

Winter 2017 · 25. Jahrgang
Deutschland 4,50 €

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht



**1. LUNGENTAGUNG
POTSDAM**
8. September 2018

Offizielles Organ von:

- Deutsche PatientenLiga
- Atemwegserkrankungen e.V - DPLA
- AG Lungensport in Deutschland e.V.
- Sektion Deutscher Lungentag der DAL

**3. LUNGENTAGUNG
WORMS**
22. September 2018

HEUTE
IST DER TAG,
AN DEM ICH
SELBST AKTIV
WERDE

HEUTE
IST DER TAG,
AN DEM MEIN
KAMPF GEGEN
IPF BEGINNT

HEUTE
IST DER TAG
DER NEUE
CHANCEN BRINGT

Die idiopathische Lungenfibrose (IPF) ist eine schwerwiegende Erkrankung der Lunge, die sich im Laufe der Zeit erheblich auf die Atmung und den Alltag der Betroffenen auswirkt.

Sind Sie selbst oder ist eine Ihnen nahestehende Person von IPF betroffen? Informieren Sie sich über die Erkrankung und beginnen Sie gleich heute den Kampf gegen die IPF. Für weitere Informationen besuchen Sie die Seite:



fightipf.de

KÄMPFEN. ATMEN.
LEBEN.

Liebe Leserinnen und Leser,

ich sage Ihnen sicher nichts Neues, wenn ich feststelle, dass nun wieder ein Jahr hinter uns liegt, mit wichtigen Jubiläen für die Selbsthilfe, wie dem 50 jährigen der BAG Selbsthilfe.

Hinter Ihrer DPLA liegt die erfolgreiche 2. Lungentagung Worms. Für das neue Jahr planen wir nicht nur ihre Fortsetzung am 22. September in der NibelUNGENstadt Worms, sondern wir gehen auch gemeinsam mit unserem neuen Ortsverband in Potsdam in die brandenburgische Landeshauptstadt, mit unserer 1. Lungentagung Potsdam am 8. September 2018. Überzeugend und erfolgreich war der sehr informative 1. Lungentag unserer Potsdamer Gruppe am 15. November 2017. Mit ihm haben sie es sogar bis in die Berichterstattung des Regionalfernsehens geschafft. Gratulation und ein herzliches „Danke schön“.

Danken möchten wir auch Allen, die mit und in der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. im jetzt zurückliegenden Jahr die Idee der aktiven Selbsthilfe hochgehalten und ihre Umsetzung vor Ort bei der mitmenschlichen Hilfe und im persönlichen Gespräch, aber auch in den Gremien und im Verband mit Leben erfüllt haben.

Großer Dank allen unseren engagierten Mitgliedern und Ortsverbandsvorsitzenden, ihren Stellvertretern, Helfern und Unterstützern, dem Veranstaltungsteam Worms und unseren beiden unermüdlichen, geduldrigen und belastbaren Stützen in der Geschäftsstelle.

Zum Erfolg im vergangenen Jahr, haben aber auch ganz wesentlich unsere engagierten und ihre Beiträge in der raren Freizeit schreibenden Autoren der „Luftpost“ ganz wesentlich beigetragen. Herzlichen Dank!

Genauso herzlich danken möchten wir allen unseren Referenten, ob in den Ortsverbänden oder bei der 2. Lungentagung in Worms, die uns mit ihrem Engagement, ohne Honorar und in ihrer Freizeit mit Ihrem Wissen weitergeholfen haben. Keine Frage war Ihnen zu viel – auch wenn vielleicht manche ihre Geduld herausgefordert hat.

Für ein solches beispielhaftes Engagement, haben wir – ich darf sagen vielleicht stellvertretend –, Herrn Professor Joachim Lorenz, mit unserem diesjährigen Ehrenpreis gedankt.



Ganz besonders sei aber unserem langjährig verbundenen und wieder souveränen Tagungsleiter in Worms, Herrn Professor Heinrich Worth, gedankt. Ihn zu hören, ist immer wieder inspirierend. Wir freuen uns auf viele weitere Vorträge, Anregungen oder auch die erforderliche Kritik.

Ihre „Luftpost“ soll auch im neuen Jahr aktuell – nicht nur – informieren, Tipps und Erfahrungen weitergeben, sondern auch Ihre Kritik aufnehmen und weitertragen, damit Gutes noch besser aber auch Unzulänglichkeiten und Fehler benannt und beseitigt werden können.

Natürlich planen wir auch Neues in diesem Jahr! Noch ist nicht alles spruchreif, aber die Programme von Worms und Potsdam finden Sie in der kommenden „Luftpost“. Finanzielles muss gestemmt werden. Anträge hierfür sind gestellt, Gespräche geführt und Lücken erkannt. Wir sind jedem dankbar, der hilft, diese zu füllen. Im vergangenen Jahr half uns so postum ein liebes Mitglied mit einer namhaften Spende aus ihrem Nachlass.

Luft kann man nicht verpfänden, aber wir wollen uns gemeinsam für immer mehr saubere Luft einsetzen! Überall soll gelten: „Jeder Atemzug ... Luft ist einen Dukaten wert“. Das wusste auch schon Goethe.

Mit den besten Wünschen für ein erfülltes und glückliches Neues Jahr bei allzeit bestmöglicher Gesundheit und

mit luftigen Grüßen
Ihr Dr. Michael Köhler
Vorsitzender der DPLA und
das gesamte Team der Luftpost

Editorial

- 3
- 5 3. Lungentagung Worms

Asthma und COPD

- 6 DMP Asthma
- 7 1. Lungentagung Potsdam
- 8 Die elektrische E-Zigarette
- 14 Alpha-1-Antitrypsin-Mangel

Aktuell

- 16 Forschungsprojekt zur Lebensqualität
- 17 Lungenforschung zum Mitmachen
- 18 10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung

Lungensport

- 20 Körperliches Training bei speziellen Lungenerkrankungen

Lungenklinik

- 22 Klinik Bad Reichenhall

Über den Tellerrand hinaus

- 26 Vorstellung DAAB

Zu Ihrer Information

- 28 1 Sport- und Gymnastiklehrerin bei der 2. Lungentagung
- 33 Infolyer DAL

Selbsthilfe

- 34 Mein Partner ist chronisch lungenerkrankt
- 38 Gesundheitsbezogene Selbsthilfe (SHILD-Studi)
- 42 Ehrenpreisverleihung
- 43 Mitgliederversammlung DPLA
- 44 Mein Weg zur Selbsthilfegruppe
- 45 Dank an Krankenkassen
- 46 Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
- 47 Befreundete Selbsthilfegruppen
- 48 Warum auch Sie Mitglied in der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – der DPLA – werden sollten
- 49 Mitgliedsantrag

Rubrik

- 50 Impressum
- 50 Abonnement

DVD – 2. Lungentagung Worms

Fünf namhafte Experten und Professoren haben Vorträge über

- die neuen Leitlinien bei Asthma und COPD,
- Lungenentzündung
- Schutzimpfungen
- das richtige Inhalieren und das
- Reisen mit Asthma und COPD

gehalten. Die komplette Aufzeichnung aller Vorträge zur Nachbetrachtung unserer 2. Lungentagung Worms auf 2 DVD's.

Die DVD zur 1. Lungentagung Worms ist ebenfalls noch zum Preis von 8,00 Euro bestellbar.

Ihre Bestellung an:

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V.
 – DPLA Geschäftsstelle –
 Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim
 Telefon: 06133 / 35 43, E-Mail: info@pat-liga.de
 8,00 Euro (inkl. Versand), Rechnung anbei
 Laufzeit: 187 Minuten





gemeinsam mit



Schirmherrschaft:



und



3. Lungentagung Worms

Asthma, COPD und häufige Begleiterkrankungen

Informationen für Patienten mit Atemwegs-
erkrankungen und Ihre Angehörigen

Samstag, 22. September 2018

10.00 Uhr – 15.00 Uhr

DAS WORMSER – Tagungszentrum

in der Nibe**LUNGEN**stadt

Rathenaustraße 11 · 67547 Worms

Tagungsleiter: Prof. Heinrich Worth, Fürth

5 Hauptvorträge

zusätzlich

5 praxisorientierte Workshops

– Eintritt FREI –

Und !

Eine Reihe von kostenlosen Serviceleistungen.

Infos unter www.pat-liga.de

DMP-Asthma *jetzt auch für Kleinkinder!*

von Dr. M. Tiedgen

In der Plenum-Sitzung am 17. November hat der G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) – das wichtigste Entscheidungsgremium für die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen – beschlossen, jetzt auch zusätzlich die Einbeziehung von Kindern vom 2. bis zum vollendeten 5. Lebensjahr zu ermöglichen. Im DMP (Disease Management Programm) Asthma waren laut amtlicher Statistik im Jahr 2014 in Deutschland bisher insgesamt 850.000 Patienten eingeschlossen.

Schon lange war diese Erweiterung übereinstimmend von den medizinischen Experten und den Patientenvertretern im G-BA gefordert worden. Sie war längst überfällig, da Asthma bronchiale bei Kleinkindern in Deutschland die häufigste chronische Erkrankung ist. Man rechnet, dass etwa 200.000 Kinder in dieser Altersgruppe betroffen sind.

Die aktuellen medizinischen Leitlinien betonen, dass Asthma möglichst frühzeitig diagnostiziert und behandelt werden soll. In diesem überarbeiteten DMP wurden Einschreibe-Kriterien definiert, mit denen jetzt erstmals Kleinkinder aufgenommen werden können und damit ein verbessertes Krankheitsmanagement erhalten.

Asthma im Kleinkindalter unterscheidet sich in einigen Punkten wesentlich vom Asthma beim erwachsenen Patienten. Akute Verschlechterungen und auch stationäre Behandlungen sind bei ihnen deutlich häufiger als in späteren Lebensjahren. Bei Kleinkindern besteht aber vor allem auch eine deutlich höhere Chance, dass sie bei frühzeitiger Diagnose und konsequenter Therapie ihre Krankheitssymptome wieder „verlieren“. Hier gilt: *Eine Asthma-Diagnose in diesem Alter ist nicht gleichbedeutend mit einer lebenslangen Erkrankung!*

Gerade diese nicht vorhersehbaren, sehr unterschiedlichen Verlaufsformen machen diese im jetzt beschlossenen DMP-Programm vorgesehenen regelmäßigen Kontrolluntersuchungen so bedeutsam. Die Therapie muss kontinuierlich überprüft und angepasst werden, um eine Unter- oder Übertherapie zu vermeiden. Die als Bestandteil des DMP angebotenen Schulungen helfen den Eltern dabei, mit der Erkrankung ihrer Kinder alters- und kindgerecht richtig umzugehen.



Foto: Fotolia / sushytska

Ziel jeder Asthma-Behandlung ist – in jedem Alter – eine möglichst gute Kontrolle der Beschwerden.

Kinder sollen sich dabei weitestgehend beschwerdefrei und normal entwickeln können. Sie sollen körperlich uneingeschränkt belastbar sein, d.h. auch später dann am Schulsport teilnehmen können. Damit können möglicherweise sogar bleibende Lungenveränderungen verhindert werden.

Obwohl es sich eigentlich nur um eine Erweiterung eines aktualisierten Programmes mit jetzt erstmalig möglicher Einbeziehung auch der Kleinkinder handelt, mahlen die bürokratischen Mühlen langsam. Bis alle Vereinbarungen unter Dach und Fach sind, wird es wohl noch bis Anfang 2019 dauern.

In der nächsten Luftpost werden wir einen ausführlicheren Beitrag zum Thema Asthma bei Kleinkindern veröffentlichen, in dem auf die Kriterien der Diagnose und Grundprinzipien der Therapie in dieser Altersgruppe genauer eingegangen wird.

Der Autor:

Dr. Martin Tiedgen
Kinder- und Jugendarzt
Kinderpneumologe
Hamburg-Harburg





Foto: Fotolia / deschyma



1. Lungentagung Potsdam

Schirmherrschaft:



COPD, Asthma bronchiale und die neuen Leitlinien

Informationen für Patienten
mit Atemwegserkrankungen und Ihre Angehörigen

Samstag, 8. September 2018,

10.00 Uhr – 15.00 Uhr

Universität Potsdam, Campus Griebnitzsee, Haus 6

Tagungsleiter: Prof. Torsten Bauer, Berlin

5 Hauptvorträge

5 praxisorientierte Workshops

– Eintritt FREI –

Und !

Eine Reihe von kostenlosen Serviceleistungen.

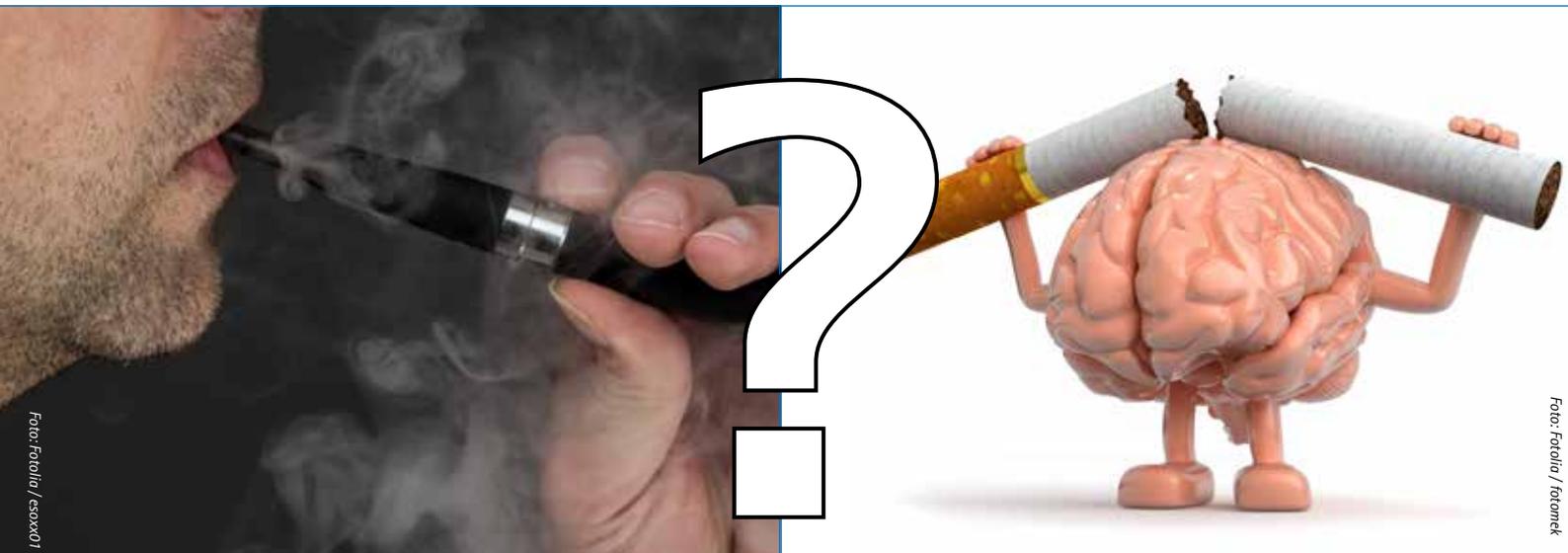
Infos unter www.pat-liga.de



Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V.

Die elektrische (E-)Zigarette: Wirksames Mittel beim Ausstieg aus der Tabaksucht?

Dr. S. Kastaun, Dipl. Psych.; C. Funke, M.Sc.; Univ.-Prof. Dr. D. Kotz, MPH



Jedes Jahr sterben in Deutschland mehr als 120.000 Menschen an den gesundheitlichen Folgen des Tabakrauchens. Dennoch greift immer noch knapp ein Drittel der Bevölkerung (28,5%) gelegentlich oder regelmäßig zur Zigarette oder zu anderen Tabakprodukten. Vor allem im Vergleich mit anderen europäischen Ländern, wie z.B. England (17%) oder Schweden (11%) fällt die Zahl der Raucher/innen in Deutschland sehr hoch aus.

Anhaltend mit dem Tabakrauchen aufzuhören ist nicht einfach. Funktionell betrachtet besteht Tabakrauch aus zwei verschiedenen Komponenten:

- dem Tabak, der bei Verbrennung über 5.000 Chemikalien freisetzt, sowie
- dem Nikotin, einem natürlichen Inhaltsstoff der Blätter der Tabakpflanze.

Während von der Verbrennung des Tabaks die gesundheitsschädigende Wirkung des Rauchens ausgeht, ist Nikotin für die Entwicklung der körperlichen Abhängigkeit verantwortlich. Hinzu kommt, dass die meisten Raucher/innen nicht nur körperlich sondern auch psychisch abhängig sind; das heißt der Griff zur Zigarette stellt ein erlerntes Verhalten dar.

