Krankheit zu besser informierten Betroffenen und verständnisvolleren Angehörigen. Ziel unserer Aktivitäten ist die Motivation zur gemeinsamen Selbsthilfe.

Eine wichtige Funktion kommt dabei auch der Wissensvermittlung durch unsere Patientenzeitschrift „Luftpost" zu. Sie erscheint inzwischen im 27. Jahrgang und seit 2015 erstmals mit vier Heften jährlich. Allgemeinverständlich geschriebene Artikel von kompetenten Ärzten und Professoren, Physiotherapeuten und Fachleuten aus dem gesamten Gesundheitswesen widmen sich nicht nur dem medizinischen, sondern auch dem persönlichen Umfeld von Patienten und ihrer Angehörigen. Zur Darstellung einer fundierten Diagnostik und Therapie auf der Basis gesicherter Tatsachen, wichtiger Selbsthilfetechniken und Erfahrungen kommen aktuelle Berichte zu bemerkenswerten medizinischen Neuerungen und Diskussionen. Als unser Mitglied erhalten Sie die **„Luftpost"** immer aktuell per Post und für Sie kostenlos zugeschickt.

Ebenso **kostenlos** können Sie mehr als 50 schriftliche **Ratgeber** als Hilfen zu speziellen Fragestellungen erhalten, wie z.B.:

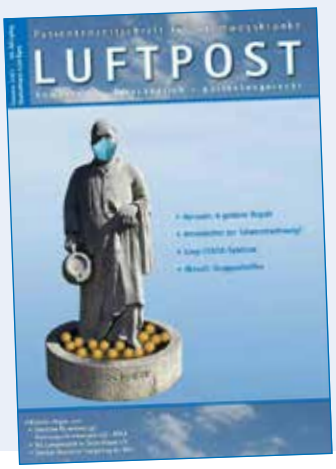
- Reisen ... mit Asthma und COPD
- Husten ... was muss ich tun?
- Häusliches Training bei schwerer COPD
- Lungenkrebs ... rechtzeitig erkennen und gezielt behandeln
- Plötzliche Verschlechterung (Exazerbation) bei COPD

Selbstverständlich können Sie auch weitere Informationen oder eine Beratung in unserer **Geschäftsstelle** erhalten:
Deutsche **P**atientenLiga **A**temwegserkrankungen e.V. - DPLA
Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim
Tel.: 06133 / 35 43 - Fax: 06133 / 573 83 27
persönlich Mo. bis Do. von 8.30 bis 13.30 Uhr

Im Internet finden Sie uns unter: **www.pat-liga.de**
Unser jährlicher **Mitgliedsbeitrag** beträgt für Einzelpersonen 25,- Euro und für Familien 40,- Euro und ist steuerlich absetzbar.

FÜR MITGLIEDER

Diese und viele weitere Informationen sind für Sie als Mitglied erhältlich.









Per Fax 06133 / 57 383 27 oder per Post

MITGLIEDSANTRAG

Deutsche **P**atienten**L**iga
Atemwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
Geschäftsstelle
Adnet-Str. 14
55276 Oppenheim

Telefon: 06133 / 35 43
Fax: 06133 / 57 383 27

E-Mail: info@pat-liga.de
www.pat-liga.de

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die:

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

Name:	Vorname:
Straße, Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Mobil-Nr. (freiwillige Angabe):
Geburtsdatum:	Mitglied ab:

eigene Erkrankung: Asthma ☐ COPD ☐ Emphysem ☐ andere (Lungen-)Erkrankung: _____

Gewünschter Ortsverband: _____

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für ☐ **Einzelpersonen € 25,00** und für ☐ **Familien € 40,00.**
Bei Familienmitgliedschaft: Name des Familienangehörigen: _____

Gewünschte Zahlungsweise:

☐ Rechnung (Bitte überweisen Sie den Betrag erst nach Erhalt der Rechnung.)

☐ Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag in Höhe von € _____ wird hiermit erteilt. Ein Rückruf kann jederzeit erfolgen.