Daher schaffen es trotz Aufhörmotivation nur etwa 3-5% derjenigen Raucher/innen, die den Rauchstopp

ohne therapeutische Unterstützung oder den Einsatz von Hilfsmitteln unternemen, ihren Tabakkonsum langfristig zu beenden. Es gibt allerdings gute Möglichkeiten, die Chancen auf einen erfolgreichen Rauchstopp deutlich zu steigern. Dazu gehören vor allem ärztliche Beratungs- bzw. Unterstützungsangebote, verhaltenstherapeutische Angebote (z.B. Entwöhnungskurse), sowie der Einsatz von Nikotinersatztherapie (z.B. Nikotinpflaster, -kaugummis oder -sprays) und Medikamenten (Vareniclin, Bupropion).

Obwohl der Einsatz dieser Maßnahmen die Chance auf langfristige Rauchfreiheit erwiesenermaßen erhöht, werden Aufhörversuche in Deutschland immer noch am häufigsten ohne Hilfsmittel unternommen. Wenn Hilfen in Anspruch genommen werden, dann am häufigsten in Form von kostengünstigen Optionen, wie mit sozialer Unterstützung oder Selbsthilfematerialien. Nachgewiesenermaßen hilfreiche Methoden kommen dagegen kaum zum Einsatz.

Gründe dafür lassen sich einige nennen. Zum einen sind Nikotinersatzpräparate, Medikamente und verhaltenstherapeutische Kurse zur Tabakentwöhnung recht teure Optionen. Darüber hinaus scheinen beispielsweise Nikotinpflaster oder Nikotinkaugummis von Rauchern als unattraktiv und nicht hilfreich empfunden zu werden. Dieser Eindruck wird sicher dadurch begünstigt, dass der Einsatz von Nikotinersatzpräparaten beim Rauchstopp häufig erst dann

ausreichend wirkungsvoll ist, wenn dieser mit ärztlicher oder verhaltenstherapeutischer (Kurz-)Beratung zur Tabakentwöhnung kombiniert wird. Dies ist jedoch nur äußerst selten der Fall.

Die Nutzung der elektrischen (E-)Zigarette in Deutschland und im internationalen Vergleich

Vor etwa 10 Jahren wurde die elektrische (E-)Zigarette auf dem europäischen Markt eingeführt und ihre Popularität nimmt seither stetig zu.

Obwohl mittlerweile die unterschiedlichsten Varianten von E-Zigaretten existieren, funktionieren die Geräte alle nach dem gleichen Prinzip: Das sogenannte Liquid, eine Flüssigkeit bestehend aus Propylenglycol (Lebensmittelzusatzstoff), Glycerin, Wasser, Lebensmittelaromen und wahlweise Nikotin, wird entweder in den Tank der E-Zigarette gefüllt oder als Patrone eingesetzt. Dieses Liquid wird dann über eine elektrische Heizspirale erhitzt, verdampft und kann inhaliert werden. Liquids gibt es in vielen Geschmacksrichtungen, wie Frucht-, Schokoladen-, Kaffee- oder Tabakgeschmack, so dass auch individuelle Bedürfnisse befriedigt werden.

Unter den Gesichtspunkten der Tabakentwöhnung betrachtet, scheint die E-Zigarette für Raucher/innen gerade deshalb so attraktiv, da beim sogenannten „dampfen“ weiterhin das *sensorische Gefühl* des Rauchens („Hand-zu-Mund-Bewegung“) besteht und Rauchgewohnheiten, wie beispielsweise das Rauchen nach dem Essen, nicht aufgegeben werden müssen.

Aktuelle und repräsentative Nutzungsdaten für Deutschland werden derzeit in einer kontinuierlich

laufenden Untersuchung, der „DEBRA“-Studie (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten: www.debra-study.info), unseres Forschungsschwerpunktes Suchtforschung und klinische Epidemiologie am Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf erhoben.

Seit Juni 2016 werden alle zwei Monate bei jeweils einer neuen repräsentativen Stichprobe von 2.000 Personen der deutschen Bevölkerung (über 14 Jahre) detaillierte Daten zum Rauchverhalten, zu Schlüsselmechanismen der Rauchentwöhnung sowie zur Nutzung von E-Zigaretten gesammelt. Zum aktuellen Zeitpunkt fand die Auswertung für den Zeitraum Juni 2016 - September 2017 statt. Bislang wurden 16.340 Personen befragt, davon 4.549 aktuelle Raucher/innen (28,1%) sowie 165 (1,0%) frische Ex-Raucher/innen, die in den letzten 12 Monaten das Tabakrauchen eingestellt haben.

Während die *aktuelle Nutzung von E-Zigaretten* oder ähnlicher elektrischer Inhalationsprodukte (z.B. E-Shishas oder E-Pfeifen) mit 1,8% (N=289) und der Probierkonsum mit 6,9% (N=1.107) in der Allgemeinbevölkerung relativ gering ausfällt, zeigt sich bei der Tabak rauchenden Bevölkerung ein ganz anderes Bild (**Abbildung 1**). Insgesamt gibt etwa ein Viertel der Raucher/innen und frischen Ex-Raucher/innen an, bereits mindestens einmal zur E-Zigarette gegriffen zu haben. Davon nutzen 4,8% (N=229) die E-Zigarette zum Zeitpunkt der Befragung regelmäßig, 2,9% (N=139) geben an, sie früher regelmäßig genutzt zu haben und 18,4% (N=869) haben sie zumindest einmal ausprobiert.

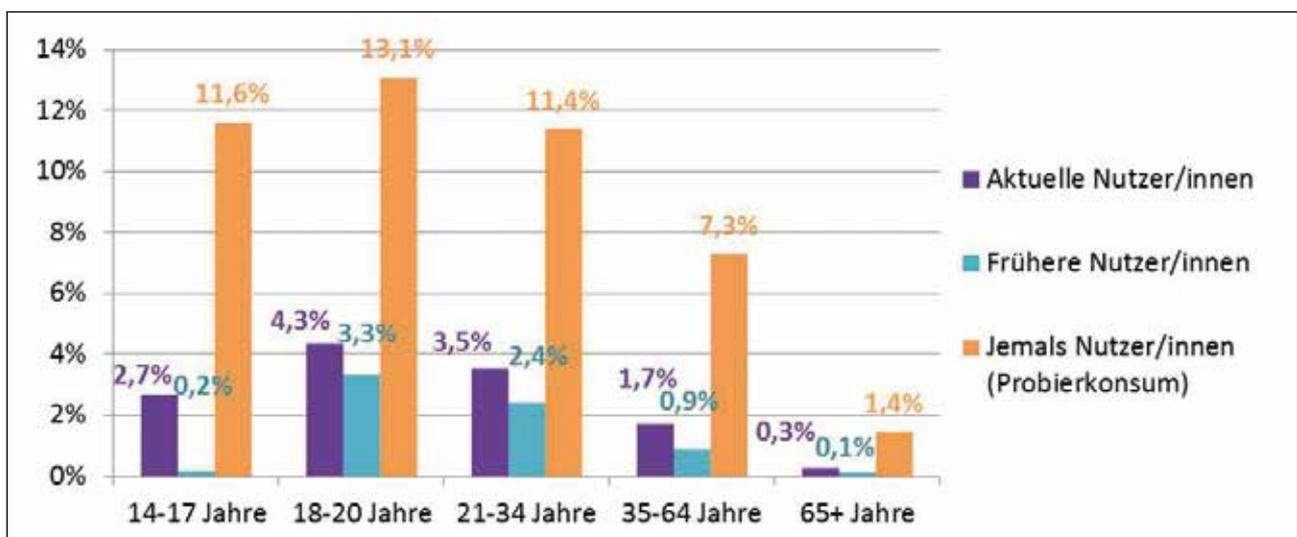


Abbildung 1: E-Zigaretten Nutzung in der Allgemeinbevölkerung (Juni 2016 - September 2017) nach Altersklassen, Gesamtstichprobe: 16.340 Befragte.

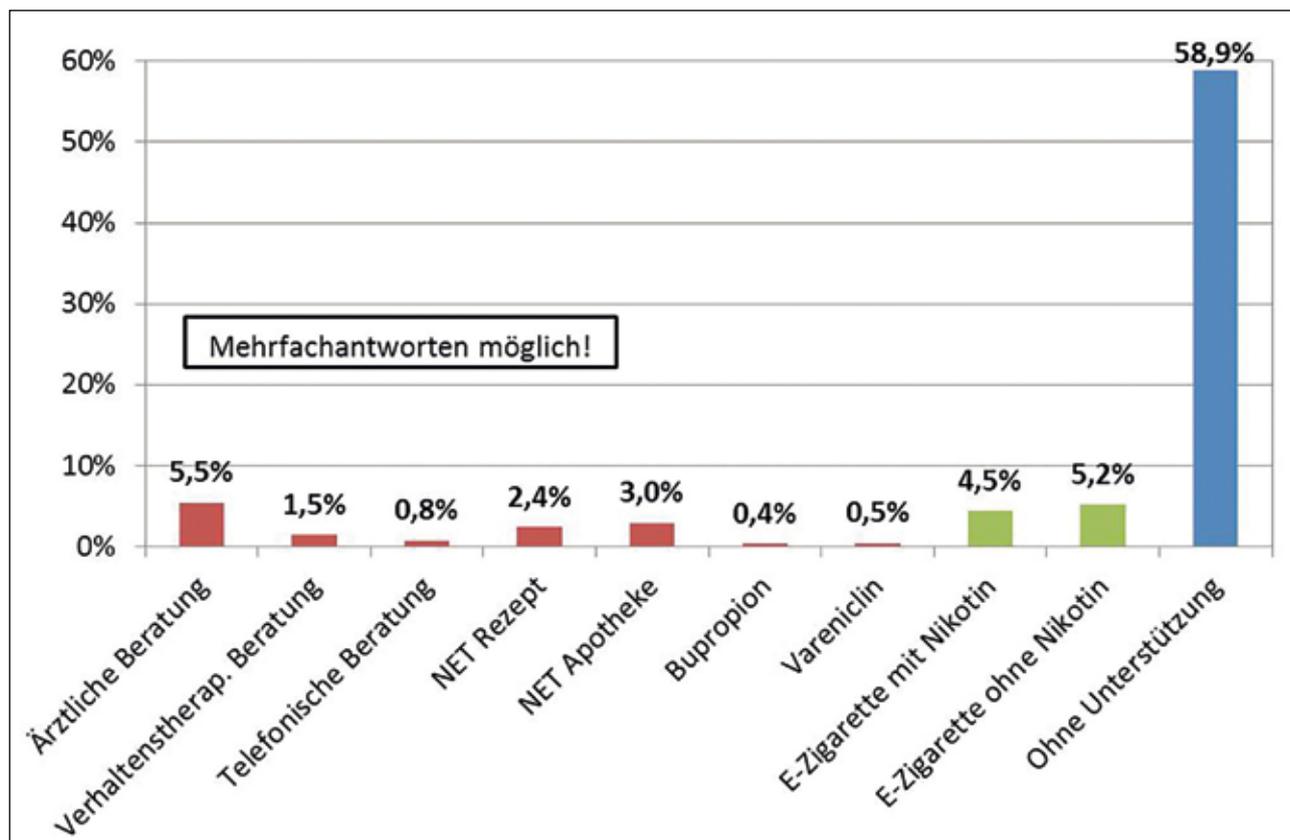


Abbildung 2: E-Zigaretten Nutzung in der Tabak rauchenden Bevölkerung (Juni 2016 - September 2017), Stichprobe = 4.714 aktuelle Raucher/innen und frische Ex-Raucher/innen (= weniger als 12 Monate seit Rauchstopp).

Bei Betrachtung der E-Zigaretten-Nutzung nach Altersklassen (**Abbildung 2**) fällt auf, dass dieses neue Produkt vor allem die jüngeren Generationen anspricht. Sowohl der Probier- als auch der regelmäßige Konsum ist unter Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen am deutlichsten ausgeprägt und nimmt mit steigendem Alter stetig ab.

Unter den „Top-10“ der Gründe für die Nutzung dieser Produkte werden insbesondere genannt: „weil es günstiger ist als Tabakrauchen“ (Platz 1), „weil es weniger schädlich ist als Tabakrauchen“ (Platz 2), „weil es verschiedene Geschmacksrichtungen gibt“ (Platz 3), „um das Tabakrauchen zu reduzieren“ (Platz 4), sowie „um vollständig mit dem Tabakrauchen aufzuhören“ (Platz 7). Die E-Zigarette wird demnach häufig genutzt, um das herkömmliche Tabakrauchen zu beenden oder zumindest zu reduzieren.

Von den befragten Rauchern/innen und frischen Ex-Rauchern/innen der DEBRA-Studie gab knapp ein Viertel (23%, N=1.083) an, im letzten Jahr mindestens einen Versuch unternommen zu haben mit dem Tabakrauchen aufzuhören. Werden die dabei verwendeten Hilfsmittel betrachtet (**Abbildung 3**), dann zeigt sich, dass nachgewiesenermaßen hilfreiche

Methoden, wie Nikotinersatztherapie, ärztliche oder therapeutische Beratung sowie medikamentöse Therapien kaum genutzt werden. Die noch recht neue E-Zigarette wird dagegen bereits relativ häufig eingesetzt; sowohl mit als auch ohne Nikotin. Die Mehrheit der Raucher/innen unternimmt den Rauchstoppversuch aber immer noch „mit reiner Willenskraft“, also ohne jegliche Unterstützung.

Nun läuft die DEBRA-Studie erst seit gut einem Jahr, so dass noch keine langfristigen Verlaufsbeobachtungen möglich sind. Daten aus einer vergleichbaren Untersuchung aus England zeigen, dass die E-Zigarette dort bereits die am häufigsten genutzte Methode ist, um mit dem Rauchen aufzuhören (www.smokinginengland.info). Und während die Nutzung der E-Zigarette zur Tabakentwöhnung unter der englischen Bevölkerung kontinuierlich anstieg, haben auch die Erfolgsquoten unternommener Rauchstoppversuche in diesen Jahren deutlich zugenommen. Ob ein Zusammenhang zwischen dem Erfolg von Rauchstoppversuchen und der vermehrten Nutzung von E-Zigaretten bei diesen Versuchen vorliegt, kann noch nicht mit Sicherheit gesagt werden.

Theoretisch könnten nikotinhaltige E-Zigaretten Rauchern/innen dabei helfen von ihrem Tabakkonsum

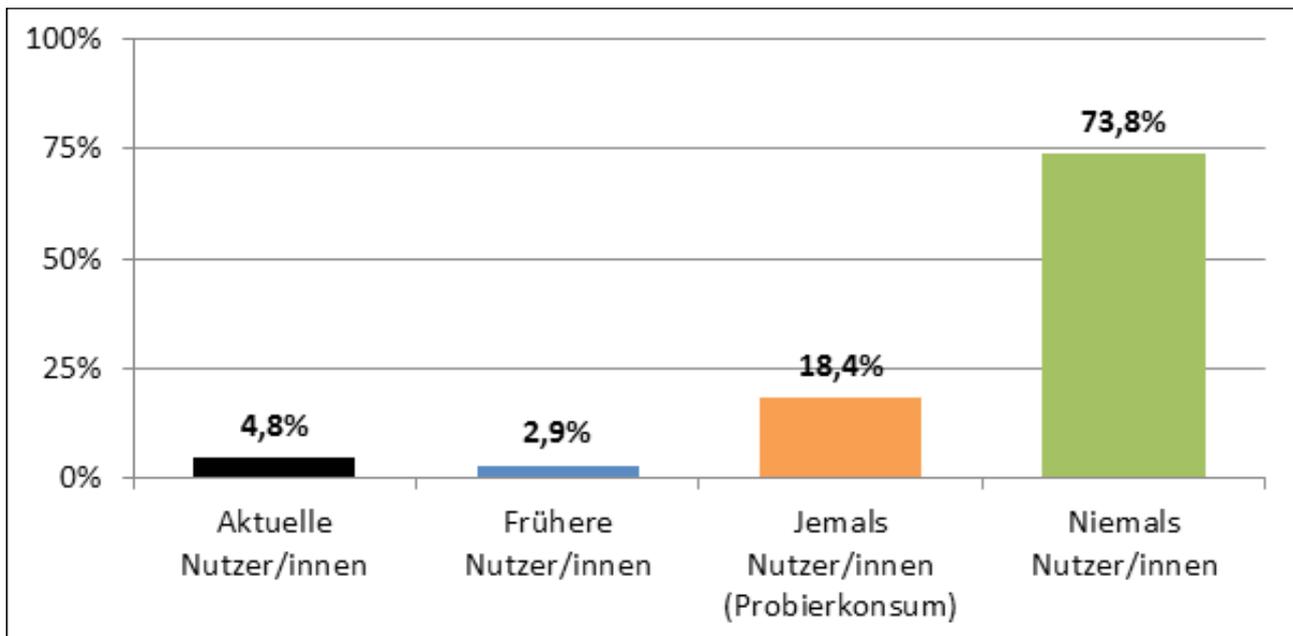


Abbildung 3: Hilfsmittelnutzung beim letzten Rauchstoppversuch, Stichprobe von 1.083 Rauchern/innen, die in den vergangenen 12 Monaten versucht haben mit dem Tabakrauchen aufzuhören.

loszukommen. Denn ebenso wie andere Nikotinersatztherapien sind sie in der Lage, dem Körper Nikotin zuzuführen und so körperliche Entzugssymptome während der Tabakentwöhnung zu reduzieren, ohne dass dabei schädliche Produkte der Tabakverbrennung eingeatmet werden. Daher stellt sich natürlich die Frage nach der Wirksamkeit dieser Geräte als effektive Methode der Tabakentwöhnung.

Wirksamkeit der E-Zigarette bei der Tabakentwöhnung

Um die Wirksamkeit der E-Zigarette als effektives Mittel zur Tabakentwöhnung wissenschaftlich zu untersuchen bieten sich verschiedene Möglichkeiten. So können repräsentative Beobachtungsdaten aus der Bevölkerung gesammelt werden, wie es in der DEBRA-Studie bereits der Fall ist. Mit solchen Daten lässt sich erfragen, welche Raucher/innen einen Rauchstoppversuch mit Hilfe der E-Zigarette unternommen haben und wer damit erfolgreich Nichtraucher/in geworden ist. Die Daten aus einer englischen Bevölkerungsbefragung (der „Smoking Toolkit Study“) geben erste Hinweise darauf, dass nikotinhaltige E-Zigaretten im Vergleich mit anderen Nikotinersatztherapien, eine wirksame Methode der Tabakentwöhnung unter Alltagsbedingungen sein können. In dieser Untersuchung wurde streng darauf geachtet, dass der Einfluss von Störfaktoren auf die Ergebnisse, wie z.B. eine unterschiedlich starke Motivation mit dem Rauchen aufzuhören oder eine unterschiedlich starke Nikotinabhängigkeit der befragten Personen, kontrolliert wurde. Doch hat diese Art der wissenschaftlichen Unter-

suchung auch Nachteile, denn es handelt sich um selbstberichtete Daten zum Erfolg des Rauchstopps, die nicht überprüfbar sind und daher keinen endgültigen Beweis für die Wirksamkeit der E-Zigarette beim Rauchstopp liefern.

Eine weitere Möglichkeit die Wirksamkeit der E-Zigarette wissenschaftlich zu untersuchen, stellen streng kontrollierte klinische Studien dar. Bei diesen werden aufhörwillige Tabakraucher/innen auf verschiedene Studiengruppen zufällig verteilt. Beispielsweise erhält eine Gruppe E-Zigaretten mit nikotinhaltigem Liquid, während die andere Gruppe E-Zigaretten mit nikotinfreiem Liquid erhält (Placebogruppe). Weder Untersucher/innen noch Teilnehmer/innen wissen bis zum Ende der Studie, welche Teilnehmer/innen zu welcher Gruppe gehören. Diese Studien können mit objektiven Maßen wie zum Beispiel der Auswertung von Atem- oder Urinproben der Studienteilnehmer/innen ergänzt werden, um die selbstberichtete Rauchfreiheit objektiv zu überprüfen.

Die zusammengefassten Ergebnisse zweier solcher qualitativ hochwertigen Studien zeigen, dass es nach 6 Monaten mit der E-Zigarette ohne Nikotin 4% der Teilnehmer/innen schaffen, mit dem Tabakrauchen aufzuhören. Dagegen sind mit der E-Zigarette mit Nikotin 9% erfolgreich rauchfrei, also etwa doppelt so viele. Diese Daten deuten darauf hin, dass nikotinhaltige E-Zigaretten bei der Tabakentwöhnung hilfreich sein können. Doch reichen zwei Studien nicht aus, um definitive Aussagen treffen zu können.

Zudem ist weiterhin unklar, wie gut E-Zigaretten im Vergleich zu anderen Entwöhnungsmethoden wirken, wie zum Beispiel der Nikotinersatztherapie. Denn nur eine der beiden Studien hat auch den Vergleich E-Zigarette mit Nikotin gegen Nikotinpflaster untersucht und konnte keinen Vorteil für die E-Zigarette nachweisen. Allerdings besitzt auch dieses Ergebnis aufgrund der geringen Anzahl der Studienteilnehmer/innen keine sehr hohe Aussagekraft.

Ein Aspekt, der bei der aktuellen Diskussion bislang vernachlässigt wurde, betrifft die Untersuchung der Wirksamkeit der E-Zigarette in Kombination mit ärztlicher oder therapeutischer Beratung. Wie weiter oben im Text bereits dargestellt, ist gerade der Einsatz von Nikotinersatzpräparaten beim Rauchstoppversuch häufig erst dann ausreichend wirkungsvoll, wenn dieser mit (Kurz-)Beratung zur Tabakentwöhnung kombiniert wird. Betrachtet man die E-Zigarette also als eine moderne Form der Nikotinersatztherapie, müsste ihre Wirksamkeit in zukünftigen Studien zusammen mit professioneller ärztlicher oder therapeutischer Beratung untersucht werden.

Sicherheit von E-Zigaretten

Ein letztes, wichtiges Thema bei der Bewertung der E-Zigarette als Mittel zur Tabakentwöhnung ist deren Sicherheit. Die beiden Hauptbestandteile der Liquids, Propylenglykol und Glycerin sind in Deutschland für den Gebrauch in Lebensmitteln und Kosmetikprodukten zugelassen. Das bedeutet jedoch nicht, dass das Inhalieren von E-Zigarettdampf unbedenklich ist; der Dampf kann gesundheitsschädigende Stoffe enthalten, allerdings in deutlich geringeren Mengen als der Rauch einer Tabakzigarette. Auch manche zugefügten Aromastoffe stehen im Verdacht, die Atemwege zu reizen. Gegenüber dem Rauchen von Tabak allerdings sind E-Zigaretten nach Schätzungen mindestens 20 Mal weniger schädlich, da bei E-Zigaretten kein Tabak verbrannt wird.

Während in den Anfangsjahren E-Zigaretten relativ unkontrolliert auf den Markt kamen, regelt die neue EU Tabakproduktrichtlinie seit Mai 2016 die Qualität dieser Produkte. Unter anderem darf die maximale Konzentration von Nikotin in Liquids die Menge von 20mg/ml nicht überschreiten; Nachfüllpatronen dürfen nicht mehr als 10ml Liquid beinhalten; bestimmte gesundheitsschädigende Zusatzstoffe sind nun in Liquids verboten; und die Geräte müssen kinder- und manipulationssicher sein.

Wie bereits beschrieben, ist es beim Einsatz von E-Zigaretten als Tabakentwöhnungsmittel wichtig, dass diese zunächst Nikotin enthalten, um Entzugserscheinungen bei der Entwöhnung zu lindern. Studien haben gezeigt, dass Nikotin im Verhältnis zum Tabakrauch relativ ungefährlich ist. Nikotin steht nicht auf der Liste der krebserregenden Stoffe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und es konnte kein Zusammenhang zwischen der langfristigen Nutzung von Nikotinersatzpräparaten und Herzerkrankungen oder sonstigen ernsthaften Nebenwirkungen gefunden werden. Dennoch übt Nikotin einen verändernden Einfluss auf das Nervensystem aus, weshalb Nikotinersatzpräparate zum Tabakentzug nicht dauerhaft verwendet werden sollten. Gleiches müsste auf die E-Zigarette zutreffen, sollte sie zur Tabakentwöhnung eingesetzt werden. Abschließend muss festgestellt werden, dass *noch keine Ergebnisse* aus Langzeitstudien zur *Sicherheit von E-Zigaretten* vorliegen.

Fazit

Unter Rauchern/innen stellt die E-Zigarette aktuell eine beliebte und häufig genutzte Methode dar, für den Versuch mit dem Tabakrauchen aufzuhören. Erste Studien geben Hinweise darauf, dass die E-Zigarette beim Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit hilfreich sein könnte, dennoch ist die Studienlage zu dünn um bereits definitive Aussagen treffen zu können. Auch zu den gesundheitlichen Auswirkungen zur Nutzung von E-Zigaretten fehlen bislang Ergebnisse aus Langzeituntersuchungen, es ist jedoch anzunehmen, dass diese deutlich geringer ausfallen als beim Tabakrauchen.

Autoren:

Dr. Sabrina Kastaun, Dipl. Psych.; Christian Funke, M.Sc.; Univ.-Prof. Dr. Daniel Kotz, MPH:

Forschungsschwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Werdener Str. 4, 40227 Düsseldorf, Email: Sabrina.Kastaun@med.uni-duesseldorf.de

Auf Anfrage ist der Artikel mit Literaturangaben erhältlich:

Sabrina.Kastaun@med.uni-duesseldorf.de

Behandlungsmöglichkeiten bei fortgeschrittenem Lungenemphysem

Coils können die Lebensqualität verbessern

Bei Patienten, die unter einem fortgeschrittenen Lungenemphysem leiden, sind die Lungenbläschen überbläht. Betroffenen fällt das Atmen, besonders bei körperlicher Belastung, schwer. Wenn pharmakologische Therapien und Physiotherapie keine Verbesserung mehr bewirken, können sogenannte Coils, kleine Spiralen, in das erkrankte Gewebe eingesetzt werden. Sie ziehen das erschlaffte Gewebe zusammen und verkleinern so das Volumen.¹ Die Folge: Die eingeatmete Luft wird in gesündere Lungenbereiche umgeleitet. Der Patient kann besser atmen.^{2,3,4} Aber nicht nur das: Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die Coil-Behandlung die Lebensqualität dieser Patienten verbessern kann.⁵ Über die Coils und die Relevanz der Lebensqualität in der Behandlung des fortgeschrittenen Lungenemphysems berichtet Dr. Justus de Zeeuw aus Köln, Facharzt für Pneumologie, in einem Interview.

Was sind die typischen Anzeichen für ein Lungenemphysem?

Typische Merkmale sind die Überblähung und Luftnot bei leichter Belastung. Patienten empfinden diese sehr unterschiedlich: Manche haben das Gefühl, nicht ausreichend tief einatmen zu können. Andere bemerken ein Druckgefühl in der Brust oder Luftnot in bestimmten Positionen, zum Beispiel beim Vorbeugen.

Wie können Patienten mit einem fortgeschrittenen Lungenemphysem behandelt werden?

Absolut notwendig ist, das größte Risiko für ein Lungenemphysem zu vermeiden: das Rauchen. Atemwegserweiternde Medikamente sorgen dann dafür, dass Luft, die sich in den Atemwegen sammelt, wieder herausströmt. So geht die Überblähung der Lunge wieder zurück. Anschließend lernen Betroffene in der Physiotherapie spezielle Atemtechniken. Erst in einem nächsten Schritt kommen zusätzlich mechanische Behandlungen infrage, beispielsweise Coils. Wichtig ist: Vor einer Coil-Behandlung muss der Patient jeden Therapieschritt durchlaufen.

Für welche Patienten eignet sich die Behandlung mit den Coils?

Voraussetzung ist der Nachweis eines fortgeschrittenen Lungenemphysems, den der Arzt mithilfe bildgebender Methoden erbringt. Darüber hinaus sollte eine deutliche Überblähung vorliegen, das heißt, es verbleibt die doppelte Menge an Luft nach dem Ausatmen in der Lunge als üblich. Diese wird mittels eines Messwertes festgestellt. Ein passender Kandidat ist zudem rauchfrei und nimmt bereits Medikamente ein.



Dr. Justus de Zeeuw, Facharzt für Pneumologie, Köln

Welche Erwartungen kann ein Patient mit fortgeschrittenem Lungenemphysem an die Coil-Behandlung stellen?

Die Coil-Behandlung kann dazu beitragen, dem Patienten Lebensqualität zurückzugeben. Das bedeutet für jeden etwas anderes. Indem die Betroffenen individuell festlegen, welche Alltagsaktivitäten für sie wichtig sind, wird der Begriff „Lebensqualität“ messbar: Kürzlich veröffentlichte Ergebnisse haben gezeigt, dass viele Patienten nach dem Einsetzen der Coils diese Aktivitäten besser durchführen konnten. Das kann zum Beispiel ein etwas längerer Spaziergang oder Unternehmungen mit den Enkelkindern sein. Wenn ich mit meinen Patienten darüber spreche, welche Tätigkeiten ihnen wichtig sind, schärft dies zusätzlich die Wahrnehmung einer Verbesserung. Denn das Festlegen eines Ziels erleichtert das Urteilsvermögen und die Steigerung der Lebensqualität ist mit mehr Zuversicht verbunden. Auch die Lungenfunktion normalisiert sich, aber dies bedeutet nicht zwingend eine für den Patienten bemerkbare Linderung. Die Steigerung der Lebensqualität bedeutet hingegen eine Erleichterung im Alltag.

1 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2017.

2 Shah PL et al., *Lancet Resp Med* 2013; 1: 233–40.

3 Sciruba FC et al., *JAMA* 2016; 315: 175–84.

4 Deslee G et al., *JAMA* 2016; 315: 175–84.

5 Hartman JE et al., Patient-specific goals significantly improve after endobronchial coil treatment in emphysema, Poster im Rahmen des ERS 2017.

Alpha-1-Antitrypsin-Mangel in Deutschland - wie oft ist er Ursache einer COPD?



Nadel im Heuhaufen: Alpha1-Antitrypsinmangel – eine seltene Erkrankung

Wie häufig ist ein erblich bedingter Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (AAT-Mangel) in der deutschen Bevölkerung, und welche Begleiterkrankungen treten bei den Betroffenen auf? Zur Beantwortung dieser Fragen, werteten T. Greulich und Kollegen die Daten von mehr als 2,8 Millionen Versicherten in Deutschland aus. Ihre Ergebnisse veröffentlichten sie jetzt im ‚European Respiratory Journal‘.

Bei Menschen mit *Alpha-1-Antitrypsin-Mangel* (AAT-Mangel) wird das Bluteiweiß Alpha-1-Antitrypsin durch einen Gendefekt nicht mehr richtig hergestellt. Es können entweder beide Genkopien verändert sein (homozygot) oder nur eine (heterozygot). Durch den AAT-Mangel kommt es u.a. zu einer chronischen Entzündung der Bronchien und der Lunge und dann zu einem Erscheinungsbild wie bei einer *COPD*, mit oder ohne einem *Lungenemphysem*.

AAT-Mangel zählt zu den seltenen Erkrankungen. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 0,01 bis 0,02 Prozent der europäischen Bevölkerung von einem homozygoten AAT-Mangel betroffen sind. Da große bevölkerungsbezogene Untersuchungen aber fehlen, ist die präzise Häufigkeit in den meisten europäischen Ländern bis heute noch unbekannt.

Um die Zahl von diagnostizierten AAT-Erkrankungen für Deutschland zu ermitteln, wertete ein *Marburger Forscherteam* um *T. Greulich* nun die Daten von mehr als 2,8 Millionen Versicherten aus. Diese wurden von deutschen Krankenversicherungen anonymisiert zur Verfügung gestellt. Zudem ermittelte das Team, welche Begleiterkrankungen verglichen mit *COPD*, *Lungenemphysem* und *Asthma* am häufigsten sind.

Häufigkeit von AAT-Mangel in Deutschland

In der Gesamtheit der 2,8 Millionen Versicherten fand man insgesamt 673 Personen mit nachweislichem AAT-Mangel. 560 von ihnen waren mindestens über 30 Jahre alt. Aus der Gesamtzahl ergab sich eine Häufigkeit von 23,7 Erkrankungen mit AAT-Mangel in der Gesamtbevölkerung pro 100.000 Menschen in allen Altersgruppen und von 29,3 Erkrankten pro 100.000 Menschen im Alter über 30 Jahre. Hochgerechnet ermittelten die Autoren anhand der Krankenkassendaten insgesamt 19.262 vom Alpha-1-Antitrypsin-Mangel betroffene Menschen während des Untersuchungszeitraums von 2008 bis 2012 in der deutschen Gesamtbevölkerung. Bei 31 Prozent der Patienten mit diagnostiziertem AAT-Mangel lag gleichzeitig eine *COPD* und bei 21 Prozent von ihnen ein *Lungenemphysem* vor! Die Daten bestätigten auch die bisherigen Beobachtungen, dass

diese erbliche Krankheit meist erst in der zweiten Lebenshälfte, ab einem Alter von etwa 45 Jahren diagnostiziert wird.