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

_____
Datum, Unterschrift (für Einzugsermächtigung):

Datenschutzhinweis
Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung die abgefragten Daten der Mitglieder in automatisierten vereinsinternen Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und vereinsinternen Nutzung der personenbezogenen Daten durch die DPLA zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass eine Aufnahme in die DPLA ohne dieses Einverständnis nicht erfolgen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA
als gemeinnützig seit 1986 anerkannt
gültiger Freistellungsbescheid Finanzamt Mainz-Mitte: StNr. 26/675/0372/9-II/4 vom 31.07.2017
Mainzer Volksbank eG - IBAN: DE37 5519 0000 0001 0320 10 BIC: MVBMDE55

Die "Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke" im 29. Jahrgang

unterstützt durch
· **D**eutsche **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
· AG Lungensport in Deutschland e.V.
· Deutsche Atemwegsliga e.V. (DAL)
· Sektion Deutscher Lungentag - in der DAL

Herausgeber und Copyright:
SP Medienservice - Verlag, Druck und Werbung
Reinhold-Sonnek-Str. 12, 51147 Köln
www.sp-medien.de, E-Mail: info@sp-medien.de

„Luftpost"-Redaktion
Adnet-Straße 14, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 5738327
Abonnenten-Service: Telefon 06133 – 3543

Das Team:
Dr. med. Michael Köhler, Redaktionsleitung und Druckfreigabe, V.i.S.d.P.,
Katrin Fell

Copyright:
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind – soweit nicht anders vermerkt – für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bildnachweise:
Titelbild: AdobeStock / neonshot, Bonner: AdobeStock / electriceye
Alle Bilder von den Autoren, wenn nicht anders angegeben

Anzeigenvertrieb, Layout und Druck:
SP Medienservice,
Reinhold-Sonnek-Str. 12, 51147 Köln
www.sp-medien.de, eMail: info@sp-medien.de

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors wieder. Die Redaktion behält sich vor, eingereichte Artikel zu redigieren. Anzeigen und Advertorials stehen inhaltlich in der Verantwortung des Inserenten. Sie geben daher nicht generell die Meinung des Herausgebers wieder. Die Beiträge der „Luftpost" können das Gespräch mit dem Arzt sowie entsprechende Untersuchungen nicht ersetzen. Die „Luftpost" dient der ergänzenden Information. Literaturnachweise können über Redaktion oder Autoren angefordert werden. Die „Luftpost" erscheint viermal jährlich.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in den Artikeln die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

Einzelpreis pro Heft:
Deutschland 4,50 Euro, Ausland 8,00 Euro
Jahresabonnement 10,00 Euro (Deutschland)
Auflage 30.000

kompetent · verständlich · patientengerecht

Abonnement der „Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke"

Hiermit abonniere ich die
„Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke".

Die „Luftpost" erscheint viermal jährlich – einmal im Quartal. Der Bezugspreis pro Jahr beträgt 10,00 Euro, statt 18,00 Euro bei Einzelbezug, inklusive Porto und Versand innerhalb Deutschlands. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, falls es nicht schriftlich sechs Wochen vor Jahresende gekündigt wird.

Abonnement ab Ausgabe:
❑ Frühjahr ❑ Sommer ❑ Herbst ❑ Winter

Vorname, Name _____ Telefon _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Abonnementbetreuung:
Domenica Kunze
Carl-Wernher-Str. 2, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 - 924108, kunze@team-luftpost.de

Gewünschte Zahlungsweise:

❑ bargeldlos durch Bankeinzug

IBAN _____ BIC _____

Geldinstitut _____

❑ gegen Rechnung (keine Vorauszahlung, bitte Rechnung abwarten)

Datum _____ Unterschrift _____

Rücktrittsrecht:
Diese Bestellung kann innerhalb von 14 Tagen (Datum des Poststempels) schriftlich widerrufen werden

Chiesi



Das Leben festhalten – frei durchatmen

Als familiengeführter Arzneimittelhersteller wissen wir, wie kostbar schöne Momente sind.

Dafür arbeiten wir intensiv an Medikamenten, die Menschen mit Atemwegserkrankungen wie Asthma und COPD helfen. Jeden Tag.

Wir forschen weltweit, um unsere Arzneimittel und Inhalationssysteme weiter zu entwickeln. Hilfreiche Informationen rund um eine moderne, nachhaltige Therapie finden Sie unter: www.chiesi.de/atemwege

Certified B Corporation

Mehr Chiesi-Momente
unter **www.chiesi.de**



Ihre unteren **Atemwege** haben für uns oberste **Priorität.**

Mit unseren überdurchschnittlich hohen Investitionen in die Entwicklung neuer Therapiekonzepte schaffen wir die Voraussetzung, um innovative Medikamente, Impfstoffe und Biologika auf den Weg zu bringen.
MSD ist ein internationales Gesundheitsunternehmen mit zwei Namen: In den USA und Kanada sind wir Merck & Co., Inc., mit Sitz in Kenilworth, NJ, USA.

Erfahren Sie mehr über uns auf: www.msd.de

MSD Sharp & Dohme GmbH, www.msd.de

MSD

DE-NON-01877