Mehr Begleiterkrankungen und öfter beim Arzt

Für die Analyse der Begleiterkrankungen wertete das Team die Daten aller AAT-Patienten über 30 Jahre in dieser Versichertengruppe aus. Das Ergebnis: Die drei häufigsten Begleiterkrankungen in dieser Altersgruppe sind:

- Bluthochdruck,
- Depression und
- Diabetes.

Die Autoren verglichen außerdem die Häufigkeit von Begleiterkrankungen bei Menschen mit AAT-Mangel mit der von Patienten mit COPD und/oder Lungenemphysem. Im Vergleich zu diesen „nur“ COPD-Patienten hatten vom AAT-Mangel betroffene Patienten statistisch öfter eine Osteoporose. Gegenüber den Patienten mit einem Lungenemphysem war die Häufung von Bluthochdruck, Diabetes und chronischen Nierenerkrankungen bei ihnen erhöht. Menschen mit AAT-Mangel waren zudem bedeutend öfter beim Arzt und hatten mehr und längere Krankenhausaufenthalte verglichen mit denen von COPD-Patienten.

Mit ihren Daten bestätigen die Autoren, dass große Versichertendatenbanken wichtige Informationen liefern können und gerade bei der Ermittlung von Häufigkeiten seltener Erkrankungen und ihrer Begleiterkrankungen von entscheidender Bedeutung sind.

Quelle: Nach einer Pressemitteilung des Lungeninformationsdienstes

Kommentar:

In aller Regel sind COPD und/oder Lungenemphysem Erkrankungen der zweiten Lebenshälfte. Werden jedoch eine COPD und/oder ein Lungenemphysem bereits um das 30. Lebensjahr festgestellt, bzw. entsprechende Krankheitssymptome, oder noch deutlich früher eine chronisch aktive Leberentzündung (Hepatitis), so ist unbedingt an den zwar seltenen erblichen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel zu denken. Da dieser – in aller Regel – für den Betroffenen bedeutende Konsequenzen hat, ist eine einmalige Testung unerlässlich. Diese Testung schließt entweder die Erkrankung definitiv aus oder beweist sie. Wenn dies der Fall ist, kann eine frühzeitige Substitution, d.h. die ergänzende Gabe dieses Eiweißes erfolgen. Ein absoluter Rauchverzicht ist dann lebenslanglich unabdingbar!

Alpha-1-Antitrypsin-Mangel:

Weiterführende Informationen

Forschungseinrichtungen und Organisationen

Alpha-1-Antitrypsin Zentrum der Universitätskliniken Gießen und Marburg,
www.ukgm.de/ugm_2/deu/umr_pne/8649.html
www.uni-marburg.de/fb20/pneumologie/forschung/ANTITRREG
 Deutsches Alpha-1-Register, www.alpha-1-register.de

Selbsthilfegruppen und Verbände

Alpha1 Deutschland e.V., Selbsthilfegruppe
www.alpha1-deutschland.org
 Alpha1-Netzwerk e.V., www.alpha1-netzwerk.de
 Deutsche Emphysemgruppe e.V., Selbsthilfegruppe
www.deutsche-emphysemgruppe.de

ANZEIGE



Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen



Gesundheitsarrangement
z.B. „Tief durchatmen“
1 Woche
ab 605.- C/p.P. im DZ zzgl. Kurtaxe

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

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 Dürkheim, das reizarme Klima auf der Höhe von 700m, die heilsame Wirkung der Bad Dürkheimer Sole und die ebene Landschaft bieten hervorragende Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Rehabilitation



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

Forschungsprojekt zur Lebensqualität im DMP COPD: Ein neues Projekt zur Verbesserung der Patientenversorgung



Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) geht mit einer dauerhaften Schädigung der Lunge und einer Verengung der Atemwege einher. In Deutschland sind etwa 5 bis 10 von 100 Menschen über 40 Jahre von dieser Erkrankung betroffen. Für Menschen mit COPD steht ein strukturiertes Behandlungsprogramm, ein sogenanntes Disease Management Programm oder kurz DMP zur Verfügung. In diesem waren laut letzter amtlicher Statistik 2014 in Deutschland 690.000 Patienten eingeschlossen.

Ein spezielles und vom Innovationsfond als in die Förderung aufgenommenes Forschungsprojekt untersucht, inwieweit dieses Behandlungsprogramm dadurch verbessert werden kann, dass die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* der Betroffenen als *Versorgungsziel* gemessen und berücksichtigt wird.

Dazu wird die Lebensqualität bei den DMP-Teilnehmern einer großen Krankenkasse erhoben. Untersucht wird, *wie die Lebensqualität durch die Versorgungsmaßnahmen im DMP und das Selbstmanagement der Patienten beeinflusst wird*. Erfasst werden auch andere Faktoren wie das Alter oder häufige Begleiterkrankungen. Die Versorgung wird

über die Abrechnungsdaten der Krankenkasse und die erweiterte Dokumentation im Rahmen des DMP erfasst. Zudem wird geprüft, ob die Entwicklung der Lebensqualität im Rahmen dieses Behandlungsprogrammes der gesetzlichen Krankenversicherung regelmäßig erhoben werden kann, und welche Bedeutung die Ergebnisse aus Sicht der behandelnden Ärzte und der Krankenkasse für die Versorgungspraxis haben. Das Projekt wird für drei Jahre mit insgesamt ca. 786.000 Euro gefördert.

Im Ergebnis sollen die Erkenntnisse *Rückschlüsse* erlauben, *welche Therapiemaßnahmen und Verhaltensweisen die gesundheitsbezogene Lebensqualität* von Menschen mit COPD nachhaltig *beeinflussen* können, und bei welchen Teilnehmergruppen des DMP die Versorgung gezielt und wie verbessert werden sollte. Das Konzept eines Krankheitsmanagements, das sich an der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Betroffenen orientiert, kann prinzipiell auch auf andere Behandlungsprogramme, bei Krankheiten wie z.B. bei Diabetes mellitus oder Asthma bronchiale, übertragen werden.

Nach einer Pressemeldung des Innovationsausschusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Lungenforschung zum Mitmachen

Die Europäische Fachgesellschaft der Lungenärzte (ERS) möchte einen Standard für Belastungstests bei Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung entwickeln. In einer Online-Umfrage sucht sie deshalb jetzt Patienten, die Erfahrung mit spiroergometrischen Belastungsuntersuchungen haben.

Im Rahmen ihrer Umfrage definiert die European Respiratory Society (ERS) den Spiroergometrietest als einen Belastungstest, der mit einem stationären Fahrradergometer oder einem Laufband durchgeführt wird. Dabei atmet der Patient durch eine Maske oder ein Mundstück.

Standardisierter Test für alle Altersgruppen und unterschiedliche Lungenerkrankungen

Ziel des Vorhabens der ERS ist es, sich auf eine oder zwei Spiroergometrie-Testmethoden mit dem Ergometer oder Laufband zu einigen. So soll es möglich werden, Patienten aller Altersgruppen mit unterschiedlichen Lungenerkrankungen und bei verschiedenen Einschränkungswerten wissenschaftlich gesichert zu beurteilen. Deshalb sucht die ERS jetzt Kinder und Erwachsene mit möglichst unterschiedlichen Schweregraden ihrer Lungenerkrankungen. Die Umfrage ist anonym, dauert etwa 10 bis 15 Minuten und ist bis zum 8. Januar 2018 geöffnet.

Sie erreichen die „Patientenumfrage – Spiroergometrietests“ über folgenden Link:
<https://www.surveymonkey.co.uk/r/CPETDE>



Foto: Fotolia / M. Siegmund

ANZEIGE

Leben mit A1-AT-Mangel

Neu für Patienten:
Ihr Portal rund um A1-AT-Mangel
www.alpha1-mangel.de



Rat und Hilfe

- ✓ Risiken vermeiden
- ✓ Ernährung
- ✓ Selbsthilfegruppen
- ✓ Links

Medizinische Grundlagen

- ✓ Ursache
- ✓ Symptome
- ✓ Diagnose
- ✓ Therapie



Biotherapies for Life™ **CSL Behring**

Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung



Vollwertig essen und trinken hält gesund, fördert Leistung und Wohlbefinden. Wie sich das umsetzen lässt, hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährung auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in 10 Regeln formuliert.

1 Lebensmittelvielfalt genießen

Nutzen Sie die Lebensmittelvielfalt und essen Sie abwechslungsreich. Wählen Sie überwiegend pflanzliche Lebensmittel.

Kein Lebensmittel allein enthält alle Nährstoffe. Je **abwechslungsreicher** Sie essen, desto geringer ist das Risiko einer einseitigen Ernährung.

2 Gemüse und Obst – nimm „5 am Tag“

Genießen Sie mindestens **3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Obst** am Tag. Zur bunten Auswahl gehören auch Hülsenfrüchte wie Linsen, Kichererbsen und Bohnen sowie (ungesalzene) Nüsse.

Gemüse und Obst versorgen Sie reichlich mit Nährstoffen, **Ballaststoffen** sowie sekundären Pflanzenstoffen und tragen zur Sättigung bei. Gemüse und Obst zu essen, senkt das Risiko für Herz-Kreislauf- und andere Erkrankungen.

3 Vollkorn wählen

Bei Getreideprodukten wie Brot, Nudeln, Reis und Mehl ist die **Vollkornvariante** die beste Wahl für Ihre Gesundheit.

Lebensmittel aus Vollkorn sättigen länger und enthalten mehr Nährstoffe als Weißmehlprodukte. **Ballaststoffe** aus Vollkorn senken das Risiko für Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörungen, Dickdarmkrebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

4 Mit tierischen Lebensmitteln die Auswahl ergänzen

Trinken Sie **Milch** und essen Sie **Milchprodukte** wie Joghurt und Käse täglich, **Fisch** ein- bis zweimal pro Woche. Wenn Sie Fleisch essen, dann nicht mehr als 300 bis 600 g pro Woche. Milch und Milchprodukte liefern gut verfügbares Eiweiß, Vitamin B2 und Calcium. Seefisch versorgt Sie mit Jod und fetter Fisch mit wichtigen Omega-3-Fettsäuren. Fleisch enthält gut verfügbares Eisen sowie Selen und Zink. Fleisch und insbesondere Wurst enthalten aber auch ungünstige Inhaltsstoffe.

5 Gesundheitsfördernde Fette nutzen

Bevorzugen Sie **pflanzliche Öle** wie Rapsöl und daraus hergestellte Streichfette. Vermeiden Sie ver-

steckte Fette. Fett steckt oft „unsichtbar“ in verarbeiteten Lebensmitteln wie Wurst, Gebäck, Süßwaren, Fast-Food und Fertigprodukten.

Pflanzliche Öle liefern, wie alle Fette, viele Kalorien. Sie liefern aber auch lebensnotwendige Fettsäuren und Vitamin E.

6 Zucker und Salz einsparen

Mit Zucker gesüßte Lebensmittel und Getränke sind nicht empfehlenswert. Vermeiden Sie diese möglichst und setzen Sie Zucker sparsam ein. Sparen Sie Salz und reduzieren Sie den Anteil salzreicher Lebensmittel. Würzen Sie kreativ mit Kräutern und Gewürzen. Zuckergesüßte Lebensmittel und Getränke sind meist nährstoffarm und enthalten unnötige Kalorien. Zudem erhöht Zucker das Kariesrisiko. Zu viel Salz im Essen kann den Blutdruck erhöhen. Mehr als 6 g am Tag sollten es nicht sein. Wenn Sie Salz verwenden, dann angereichert mit Jod und Fluorid.

7 Am besten Wasser trinken

Trinken Sie mindestens 1,5 Liter jeden Tag. Am besten Wasser oder andere kalorienfreie Getränke wie ungesüßten Tee. Zuckergesüßte und alkoholische Getränke sind nicht empfehlenswert.

Ihr Körper braucht Flüssigkeit in Form von Wasser. Zuckergesüßte Getränke liefern unnötige Kalorien und kaum wichtige Nährstoffe. Der Konsum kann die Entstehung von Übergewicht und Diabetes mellitus Typ 2 fördern. Alkoholische Getränke sind ebenfalls kalorienreich. Außerdem fördert Alkohol

die Entstehung von Krebs und ist mit weiteren gesundheitlichen Risiken verbunden.

8 Schonend zubereiten

Garen Sie Lebensmittel so lange wie nötig und so kurz wie möglich, mit wenig Wasser und wenig Fett. Vermeiden Sie beim Braten, Grillen, Backen und Frittieren das Verbrennen von Lebensmitteln.

Eine schonende Zubereitung erhält den natürlichen Geschmack und schont die Nährstoffe. Verbrannte Stellen enthalten schädliche Stoffe.

9 Achtsam essen und genießen

Gönnen Sie sich eine Pause für Ihre Mahlzeiten und lassen Sie sich Zeit beim Essen.

Langsames, bewusstes Essen fördert den Genuss und das Sättigungsempfinden.

10 Auf das Gewicht achten und in Bewegung bleiben

Vollwertige Ernährung und körperliche Aktivität gehören zusammen. Dabei ist nicht nur regelmäßiger Sport hilfreich, sondern auch ein aktiver Alltag, in dem Sie z. B. öfter zu Fuß gehen oder Fahrrad fahren.

Pro Tag 30 bis 60 Minuten moderate körperliche Aktivität fördern Ihre Gesundheit und helfen Ihnen dabei, Ihr Gewicht zu regulieren.

Quelle: DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.)

ANZEIGE



SP Medienservice Verlag, Druck & Werbung

Wir sind seit über 25 Jahren als Verlag und Werbeagentur mit eigener Druckerei tätig und haben uns auf die Produktion von Mitglieder- und Verbandszeitschriften aus dem Gesundheits- und Selbsthilfebereich spezialisiert.

Wir übernehmen - nach Ihren Wünschen und Vorstellungen - Layout, Druckproduktion, Direkt-Versand und die Refinanzierung Ihrer Mitgliederzeitschrift über Anzeigen bis zur Rechnungsstellung und Mahnwesen.

Je nach Projekt übernehmen wir auch das wirtschaftliche Risiko für die komplette Refinanzierung. Bitte sprechen Sie uns an, damit wir Sie individuell beraten können, wie wir Ihr spezielles Projekt gemeinsam realisieren können.

Ansprechpartner: Sascha Piprek
 Reinhold-Sonnek-Str. 12 · 51147 Köln · Tel.: 02203 / 980 40 31
 Email: sp@sp-medien.de · Internet: www.sp-medien.de
 ausgezeichnet mit dem LVR-Prädikat behindertenfreundlich

Körperliches Training bei speziellen Lungenerkrankungen



Foto: Fotolia / Robert Kreschke

Kraft- und Ausdauertraining sind eine positive Ergänzung der Therapie bei Erkrankungen des Stütz- und Bindegewebes der Lungen (interstitielle Erkrankungen der Lunge - ILD). Dies zeigt eine australische Studie in der Fachzeitschrift ‚Thorax‘. Besonders Patienten mit Asbestose und idiopathischer Lungenfibrose (IPF) profitieren von den Übungen.

Körperliches Training kann anerkanntermaßen die Therapie bei Lungenerkrankungen sinnvoll ergänzen. Jedoch herrscht Unklarheit darüber, ob es auch bei den verschiedenen Formen von Erkrankungen des Stütz- und Bindegewebes der Lungen (interstitiellen Lungenerkrankungen - ILD) gleich wirkt. Ein Team von australischen Wissenschaftlern untersuchte deshalb, bei welchen Formen dieser Erkrankungen ein spezielles Training besonders hilfreich ist, und inwieweit die Schwere der Erkrankung das Ergebnis beeinflusst.

An drei Kliniken rekrutierte das Team insgesamt 142 Patienten mit interstitiellen Lungenerkrankungen: 61 Patienten litten an *idiopathischer Lungenfibrose* (IPF), 22 an einer *Asbestose*, 23 an einer *Kollagenose* und 36 an *anderen Erkrankungen dieser Gruppe*.

Die Probanden wurden zufällig (randomisiert) in zwei Gruppen eingeteilt. Die *Kontroll-Gruppe* wurde für *acht Wochen standardmäßig* behandelt. Die andere *Patienten-Trainingsgruppe* erhielt *einmal wöchentlich ein angeleitetes ambulantes Training*, bestehend aus Aerobic-Übungen, Fahrradfahren, Laufen und Krafttraining der Arme und Beine. Zusätzlich sollten sie einmal pro Woche ein weiteres Trainingsprogramm daheim absolvieren.

Überprüft wurden unter anderem die *6-Minuten-Gehstrecke* und die *gesundheitsbezogene Lebensqualität mit standardisierten Erhebungsbögen*.

8 Wochen Training zeigt Effekte!

Die Patienten mit einem achtwöchigen Training verbesserten sowohl ihre *6-Minuten-Gehstrecke* statistisch deutlich, und zeigten zugleich eine *Verbesserung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität* im Vergleich zur nur standardmäßig behandelten Patientengruppe.

Im Durchschnitt konnten die Patienten der Trainingsgruppe beim 6-Minuten-Gehtest 25 Meter weiter laufen, als die ohne gezieltes Training.

HEMOCARE
Zen-0

 Ein Gerät für
 alle Anforderungen!

Im Vergleich der einzelnen Krankheitsformen zeigte sich, dass vor allem Patienten mit Asbestose und einer idiopathischen Lungenfibrose (IPF) vom Training deutlich profitierten. So steigerten 82 Prozent der Asbestose-Patienten und 70 Prozent der IPF-Patienten Ihre 6-Minuten-Gehstrecke deutlich. Bei den Patienten mit Kollagenosen erreichten noch 50 Prozent einen positiven Trainingseffekt.

Je präziser die Patienten ihr Trainings-Protokoll einhielten, desto größer waren die Fortschritte. Die stärksten Verbesserungen erreichten die Patienten, die zu Trainings-Beginn eine stärkere Einschränkung ihrer Lebensqualität hatten und nur eine kürzere Strecke beim 6-Minuten-Gehtest zurücklegen konnten.

Patienten mit Kollagenosen zeigten in dieser Untersuchung geringere Effekte. Dies könnte an den ausgewählten Trainingsmethoden liegen, so die Autoren. Diese Erkrankungen sind oft mit geschwollenen und schmerzenden Gelenken, allgemeiner Muskel-Schwäche und -Schmerzen verbunden. Hier sollten alternative Trainingsmethoden, wie zum Beispiel Wasser- oder Widerstandstraining untersucht werden.

Fazit: Körperliches Training wirkt

Die Autoren folgern: Körperliches Training sollte als Standard-Behandlung bei allen interstitiellen Lungenerkrankungen begleitend durchgeführt werden. Zur Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit und ihrer möglichen Verbesserung, ist es demnach wichtig, möglichst frühzeitig mit einem kontrollierten Training zu beginnen, und dies konsequent beizubehalten.

Nach einer Pressemeldung des Lungeninformationsdienstes

Vorteile die überzeugen:

- Dualbetrieb (Konstantflow & atemzuggesteuerter Modus)
- Benutzerfreundlich
- Tragbar
- Zuverlässig
- Langlebig


**Flexibilität
 zum Mitnehmen**

Der neue mobile Sauerstoff-Konzentrator Zen-0 verbindet die Vorteile eines stationären mit denen eines mobilen Gerätes.

GTI medicare GmbH • info@gti-medicare.de • www.gti-medicare.de
 Hattingen • Hamburg • Bielefeld • Dessau • Römhild • Idstein
 Karlsruhe • Neunkirchen • Ulm • Nürnberg • München

Servicetelefon Hattingen 0 23 24 - 91 99-0
 Servicetelefon Hamburg 0 40 - 61 13 69-0

Pneumologie – Schlaf- und Beatmungsmedizin an der Kreisklinik Bad Reichenhall



Bad Reichenhall ist eine seit vielen Jahrzehnten bestehende traditionelle Abteilung für Pneumologie. In der Kreisklinik Bad Reichenhall wurde seit Herrn Prof. Nolte eine hochspezielle pneumologische Abteilung geführt die weit über die Kreis- und Landesgrenzen hinaus bekannt war.

Die Kreisklinik Bad Reichenhall ist nun in einem Krankenhausverbund der Kliniken Südost Bayern gemeinsam mit dem Klinikum Traunstein sowie den Krankenhäusern Ruhpolding, Trostberg, Berchtesgaden und Freilassing organisiert. Die thorakale Medizin mit dem Schwerpunkt der Pneumologie, der Beatmungsmedizin, der nicht invasiven Beatmung sowie der Thoraxchirurgie soll weiterhin innerhalb des Konzerns in Bad Reichenhall angeboten werden. Seit Anbeginn besteht ein Zentrum für Innere Medizin mit den Abteilungen der Kardiologie und der Gastroenterologie die eine ausgezeichnete interdisziplinäre Abdeckung des gesamten Fachgebietes ermöglicht. Sehr gut funktioniert die Zusammenarbeit mit der Thoraxchirurgie. Bad Reichenhall ist auf Grund seiner Lage im Kur- und Rehabilitationsgebiet

in Süddeutschland, der Bergwelt und der Verfügbarkeit von Sole- und Solebe-trieb der Kuranstalten seit Jahrzehnten in Deutschland als Asthmaklinik und Klinik zur Behandlung sämtlicher Lungenerkrankungen bekannt.

Pneumologisches Zentrum mit Schlaf- und Beatmungsmedizin

Die pneumologische Abteilung ist in das Zentrum Innere Medizin integriert und bietet das gesamte Spektrum der pneumologischen und bronchologischen Versorgung an. Für schwerstkranke Patienten besteht eine interdisziplinäre Intensivstation, an der das gesamte Spektrum der Beatmungsmedizin sowie intensivmedizinischen Maßnahmen mit Organersatz durchgeführt werden können. Die Einstellung von Patienten zur nicht invasiven Beatmung erfolgt auf der pneumologischen Station bzw. der Intermediate Care-Station und soll noch um ein Weaning-Zentrum zur Entwöhnung von Langzeit-Beatmung bzw. zur Heimbeatmungseinstellung erweitert werden. Es werden an der Abteilung alle Lungenerkrankungen von Asthma und COPD als obstruktive Erkrankungen

über sämtliche interstitielle Lungenerkrankungen, insbesondere auch Lungenkrebspatienten, behandelt und diagnostiziert. Alle bronchoskopischen Eingriffe können durchgeführt werden.

Funktionsdiagnostik

Die gesamte Lungenfunktionsdiagnostik mit Messung der Lungenvolumina, der Atemmuskelstärke, Durchführungen von Lungenspirometrie, Allergiediagnostik unter Provokationstestungen sowie Ultraschall- und Echokardiographie-Untersuchungen stehen zur Verfügung. Es werden sämtliche Rippenfellerkrankungen diagnostiziert und behandelt. Mit Durchführung von Punktion und Anlage von Drainagen und auch Heimdrainage Systeme sowie ab dem Jahr 2016 auch Durchführung von medizinischen Thorakoskopien und minimal-invasiven Pleuroskopien.

Im Atemfunktionslabor finden auch Patientenschulungen sowie Einstellungen auf Langzeitsauerstofftherapien und Belastungsuntersuchungen statt.

Bronchoskopische Diagnostik

Ein Kernstück der Abteilung ist eine bronchoskopische Einheit an der alle Möglichkeiten von diagnostischen Interventionen zur Verfügung stehen. Seit vielen Jahren werden endobronchiale Ultraschalluntersuchungen zur Punktion von mediastinalen Lymphknoten, Rotationsultraschallsonden – den auch für periphere ultraschallgezielte Punktionen und ebenfalls ultraschallgezielte Punktionen per thorakal durchgeführt. In der Bronchoskopie stehen sämtliche Techniken zur Rekanalisation von Tumoren



Dr. Ulrich Gropper, leitender Oberarzt im Schlaflabor (re.), erklärt einem Patienten die nächtlichen Beatmungseinstellungen.

wie Argon-Plasma-Beamer und Kryotherapie sowie alle Möglichkeiten zur Stentimplantation und Dilatation von Engstellen der Trachea und im gesamten Bronchialsystem zur Verfügung. Es werden an die 1.000 Bronchoskopie pro Jahr durchgeführt. Die bronchoskopische Einheit wird in diesem Jahr deutlich aufgewertet. Für Patienten mit interventionellen Eingriffen oder schwierigen Diagnosen werden ab heuer auch Bronchoskopien in Allgemeinnarkose in starrer Technik mit einer hochspeziellen Jet-Ventilation durchgeführt. Dies ermöglicht eine sehr sichere Beatmungs- und Narkoseführung des Patienten auch bei respiratorischer und funktionell eingeschränkten Patienten. Dies ist sehr oft bei COPD und gleichzeitig bestehendem Lungenkrebs der Fall.

Lungenvolumenreduktionen werden traditionellerweise seit vielen Jahren durchgeführt. Insbeson-

ANZEIGE

Sauerstoff immer und überall

- unterwegs mit Akku
- verordnungsfähig
- im Flugzeug zugelassen
- zu Hause an der Steckdose
- im Auto am Zigarettenanzünder

BERATUNGSTELEFON
(0365) 20 57 18 18

Folgen Sie uns auf Facebook

www.sauerstoffkonzentrator.de

NEU im Sortiment:
Inogen One G4 • Platinum mobile • Zen-O lite

1 Stufe

3 Stufen

4 Stufen

5 Stufen

2 l/min permanent
6 Stufen

3 l/min permanent
9 Stufen

5 l/min permanent

24h
NORDSEIT

air-be-c
Medizintechnik
Spezialisierte Fachhandel seit 1993

Ein Anbieter. Alle mobilen Sauerstoffkonzentratoren.
Beste Beratung • Service vor Ort • Bundesweit • Gute Preise • Miete und Kauf • Partner aller Kassen

TEAM DER PNEUMOLOGIE

Chefarzt Dr. Christian Geltner, MSc MBA, Innere Medizin – Pneumologie

Ltd OA Dr. Ulrich Gropper, Schlafmedizin, Allergologie FOÄ

Dr. Gabriele Schwarzl, Innere Medizin

Steckbrief

Dr. Christian Geltner, MSc MBA:

- Geb. 24.03.1968 in Bludenz Vorarlberg
- Aufgewachsen in Ouagadougou (Burkina Faso) und Bregenz (dort Gymnasium Mehrerau)
- Studium der Medizin an der Universität Innsbruck, Promotion 1993
- Facharzt Ausbildung in Feldkirch/Gaisbühel, Innsbruck-Natters, Universitätsklinik Innsbruck
- 2000 bis 2010 stationsführender Oberarzt am LKH Innsbruck-Natters, Pneumologie
- Leiter des pneumologischen Teiles des Innsbrucker Transplantationsprogrammes
- Leiter des PAH-Zentrum LKH Natters
- 2010 bis 2015 Chefarzt Abteilung Pneumologie Klinikum Klagenfurt, Österreich
- 2012 bis 2015 Ärztlicher Leiter der Pneumologischen Rehabilitation Humanomedzentrum Althofen/Österreich
- Zahlreiche Publikationen und Präsentation zu den Themen Transplantinfektiologie, Bronchologische Interventionen, Bronchialkarzinom



Spezialausbildungen:

- Interventionelle Bronchologie (Hemer, Heidelberg, Lille)
- Thorakoskopie (Marseille)
- PAH (San Diego)
- Transplantation (Innsbruck, Wien)
- Psychoonkologie, Allergologie, Schlafmedizin
- Klinischer Prüfarzt

Management, Leadership und Coaching:

- FUTURE Coachingausbildung (ICF-zertifiziert)
- MBA Health Care Management der Donau-Uni Krems
- MSc Krankenhausmanagement Donau-Uni Krems
- Holotrope Atemtherapie (Zertifizierter Atemtrainer nach S. Grof)

dere Ventilimplanationen und andere Formen der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion werden durchgeführt. Hier sind auch Teilnahmen an internationalen Studien geplant.

Im weiteren Ausbau des Jahres 2016 besonders unter der Führung unseres neuen Chefarztes Herrn Dr. Christian Geltner wird die minimalinvasive medizinische Thorakoskopie zur Diagnose und Behandlung von Pleuraergüssen, die Durchführung von Pleurodesen und Thoraxdrainagen und weiteren Eingriffen etablierter.

Schlaflabor

Die Abteilung verfügt über drei Schlaf-laborbetten die über die deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM) akkreditiert sind. Das Schlaflabor wird unter der Führung von Oberarzt Herrn Dr. Ulrich Gropper als leitender Oberarzt betrieben. Für die Schlafdiagnostik stehen auch CO₂-Messungen, Blutgasanalysen in der Nacht sowie Verlaufskontrollen zur Verfügung. Die nächtliche Beatmungseinstellung erfolgt entweder im Schlaflabor oder bei komplizierteren Beatmungen gemeinsam mit einer nichtinvasiven Beatmung auf der pneumologischen Station.

Pneumologische Infektiologie

Junge Patienten haben sehr oft Infektionen als Aufnahmegrund an eine Lungenabteilung. Insbesondere Lungenentzündungen aber auch ausgefallene entzündliche Lungenerkrankungen wie Tuberkulosen oder Lungenpilzinfektionen können bei uns entsprechend behandelt werden. Für infektiöse Patienten werden Patientenzimmer entsprechend mit Isolationsmaßnahmen versehen, so dass weder eine Gefährdung anderer Patienten, noch eine Gefährdung der Mitarbeiter durch Infektionserkrankungen besteht.

Lungenzentrum- und Lungenkrebszentrum

Lungenkrebs ist einer der häufigsten Krebsursachen mit weiter steigenden Erkrankungszahlen. Die Früherkennung eines Lungenkrebses ist für die weitere Behandlung ganz wichtig und erfordert entsprechende diagnostische als auch therapeutische Maßnahmen. Es stehen sämtliche radiologische Untersuchungen mit der Möglichkeit von CT-gezielter-Punktionen sowie die gesamte Diagnostik in der Bronchoskopie zur Verfügung. Die Lungenkrebspatienten werden interdisziplinär, mit gemeinsamen Tumorkonferenzen sowie in Kooperation mit unserem Thoraxchirurgen, unseren Onkologen, Krankenschwestern, Psycholo-

gen und Palliativmedizinern betreut, somit ist demnächst auch die Zertifizierung als Lungenkrebszentrum für die Kreisklinik Bad Reichenhall geplant.

Beatmungsmedizin

Patienten mit Lungenerkrankung werden in den allermeisten Fällen über eine nicht invasive Beatmung (Maskenbeatmung) ohne Notwendigkeit einer Intubation sowohl im akuten Zustand als auch für die Langzeitbeatmung behandelt. Die Einstellung auf eine Heim-Beatmung (außerklinische Beatmung) erfolgt bei uns routinemäßig und kann bereits in Zusammenarbeit mit den Versorgungsstrukturen im niedergelassenen Bereich geplant werden. Die Patienten werden eingeschult, die Versorgung für zu Hause wird entsprechend sichergestellt und die Möglichkeit eines gleichzeitigen Beatmungsgerätes sowie Versorgung mit medizinischem Sauerstoff ist möglich. Eine Anerkennung als zertifiziertes Weaning-Zentrum wird in den nächsten Monaten bis Jahren weiter ausgebaut und erarbeitet werden.

Physikalische Therapie

Eine wichtige Therapiemaßnahme ist die Behandlung mit Krankengymnastik, Atemgymnastik, atemtherapeutischen Übungen zum Erlernen von Hustentechniken zur Verbesserung der Sekretmobilisation sowie zum Training und zur Mobilisation unserer Patienten. Dies ist einerseits nach operativen Eingriffen erforderlich, andererseits gerade bei Erkrankungen einer COPD oder fortgeschrittenen anderen Lungenerkrankung ein ganz wichtiger Bestandteil zu einer bestehenden medikamentösen und interventionellen Therapie.

Zukunftsvisionen

Die pneumologische Klinik in Bad Reichenhall ist traditionellerweise für sämtliche Lungenerkrankungen zuständig. Es besteht auch eine komplette Weiterbildungsberechtigung für Jungärzte und damit kann das gesamte Versorgungsspektrum angeboten werden. Besondere Herausforderung stellen Patienten nach Lungentransplantationen, Patienten mit Lungenhochdruckerkrankung oder seltenen pneumologischen Infektionen dar. Dies ist als Ziel ganz weit ausgebaut, ebenso wie eine Neuorganisation einer respiratorischen Beatmungsstation und weiterer Spezialisierungsbetreuung insbesondere für Lungenbrosepatienten und Patienten mit Lungenhochdruck.

**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**
- AT-C: AirTrap Control gegen Lungenüberblähungen (Intrinsic PEEP) insb. bei COPD
- Expiratorische Druckrampe, Wirkprinzip ähnlich der sog. „Lippenbremse“
- LIAM: Lung Insufflation Assist Maneuver (VENT50)



● BiPAP A40 AVAPS-AE Silver Series

Mit Modus AVAPS-AE, mit automatischer Anpassung des EPAP



● O3T-Clean mit Akku Ozon Desinfektionsgerät

Desinfizieren Sie Geräte und Zubehör, z.B. Schläuche, Masken usw., auf Knopfdruck ohne Chemikalien.

Messe-Neuheit
 98,50 €



● Sauerstoffversorgung

- Stationär, mobil oder flüssig z.B.:
- **SimplyGo bis 2 l/min Dauerflow**
- **SimplyGo Mini nur 2,3 kg**
- **Inogen One G3 8 Cell High-Flow nur 2,2 kg**
- **Inogen One G4, 4 Cell nur 1,27 kg**

Miete ab 1 Woche möglich!



● Sekretolyse

● VibraVest

Methode HFCWO (High Frequency Chest Wall Oscillation) **ohne Kompression** des Brustkorbes. Für Kinder und Erwachsene, in 6 Größen erhältlich

Inogen One G4 4Cell
 Shop-Preis 2.798,00 € *



Hustenassistent:

mit Vibrationsmodus, für Kinder und Erwachsene

- **Pulsar Cough 700** neues Modell
- **Cough Assist E70** von Philips



● Inhalation

- **OxyHaler - Membranvernebler**
Klein - leicht (88 g)- geräuschlos, mit Akku
- **Allegro - Kompressorvernebler**
- **Salivent - Salzinhalation**
feucht-warme Meersalz-Inhalation

Shop-Preis
 174,50 €



● Atemtherapiegeräte

● Alpha 300 IPPB + PSI

Intermittend Positive Pressure Breathing

- Prä- und postoperatives Atemtraining
- Unterstützend mit gesteuerter Inhalation

PSI = Pressure Support Inhalation
 dadurch Erhöhung der Medikamentendeposition

IPPB Atemtherapie
 mit Inhalation: PSI



- GeloMuc/Quake/RespiPro/
- PowerBreathe Medic/
- RC-Cornet/PersonalBest

Shop-Preis
 GeloMuc
 55,00 € *



* Aktionspreis
 solange Vorrat reicht

Finger-Pulsoxymeter, z.B. OXY 310
 35,00 € *



Abbildungen können abweichen, Preisänderungen/Druckfehler vorbehalten, Foto: Schiff Focolla

120 Jahre Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.

1897 – der Heufieberbund wird gegründet

Vor 120 Jahren wurde der „Heufieberbund“ – der heutige Deutsche Allergie- und Asthmabund e.V. – als erste deutsche Patientenorganisation gegründet.

Mit dem Begriff „Heufieber“ beschrieb man ab der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts in der Fachliteratur eine „neue Krankheit“. Erst 1906 bezeichnete Clemens von Pirquet das Heufieber erstmals als allergische Krankheit. Die erfolgreichste Therapie, die man damals kannte, war ein Klimawechsel in heufieberarme Regionen wie das Hochgebirge und die Seeregionen. Helgoland galt schon vor 1900 als besonders geeigneter Zufluchtsort für Heufieberkranke. 1894 besuchte Otto Schultz (1842–1922), ein Weinhändler aus Hannover, erstmals Helgoland und fand dort als leidgeprüfter Heufieberkranker Linderung. Im Juli 1897 hob er dann den „Heufieberbund von Helgoland“ aus der „Taufe“, den heutigen Deutschen Allergie- und Asthmabund. Mehrere Aspekte trugen zur Gründung des Heufieberbundes bei. Zum einen wollte man aktiv zur Erforschung und Akzeptanz dieser Krankheit beitragen, die bis dato vielfach als psychisches Leiden eingestuft wurde. Gleichmaßen auch „allen Auskunft über das Heufieber und seine Behandlung erteilen“, Geldmittel sammeln, um „bedürftigen Heufieberkranken zu helfen“ sowie auf Helgoland „geselligen Anschluss vermitteln“.

Die Gegenwart

Heute engagieren sich rund 100.000 Menschen – Mitglieder, Familien, Netzwerke, Ernährungsberater, Ärzte, Hebammen, Selbsthilfegruppen und Verbraucherverbände – im DAAB, der damit ältesten und größten Patientenorganisation im Bereich Allergien, Asthma, COPD, Neurodermitis und Urtikaria. Der DAAB ist Sprachrohr für 25 Millionen betroffene Kinder und Erwachsene. Das besondere und Einzigartige am DAAB ist sein Fundus an Wissen und Erfahrung. 120 Jahre Bestand bedeuten 120 Jahre gelebten täglichen Dialog mit Kindern und Erwachsenen, die unter Allergien, Ernährungsproblemen, Atemwegs- oder Hauterkrankungen leiden. Die seit Jahrzehnten große Anzahl und Vielfalt der Anfragen und Rückmeldungen bringen uns einen Schatz an Wissen über Therapien, Produkte und Verfahren, die helfen oder aber auch nicht. Und auch unsere Mitarbeiter – ob aus den Bereichen Ernährung, Biologie, Chemie, ob sie Asthma- oder Anaphylaxie-Trainer sind, arbeiten bereits seit vielen Jahren Tag

für Tag mit Menschen, die Allergien, Asthma, COPD, Neurodermitis, Urtikaria oder Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten haben. Wir gehen Ihr Problem ganzheitlich an, da wir in unserem Beratungsteam Experten unterschiedlicher Fachrichtungen haben.

Der DAAB bietet seinen Mitgliedern viele Vorteile. Die individuelle, unabhängige Beratung zur den unterschiedlichen Krankheitsbildern steht dabei im Vordergrund. praxisnah und wissenschaftlich fundiert. Wir bereiten komplexe Themen patientengerecht auf. So zum Beispiel in unserem Magazin der „Allergie konkret“, das viermal im Jahr erscheint und im Mitgliedsbeitrag von 36,- Euro pro Jahr enthalten ist. Verschiedene Infoschriften und Ratgeber, sowie ein umfassender Internetauftritt mit Homepage, Blog, Facebook und Twitter bieten Menschen jedes Alters die Möglichkeit der Information.

„Netzwerken“ wird beim DAAB „GROß“ geschrieben

Sowohl national, wie auch international ist der DAAB in vielen Netzwerken und Gremien vertreten, wie europäischen Patienten- und Ärzteverbänden. Er arbeitet in nationalen und internationalen Forschungsprojekten und auch in angrenzenden Arbeitsfeldern – von der Lebensmittel- bis zur Pflanzenkunde mit. DAAB-Mitarbeiter vertreten ihn dort mit Ihrer Stimme. Darüber hinaus initiiert der DAAB auch den Aufbau von Netzwerken. So gibt es das Netzwerk für Ernährungsfachkräfte im DAAB mit inzwischen rund 1.000 allergologisch versierten Mitgliedern. Weitere Netzwerke gibt es für Kliniken, Hebammen, Ärzte und Apotheken.

Öffentlichkeitsarbeit mit starker Stimme

Durch die Initiative des Deutschen Allergie- und Asthmabundes e.V. (DAAB) gibt es inzwischen zahlreiche Wasch- und Reinigungsmittel sowie Hautpflegeprodukte ohne allergisierende Duft-, Konservierungs- und Farbstoffe. Gleichmaßen engagiert sich der DAAB in der Gesundheitspolitik. In Leitliniengremien sowie in unterschiedlichen Ausschüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) macht sich der DAAB dafür stark, dass Betroffenen der Zugang zu möglichst vielen Therapieoptionen erhalten bleibt.

Über die DAAB-Fortbildungsakademie finden jährlich rund 40 Veranstaltungen für Ernährungsfachkräfte statt, sowie Kompaktkurse Allergologie und Seminare

für Lebensmittelkontrolleure, das Lebensmittelhandwerk und Gastroschulungen.

Mehrfach jährlich lädt der DAAB ein zum „Runden Tisch: Lebensmittel – Industrie und Verbraucher im Dialog“. Themen sind richtiges Allergenmanagement, Allergen-Kennzeichnung und die Spurenthematik. Eine weiteres DAAB-Angebot sind die Allergy Alerts (Warnmeldesystem z.B. für fehlerhaft deklarierte Produkte) und die DAAB-Marktchecks. Hierbei überprüft der DAAB Produkte wie Weizen-, Ei-, Käse-, Milchersatz und weitere auf ihre Alltagstauglichkeit im Praxistest.

2013 startete der DAAB seine Urtikaria-Initiative, u.a. mit einem jährlich stattfindenden Welt-Urtikariatag am 1. Oktober.

2014 startete das Projekt „Pollenrend“ (www.pollenrend.de), ein Heuschnupfenmeldesystem, das einen Überblick zur aktuellen Beschwerdesituation durch Pollenflug in Deutschland liefert. Ebenfalls seit 2014 ist der DAAB Verbundpartner des größten europäischen Forschungsprojektes zum Thema Lebensmittelallergien, IFAAM. Im gleichen Jahr startete die DAAB-Unterschriftenaktion „Vergiss mein nicht – Allergien brauchen (D)eine Stimme“, mit über 35.000 Unterschriften, die symbolisch im Bundesgesundheitsministerium überreicht werden konnten.

2015 veranstaltete der DAAB unter Schirmherrschaft des Verbraucherschutzministeriums eine Stakeholderkonferenz in Berlin zum Thema: „Risiko Allergene? Risikobewertung und Kennzeichnung unbeabsichtigter Allergeneinträge“. Ein weiterer Erfolg dieses Jahres ist die 10-Punkte-Charta, ein Leitfaden zum Allergenmanagement, mit Hinweisen, die ein Lebensmittelhersteller bezüglich einer guten Herstellungspraxis berücksichtigen sollte. Ebenfalls seit 2015 ist der DAAB als externer Berater der europäischen Lebensmittelsicherheitsbehörde (EFSA) aktiv und Mitglied in der Expertengruppe des ILSI Europe, einer gemeinnützigen Organisation, die zum Ziel hat, Wissenschaft zur Verbesserung der menschlichen Gesundheit und zum Schutz der Umwelt zu fördern.

Projektarbeit der letzten Jahre

2016 startete der DAAB mit weiteren wissenschaftlichen Projekten, so für das Umweltbundesamt zu „Klimawandel und neue Allergene“ und für das Bundesministerium für Forschung zur webunterstützten Ernährungsberatung (DIDIER).



Foto: Fotofix / Wener

Gleichermaßen wurde 2016 das ALLELELAND initiiert; eine Allergie-Lern Welt für unsere Kleinsten. Web basiert lernen kleine Allergiker, Asthmatiker und Kinder mit Neurodermitis spielerisch ihr Krankheitsbild kennen. Das Jahr 2017 steht unter dem Jubiläum 120 Jahre und ist angefüllt mit weiteren Projekten wie einer Mikroseite zum Thema: Allergien im Garten, Anaphylaxie und Asthma-Webinaren. Auch 2018 werden wieder neue Projekte hinzukommen. Es werden Asthma- und Anaphylaxie-Filme gedreht um die Bevölkerung noch besser aufzuklären. Das neue AllergieMobil wird auch 2018, wie jedes Jahr über 300 Aufklärungstermine in ganz Deutschland besuchen.

Werden Sie Mitglied in einer starken Gemeinschaft

Alle Projekte und all unsere Arbeit dienen dem Zweck Menschen mit Allergien, Asthma, COPD, Neurodermitis, Urtikaria und Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten ein gesünderes Leben zu ermöglichen und uns in der Öffentlichkeit für sie stark zu machen. Dabei arbeiten wir unabhängig und wissenschaftlich orientiert mit dem Fokus auf eine ganzheitliche Sicht. Mit einer Mitgliedschaft für 36,- Euro pro Jahr oder einer Spende, auch projektbezogen, unterstützen Sie eine starke Gemeinschaft.

Weitere Informationen rund um die Arbeit des DAAB und aktuelle Termine finden Sie unter www.daab.de. Wir freuen uns darauf Sie kennen zu lernen.

*Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. - DAAB
An der Eickesmühle 15-19, 41169 Mönchengladbach
Tel. 02166-.6478820, www.daab.de, Email: info@daab.de*



1 Sport- und Gymnastiklehrerin bei der 2. Lungentagung mit 3 Aufgaben

von M. Frisch



Stand der Espan-Klinik:

Dank eines hervorragenden Platzes, gab es viele Besucher am Stand und sehr gute Gespräche. Die Themen, die am meisten nachgefragt wurden, waren:

Wann sollte man an eine Reha denken?

Sollten die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein und weiterhin anhaltende Krankheitszeichen bestehen bzw. die Leistungsfähigkeit im Alltag weiter reduziert und damit die selbstständige Versorgung gefährdet sein, besteht eine sogenannte Rehabilitationsbedürftigkeit. Hierunter fällt auch der Bedarf eines interdisziplinären Therapieansatzes mit z.B.:

- Ernährungs- bzw. Diätberatung,
- psychologische Betreuung,
- Bewegungstherapie,
- Patientenschulung, usw.

Ziel ist die **Verbesserung und Stabilisierung der Teilhabe**, sofern dies ambulant nicht im entsprechenden Ausmaß durchgeführt und erreicht werden kann.

Rehabilitationsbedürftigkeit kann auch zur Vermeidung eines kostenintensiveren Krankheitsaufenthaltes aufgrund von Verschlechterung der Erkrankung oder einer drohenden und mittels Reha zu vermeidenden Pflegebedürftigkeit begründet werden. Sie kann aber auch nach einem Krankenhausaufenthalt bestehen, dann als AHB (Anschluss-Heilbehandlung. Kostenträger ist dabei die Deutsche Rentenversicherung Bund oder -Land) oder bei einer Anschluss-Rehabilitation (AR), die Krankenkasse. Sie wird über den behandelnden Klinikarzt in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst beantragt.

Wie komme ich in Reha?

- Vereinfachtes Antragsverfahren seit April 2016 zur stationären Rehabilitation. Es muss nur noch ein Formular vom Arzt ausgefüllt werden.
- Alle niedergelassenen Ärzte können wieder ohne weitere Voraussetzungen (Weiterbildung) eine stationäre Rehabilitation verordnen.
- Krankenkassen müssen über Reha-Anträge binnen 3 Wochen entscheiden, ansonsten gelten sie als genehmigt.

Gilt das Wunsch- und Wahlrecht immer noch?

Das Wunsch- und Wahlrecht ergibt sich unter anderem aus § 9 SGB IX Sozialgesetzbuch und gilt für alle Rehabilitationspatienten.

- Krankenkassen und Rentenversicherungen müssen im Rahmen ihrer Entscheidungen die weiteren Wünsche und Bedürfnisse des Versicherten berücksichtigen.
- Sie müssen unbedingt die medizinischen Erfordernisse des Einzelnen beurteilen.
- Ihre berechtigten Wünsche als Versicherter dürfen von Ihrer Versicherung nicht mit dem Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot übergangen werden. Besondere Kooperationen, die Kostenträger mit einzelnen Kliniken vereinbaren, dürfen nicht dazu führen, dass das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nur im Rahmen der Kooperation ausgeübt werden darf.
- Die Entscheidung muss für Versicherte verständlich und nachvollziehbar begründet (schriftlich) sein.

Bei der Suche nach der geeigneten Rehabilitationsklinik im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts bietet sich aber auch ein Blick auf die sogenannten Sonderanforderungen und Qualitätsmerkmale der Kostenträger für die Kliniken- neben den eigenen Erfahrungen- an:

- Spezialisierung- z.B. auch auf die selteneren Lungenerkrankungen
- Lungenfachärzte (Pneumologen) ganztags im Haus (oder nur ein paar Stunden einmal in der Woche?)
- Weitere Fachbereiche in der Qualifikation: Innere Medizin, Allergologie, Sozialmedizin, Schlafmedizin
- Spezialisierung beinhaltet auch die Versorgung, Verordnung, Schulung bzw. Kontrolle von Sauerstofflangzeittherapie und nicht-invasiver Beatmung
- Zusatzqualifikation Diabetologie, da eine häufige Begleiterkrankung
- Spezielle Weiterbildungen im Bereich Adipositas und Allergologie des interdisziplinären Behandlungsteams
- Kooperation mit dem regionalen Dialyse-Zentrum, der regionalen radiologischen Praxis, sowie Haut- und Augenarzt bzw. Facharzt für Neurologie und Kardiologie
- Kooperation mit einer Logopädie-Praxis
- Tägliche Patientenaufnahme (auch pflegerisch-medizinisch)
- Arzt und examinierte Pflegefachkräfte sind 24 Stunden und 365 Tage im Jahr in der Klinik anwesend

- Unterbringung von Begleitpersonen ist möglich
- Individualisierter Anwendungsplan
- Durchführung von Tests und der Auswertung der Outcome-Parameter werden veröffentlicht

Warum soll man in Reha?

Die Pneumologische Rehabilitation ist eine umfassende Intervention, die aufgrund des Erkennens der individuellen Probleme des Einzelnen ein spezielles Therapieprogramm gestaltet, um neben körperlichem Training und Schulung v.a. auf eine Änderung des Verhaltens abzielt. Hierdurch soll das psychische und physische Befinden des Rehabilitanden mit einer chronischen Atemwegserkrankung verbessert werden und eine längerfristige Änderung hin zu einem gesundheitsbewussteren Lebensstil gefördert werden. Dies belegen auch die entsprechenden Studien- daten (mit Evidenzgrad A, d.h. höchste Beweiskraft). Ziele sind:

- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Verbesserung von Kraft und Ausdauer der Beinmuskulatur (Evidenzgrad A) und Armmuskulatur (Evidenzgrad B)
- Reduzierung von Krankenhausaufenthaltsdauer und Krankheitstagen bzw. Krankenhaus-Einweisungen
- Steigerung der Lebensqualität
- Besserung der psychischen Begleiterkrankungen wie Angst und Depression
- Reduzierung der Atemnot

Was leistet die Reha?

Nach einer ausführlichen medizinischen und pflegerischen Untersuchung und Erhebung der Krankheitsgeschichte erfolgen weitere diagnostische Untersuchungen die zur Differenzierung des notwendigen individuellen Therapieprogramms und Überprüfung bzw. Optimierung der bisherigen medikamentösen Therapie.

- Teilnahme an entsprechend angepasster und dosierter Bewegungstherapie zum gezielten Muskelaufbau- und Ausdauertraining in Gruppen- oder Einzeltherapie (je nach Schweregrad)
 - Medizinischer Trainingstherapie (MTT)
 - Ergometertraining
 - Oberkörper-Ergometertraining
 - Trainingseinheiten zur Erstellung eines Heimprogramms
 - Training im Schwimmbad
 - Training auf z.B. auf einer Vibrationsplatte (Galileo oder / und Posturomed)
 - Inspirationsmuskeltraining

- ADL-Training (Training der Belastungen des täglichen Lebens)
- Gehtraining
- Atemphysiotherapie und Ergotherapie
- Physikalische Therapie und Inhalationstherapie
- Neuromuskuläre Elektrostimulation (NMES)
- gezielte Ernährungsberatung
 - Vorträge
 - Einzelberatungen
 - Lehrküche mit Reduktionskost oder hochkalorischer Ernährung
 - Allergieberatung
 - Adipositas- und/oder Diabetes-Schulung
- Psychologische Therapie zur bzw. mit
 - Krankheitsbewältigung
 - Einzelgesprächen
 - Gesprächskreisen
 - Stressbewältigung
 - Entspannungsverfahren (z.B. Autogenes Training, Muskelrelaxation,...)
- Tabakentwöhnung
 - Im Rahmen von strukturierten Programmen evtl. ergänzt durch medikamentöse, hypnotherapeutische u.a. Angebote
- Sozialmedizinische Beratung mit folgenden Schwerpunkten
 - Schwerbehindertenrecht
 - Stufenweiser Wiedereingliederung
 - Leistungen zur Teilhabe
 - Erwerbsminderungsrente u.a.
- Schulungen zu(r):
 - Hilfsmitteln (Rollator, Peak-Flow, Flutter, Cornet, Inhalationsgeräte)
 - Sauerstofflangzeittherapie
 - Medikamenten-Devices und richtiger Inhalation
 - Nasen- und Lungenhygiene
 - Sturzprävention und -prophylaxe u.a.
- Vorträge:
 - Zielgruppenorientiert
 - Indikationsspezifisch
 - Zur Krankheitsbewältigung
 - Zur Wissensvermittlung
 - Zur Lebensstil-Änderung

Und was wäre die Pneumologische Rehabilitation ohne die **Anleitung und Überleitung zur Nachsorge?**

Neben den Anleitungen zur Selbsthilfe und zu vielfältigen Heimprogrammen, gibt es noch weitere wichtige Empfehlungen:

- Vermittlung von Selbsthilfegruppen
 - Infomaterial, Flyer und Broschüren
- Teilnahme am Lungensport
 - Beratung, Information und Unterlagen
 - die Verordnung ist zumindest bei DRV Bund oder-Land Versicherten in der Rehabilitationsfachklinik möglich

Erst das *Gesamtpaket* macht die Pneumologische Rehabilitation nachhaltig wirksam.

Workshop Lungensport:

Zahlreiche Interessenten in beiden Workshops (einige Teilnehmer nahmen an beiden Workshops teil) erhielten Informationen zu Theorie, Grundlagen, Zielen und Inhalten des Lungensports, Tipps für die Praxis und konnten selbst aktiv sein.

Warum ist Bewegung so wichtig für Lungenerkrankte?

- sie erhöht die Ausdauer
- sie bewirkt eine allgemeine Kräftigung
- sie ist ein gutes Koordinationstraining und
- Alltagstraining
- sie erhöht das Lungenvolumen,
- verbessert die Atmung und
- verbessert die Sauerstoffaufnahme in der Lunge und im Blut
- sie bremst den Alterungsprozess des Gehirns (Demenz-Schutz)
- sie erhöht die Insulinempfindlichkeit (Altersdiabetes reduziert)
- sie schult die Koordination (Sturzprävention)
- sie erhöht die Knochendichte (Osteoporoseprophylaxe)
- sie senkt den Blutdruck
- sie fördert das körperliche Wohlbefinden
- sie verbessert die psychische Ausgeglichenheit
- sie stärkt das Immunsystem
- sie bietet soziale Kontakte
- sie steigert die Lebensqualität und sie
- erhöht die Mobilität



Verordnungsmöglichkeiten:

Der Haus- oder Lungenfacharzt kann mit dem Formular „56“ auf einmal 50 Trainingseinheiten für 18 Monate oder 120 Einheiten über 36 Monate verordnen. Das Formular ist anschließend bei der Krankenkasse mit der Bitte um Kostenübernahme einzureichen. Nach erfolgter Genehmigung bzw. Zusage bitte die Unterlagen beim Übungsleiter vorlegen.

Wichtig: nach Ablauf der Trainingseinheiten oder des genehmigten Zeitraumes ist eine weitere Verordnung notwendig, bitte nicht von „Verlängerung“ des Lungensports reden. Widersprüche gegen abgelehnte Verordnungen sind individuell und vom Patienten selbst zu formulieren. Pauschal formulierte Widersprüche erzielen meist nicht das gewünschte Ergebnis.

Wer eine Rehabilitationsmaßnahme in einer Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen über den Kostenträger Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund bzw. -Land durchführt und als erwerbsfähig entlassen wird, kann sich Lungensport für 6 Monate über die DRV Bund bzw. -Land verordnen lassen. Mit der Erstellung der Dokumente durch die Reha-Klinik ist automatisch eine Kostenübernahme vorhanden und im Entlassbericht wird die Verordnung ebenfalls vermerkt. Bei dieser Verordnung ist zu beachten, dass die *erste Teilnahme* am Lungensport *innerhalb von 3 Monaten* nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme erfolgen muss.

Grundsätzlich gilt es zu beachten, dass Lungensport als wohnortnahe Behandlungsmöglichkeit anerkannt ist. Bei der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme verweisen Kostenträger oft auf die Nutzung dieser Therapieangebote.

Ziele und Inhalte des Lungensports:

Atmung:

- Bewusstmachung und Wahrnehmung der Atmung
- Einübung der Lippenbremse
- Kennenlernen der verschiedenen Atemformen
- Steigerung der Thoraxbeweglichkeit
- Verbesserung der Atemmuskulatur
- Ökonomisierung der Atemarbeit
- Abnahme der Belastungsdyspnoe
- Erlernen von hilfreichen Entspannungstechniken

Schulung gezielt zu(m):

- Sekretmobilisation
- Einsatz von Flutter, Cornet, Acapella, Quake
- Hustentechniken und Hustendisziplin
- Nasenhygiene
- Notfallverhalten (auch des Partners)
- Hygieneschulung (Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT))
- Wissensvermittlung zur Krankheit und dem Krankheitsmanagement
- Vermittlung von Selbsthilfetechniken
- Erfahrungsaustausch mit Betroffenen



- Reduzierung der Exazerbationshäufigkeit
- Stärkung des Immunsystems

Alltag:

- Vermeidung schädigender Atemformen bei ADL (activities of daily living)
- alltagsorientiertes Training
- richtiges, effektives Treppensteigen
- Treppentraining
- gemeinsames Erarbeiten eines Heimprogrammes zur Unfall- und Sturzprophylaxe

Training zu(r):

- Erhalt und Training der Ausdauerleistung
- allgemeine Kräftigung
- Steigerung der physischen Belastbarkeit
- Wahrnehmung und Erweiterung der Leistungsgrenzen
- Vermeidung von Schonverhalten und Gelenkversteifungen
- Koordinationstraining
- Osteoporoseprophylaxe
- Dehnungen

Entscheidend für alle Teilnehmer am Lungensport ist und bleibt: Immer wieder sich vor Augen führen, dass es um die *eigene Lebensqualität* und Teilhabe- auch am sozialen Umfeld- geht.

Auch wenn uns Therapeuten die Arbeit – hoffent-

lich – „Spaß macht“, die Teilnehmer machen es nicht für uns, sondern für sich selber! Selbst muss man es wollen und den Kampf gegen den „inneren Schweinehund“ aufnehmen.

Sportliche Auflockerung

Auch die noch so interessanten Vorträge brauchen nach einiger Zeit auch mal eine aktive Erholungspause. Damit ist nicht der Gang in die Gastronomie gemeint! Stattdessen:

- Beide Arme nach vorne strecken, die Daumen zeigen zur Decke und zusätzlich das rechte Bein gebeugt anheben. Mit beiden Armen die Zahlen von 0 bis 10 vorwärts und rückwärts in die Luft schreiben, dabei mit dem rechten Bein rückwärts Fahrrad fahren.
- Beide Arme nach vorne strecken, die Handinnenflächen zeigen zum Boden und das linke Bein gebeugt anheben. Die Arme im Wechsel überkreuzen. Mal ist der rechte Arm oben, mal der linke Arm. Zusätzlich das linke Bein in kleinen Bewegungen auf und ab führen.
- Auf der Stelle gehen, mit dem rechten Arm nach vorne boxen und mit dem linken Arm zur Decke hoch boxen.
- Beim rechten Fuß die Zehenspitzen abheben und absetzen, beim linken Fuß die Ferse abheben und absetzen. Die Arme nach vorne strecken und immer im Wechsel mit einer Hand auf die entgegengesetzte Schulter tippen: also rechte Hand auf die linke Schulter und dann linke Hand auf die rechte Schulter.

Und das üben wir jetzt alle- Referenten, Aussteller, Besucher- bis zum Wiedersehen bei der nächsten Lungentagung in Worms im September 2018.

Die Autorin:

Michaela Frisch
Therapieleitung,
Selbsthilfebeauftragte
Espan Klinik, Bad Dürkheim



Jetzt fast **50** Infolyer der Deutschen Atemwegsliga e.V. und der AG Lungensport in Deutschland e.V. bei der DPLA abrufbar

Flyer zur Fe-NO-Messung: Stickstoffmonoxid (NO) ist ein wichtiger Botenstoff, der im Organismus u.a. in den Atemwegen gebildet wird. Inzwischen gibt es mehrere Geräte zur Fe-NO Messung (NO) in der Ausatemluft. Bei einem allergischen Asthma bronchiale finden sich bedingt durch die Atemwegsentzündung, deutlich erhöhte Werte von NO in der Ausatemluft. Dies kann man zur Steuerung der Therapie nutzen. Viele Lungenfachärzte und Kinderpneumologen, aber auch entsprechende Kliniken bieten daher diese Messung an. Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) erstatten diese Leistung noch nicht. Sie muss also als individuelle Gesundheits-eigenleistung (IGEL) noch selbst gezahlt werden.

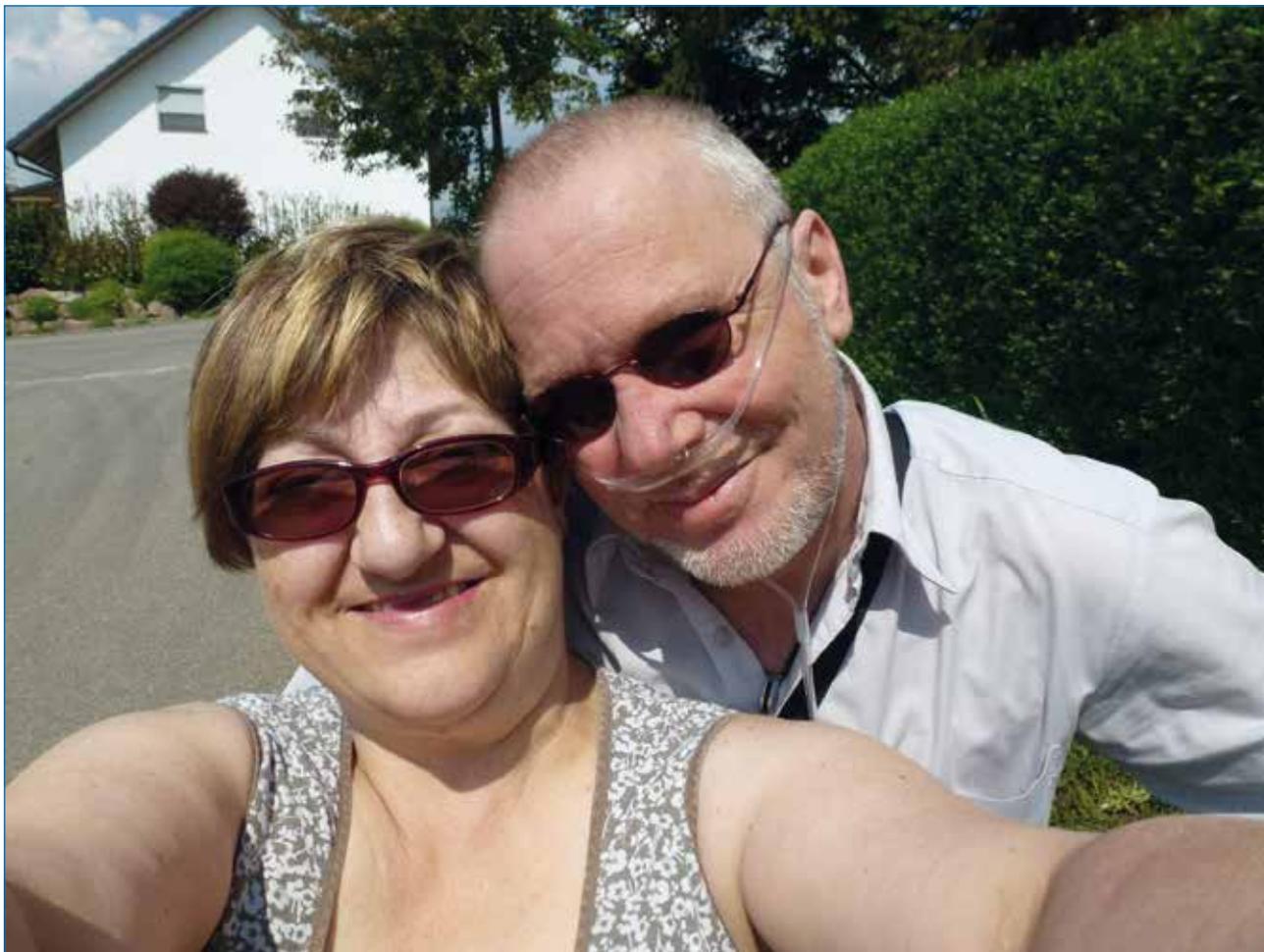
Die Messung von Stickstoffmonoxid (NO) in der Ausatemluft bezeichnet man als FeNO-Messung. Erhöhte Werte sprechen für eine Entzündung in den Atemwegen wie beim allergischen Asthma. Einen Überblick über diese einfach und leicht durchzuführende Messung, gibt der Informationsflyer „FeNO-Messung“.

Insgesamt stehen damit aktuell fast **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.

Mein Partner ist chronisch lungenerkrankt – Belastung, Chance oder von beidem etwas?

von D. Stolzenburg



Als Angehöriger eines chronisch lungenerkrankten Menschen wird man vor neue Herausforderungen gestellt. Das ganze Leben verändert sich mit einem Schlag. Das bedeutet jedoch nicht, dass fortan das Leben nur noch aus Aufopferung und Pflege besteht. Richtig geplant und durchdacht bietet diese Situation im Idealfall die Chance, Beziehungen und eigene Träume zu überdenken und neu zu gestalten.

Daniela Stolzenburg hat selbst Erfahrungen als Angehörige eines chronisch Lungenerkrankten gemacht und macht sie täglich neu. Sie leitet seit einigen Jahren mit ihrem Mann Michael in Köln eine Selbsthilfegruppe für COPD-Erkrankte. Schnell wurde deutlich, dass sich nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch die Angehörigen mit vielen Fragen und Ängsten herumschlagen. Daher etablierte Daniela Stolzenburg einen regelmäßig stattfindenden Ange-

hörigen-Stammtisch. In diesem Rahmen haben die Angehörigen die Möglichkeit, sich über ihre Gedanken, Ängste und Befindlichkeiten auszutauschen. Oft kommen auch sogenannte Tabuthemen zur Sprache, welche die Angehörigen zuhause scheuen: Überforderung, Hilflosigkeit, Wut, Trauer und das Gefühl, die Kontrolle über das eigene Leben verloren zu haben.

„In den meisten Fällen wird die Diagnose COPD in einem Lebensabschnitt gestellt, in dem man langsam zur Ruhe kommt und sich in seinem Leben sicher fühlt: die Kinder sind erwachsen, die Beziehung läuft routiniert, der Alltag ist seit Jahren eingespielt – keine größeren Herausforderungen an Flexibilität und das Leben verläuft in geordneten Bahnen. Mit der Diagnose beginnt eine *Phase der Unsicherheit*. In Zeiten des Internets findet sich schnell eine Vielzahl an Informationen über die Krankheit. Es folgt ein Schock – „so schlimm ist das?“ Nach und nach ent-

steht eine ganz natürliche *Angst vor der Zukunft*, dem Fortschreiten der Krankheit und den Auswirkungen auf den Alltag. Die große, alles beherrschende Frage ist: *Wie soll das alles nur weitergehen?*“ berichtet Daniela Stolzenburg. „Viele Angehörige nehmen in dieser Phase Kontakt mit meinem Mann und mir auf und müssen erst mal beruhigt werden. Wichtig ist, dass die Angehörigen jemanden haben, der ihre Ängste und Fragen ernst nimmt und ihnen seriöse Informationen an die Hand gibt; denn Wissen gibt Sicherheit. Je besser die Angehörigen die Zusammenhänge verstehen, desto besser können sie mit der Situation umgehen. Genauso wichtig ist, dass sie sich mit jemandem austauschen können, der die selben oder ähnliche Erfahrungen gemacht hat.“

So wie es nicht DEN COPD-ERKRANKTEN gibt, reagiert auch jeder Angehörige individuell. Daniela Stolzenburg erzählt uns von *einigen Gesprächen mit anderen Angehörigen* (*anonymisiert):

- *Frau A.** gibt ihrem (angeblich genetisch bedingten) Brutpflege-Instinkt nach. Ihr Mann darf gar nichts mehr alleine tun. Sobald er sich bewegt, springt die besorgte Angehörige zu Hilfe. „Dass dies für beide Beteiligten sehr stressig ist, brauche ich wohl nicht extra zu erwähnen. Der Erkrankte versucht, sich ein bisschen Freiraum zu erhalten, während der Angehörige ständig auf der Lauer liegt.“ bemerkt Daniela Stolzenburg. „Diese überschießende Reaktion ist aber normal – wir wollen dem Erkrankten helfen, ob er will oder nicht. Ich habe diesen Fehler auch gemacht. Mir war damals gar nicht bewusst, dass ich meinem Mann damit das Leben schwer mache. Schließlich ist er nicht von einem Tag zum anderen zum Baby geworden – er ist und bleibt ein erwachsener Mann, der seine eigenen Entscheidungen treffen kann und will. Der Ärger war vorprogrammiert“, schmunzelt sie. „Er musste sich damit arrangieren, dass er nicht mehr der Ernährer in der Familie war, seine Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt war und er seinen Ansprüchen an sich selbst nicht mehr gerecht werden konnte. Und ich plante schon das Pflegebett, den Rollator und den Rollstuhl, obwohl dies noch in weiter Ferne lag. Ich hätte ihm am liebsten noch das Essen klein geschnitten.“
- *Stefan** sah sich mit 26 Jahren vor eine ganz spezielle Herausforderung gestellt: Er wurde mit der Sterblichkeit seines Vaters konfrontiert. Egal wie alt wir werden, Papa oder Mama sind immer

für uns da, werden um Rat gefragt und sind oft die Retter in der Not. Jetzt plötzlich findet ein Rollentausch statt: Die Eltern benötigen Hilfe. Die Kinder sind diejenigen, die sich kümmern. Das Bollwerk Papa/Mama wird instabil und brüchig. Auch hier entsteht viel Unsicherheit und Ängste tauchen auf. Natürlich ist uns allen bewusst, dass die Eltern früher oder später alt werden und Hilfe benötigen. Dass sie nicht ewig leben, wissen wir auch. „Aber doch noch nicht jetzt – so alt sind sie doch noch gar nicht – ich hatte noch gar keine Zeit, mich darauf vorzubereiten“, hört Daniela Stolzenburg oft in Angehörigen-Gesprächen. „Manche erwachsenen Kinder neigen dazu, ihre Eltern zu Verhaltensweisen oder Therapien zu drängen, zu denen diese noch nicht bereit sind. Dies entspringt dem Wunsch, alles zu tun, um der Krankheit Einhalt zu gebieten.“ Im Prinzip ist dies löblich, allerdings wird dieses Verhalten von den Eltern oft als übergriffig empfunden, da sie noch keinen eigenen Umgang mit der Krankheit gefunden haben. Die Beziehung zwischen den Eltern und ihren Kindern ist durch die Krankheit sowieso schon belastet. Wenn dann noch das Unverständnis für das Verhalten der jeweils anderen Seite dazu kommt, wird es oft sehr schwierig, noch einigermaßen normal miteinander zu reden. Vorwürfe auf beiden Seiten machen ein normales Miteinander manchmal nahezu unmöglich. „In solchen Fällen rate ich den Beteiligten, einen Perspektivwechsel zu versuchen; sich in die Situation des Gegenübers zu versetzen. Manchmal hilft das. Oft führt es zu einem AHA-Erlebnis der besonderen Art,“ berichtet Daniela Stolzenburg.

- *Marianne** versucht, ihre kranke Mutter zu entlasten und gleichzeitig ihre Tochter alleine groß zu ziehen. Wie schwer Oma krank ist, soll die 12-jährige aber nicht wissen. Marianne möchte ihre Tochter zwar nicht belügen, ist sich aber nicht sicher, wie viel diese verarbeiten kann. „Diese Konstellation ist in zweifacher Hinsicht schwierig: Marianne hat keinen Partner, mit dem sie sich beraten kann und muss allein entscheiden, wie viel sie ihrer Tochter erzählt und wie sie bestimmte Situationen erklärt. Außerdem sieht sie sich gezwungen, ihre Sorge um die Mutter zu verschleiern. Schließlich soll ihre Tochter eine möglichst unbelastete Kindheit haben. Kurz bevor sie am Ende ihrer psychischen Kraft war, hat sie sich glücklicherweise unserem Angehörigenstammtisch angeschlossen“, meint Daniela Stolzenburg.



Foto: Fotolia / orenichpunch

- Was für die meisten Außenstehenden aussieht wie der Wunschtraum jeder Frau ist für *Herrn R. (76)** jeden Tag anstrengend. Seit seine Frau erkrankt ist, macht er den kompletten Haushalt, geht einkaufen, unterstützt seine Frau bei der Bewältigung ihrer Krankheit und begleitet sie überall hin. Nebenbei versucht er, Zeit für sich zu finden. Für ihn ist das aber keine Belastung, sondern die Erfüllung seines Versprechens „In guten wie in schlechten Zeiten ...“ Er ist zufrieden und vermisst nichts.

„Jeder von uns Angehörigen findet für sich einen vorläufigen Weg. Im gemeinsamen Austausch beim Stammtisch merken wir aber meist, dass es doch ganz schön hakt an manchen Stellen“ fasst Daniela Stolzenburg zusammen. „Schließlich befinden wir uns in einer langfristigen neuen Lebenssituation. Wir wissen nicht wann, sind aber sicher, dass es in absehbarer Zeit noch anstrengender wird, wenn die Erkrankung unseres Partners fortschreitet. Natürlich ist es möglich, bei einem Unfall oder einer akuten Erkrankung eine Übergangslösung zu finden und kurzfristig alle verfügbaren Kräfte zu mobilisieren. Aber bei einer *chronischen Erkrankung* ist irgendwann der Akku leer und wir laufen quasi auf Notstrom. Dann wird es höchste Zeit, neu zu organisieren.“

Eine gute Möglichkeit, Anregungen für einen besseren Umgang mit der Erkrankung des Partners und der *Schonung der eigenen Kräfte* zu finden, ist der Angehörigenstammtisch. „Wir finden uns oft in den Erzählungen der anderen wieder“, berichtet Daniela Stolzenburg. Da ist die Rede von Überforderung und dem Gefühl, nie genug unbeschwerte Zeit für sich selbst zu haben. Selbst während der Arbeit, beim Treffen mit Freunden oder beim Sport bleibt im Hinterkopf immer die Sorge. Wenn morgens noch alles in Ordnung ist, kann das innerhalb von Stunden ganz anders aussehen. Vollständig abschalten fällt dann schwer.

Im *sozialen Umfeld* fühlen sich Angehörige von chronisch Kranken oft nicht ausreichend wahrgenommen. „Wenn ich begrüßt werde mit den Worten Wie geht es Deinem Mann?, verletzt mich das manchmal schon sehr.“ ist unter den Angehörigen häufig zu hören. Gespräche mit Verwandten, Nachbarn und Bekannten handeln dann schwerpunktmäßig von der Krankheit. Andere Themen werden teilweise bewußt vermieden. „Entweder denken sie, dass Sport, Politik, Reisen und Ähnliches uns nicht mehr interessieren, dass unser ganzes Leben sich um die Krankheit dreht oder sie wissen nicht, worüber sie mit uns reden sollen“, erklärt Daniela Stolzenburg. Andererseits wissen

viele Bekannte und Nachbarn nicht genug über die Erkrankung oder beziehen ihr Wissen nur aus der Presse. Das führt dazu, dass sie Verhaltensweisen nicht nachvollziehen können. So kommen Angehörige oft in Erklärungszwang. „Eine typische Situation ist, wenn mein Mann wieder einmal eine schwierige Zeit hat und durch die Nebenwirkungen von Cortison oder anderer Medikamente ein relativ rosiges Aussehen hat. Dann klingt es für Außenstehende unglaublich, dass ich mir gerade Sorgen mache.“ präzisiert Frau Stolzenburg. Und auf den Satz „Dann wünschen wir Ihrem Mann mal gute Besserung“ reagiert sie mittlerweile zwar nicht mehr allergisch aber doch genervt. Schließlich wird die COPD nicht mehr besser, sondern stagniert bestenfalls.

Ein Aspekt, über den nur zögerlich geredet wird, ist die *Auswirkung auf die Beziehung*. Obwohl im praktischen Bereich alles wohlgeregelt ist, bleibt immer noch die Unsicherheit auf der körperlichen und sexuellen Ebene. „Wenn ich befürchten muss, dass mein Mann/meine Frau einen Atemnot-Anfall bekommt, wenn ich ihm zu nahe komme – darf ich ihn dann überhaupt fest in den Arm nehmen oder küssen? Oder soll ich es lieber lassen?“ Diese Gedanken liegen nahe. Körperliche Nähe und das aktive Zeigen von Zuneigung sind aber wichtig für eine stabile Beziehung. Wir alle benötigen sie, um uns wohl und geliebt zu fühlen. Und gerade in schwierigen Zeiten haben wir dieses Bedürfnis umso mehr.

Über all diese Dinge zu reden, ist nicht nur beim Angehörigen-Stammtisch wichtig. Vielmehr muss dies vor allem zwischen den Partnern aus- und angesprochen werden. Andernfalls entstehen Missverständnisse und falsche Vorstellungen. **Die Basis für die gemeinsame Bewältigung der Krankheit ist Offenheit, Respekt und Verständnis.**

„Zum Glück war unsere Beziehung schon vor der Erkrankung stabil und tragfähig. So konnten wir in vielen intensiven Gesprächen über unsere jeweiligen Ängste und Wünsche reden und einen für uns beide gangbaren Umgang mit der Krankheit und unserer neuen Lebenssituation finden. Wir fühlten uns dadurch beide in unseren Empfindungen ernst genommen und das war das Wichtige“, erzählt Frau Stolzenburg weiter. „Es war zwar nicht einfach, aber wir konnten auch über schwierige Themen sprechen. Wie möchte mein Mann wahrgenommen werden? Welche Behandlungen und Therapien halten wir beide für sinnvoll und welche nicht? Was möchten

wir beide, dass der andere für ihn entscheidet, wenn der Partner selbst nicht mehr dazu in der Lage ist (Betreuungsvollmacht / Patientenverfügung)? Wie und wo möchte er sterben? Das waren nur einige der Themen, die uns viel Zeit und oft auch Tränen gekostet haben.“

Natürlich konnte nicht alles abschließend besprochen werden. Situationsbedingt tauchen diese Themen immer wieder auf. Aber es wird mit jedem Gespräch einfacher. „Wir lernten uns auf diese Art viel intensiver kennen; die Wünsche, Bedürfnisse und Gedanken des anderen und auch die Einstellung zu bestimmten Bereichen des Lebens. Wichtig ist für uns beide, dass wir beide ein selbstbestimmtes Leben führen. Noch besser ist es, dass wir es gemeinsam führen können.“

Die große Chance, die Daniela und Michael Stolzenburg sehen, ist, dass sie heute bewusster leben. Sie setzen andere Prioritäten in ihrer Beziehung und im Alltag. „Wir haben viel mehr Verständnis füreinander entwickelt. Auch wenn ich manchmal ungeduldig werde, weil alles wieder so verflixt lange dauert oder der geplante Besuch bei Freunden wegen akuter Schnauferei ganz kurzfristig abgesagt werden muss – ist halt so“ grinst Daniela Stolzenburg. „Ich habe mir da ein Zitat von John Lennon ausgeliehen: **LEBEN IST DAS, WAS PASSIERT, WÄHREND ICH WIEDER EINMAL EIFRIG DABEI BIN, ETWAS GANZ ANDERES ZU PLANEN!** Nach diesem Motto leben wir heute, auch wenn es für mich als Kontrollfreak nicht immer einfach ist. Und was wir alleine nicht schaffen, dafür organisieren wir uns Hilfe (Pflegedienst/Putzfrau). Wir lachen sehr viel und freuen uns über jeden guten Tag, den wir haben. Der Kontakt zu anderen Angehörigen hilft mir ganz persönlich. Wir rufen uns gegenseitig an und reden. Es ist eben ein schönes Gefühl, nicht allein zu sein!“

Die Autorin:

Daniela Stolzenburg
Selbsthilfegruppe atemlos Köln



Der folgende Artikel ist vielleicht etwas sperrig zu lesen. Aber er beinhaltet eine jahrelange, vom Bundesministerium für Gesundheit (BfG) geförderte – und – nur so mögliche – extrem aufwendige wissenschaftliche Untersuchung zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe (SHILD) wie es sie vorher noch nie gegeben hat.

*Ergebnisse dieser Studie sind u.a. auch zwei äußerst lesenswerte und wichtige Bücher, von denen wir ausdrücklich das **Buch** von unserem Erstautor, Herrn Dr. Christopher Kofahl, „Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland“ empfehlen können.*

Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland

Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven (SHILD): Ergebnisse Teil 1

Christopher Kofahl, Marie-Luise Dierks, Marius Haack, Olaf von dem Knesebeck, Ursula Köstler, Silke Kramer, Francis Langenhorst, Stefan Nickel, Frank Schulz-Nieswandt, Gabriele Seidel, Silke Werner



Das vom Bundesministerium für Gesundheit (BfG) von November 2012 bis Juni 2017 geförderte Projekt „Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland“ (SHILD) ist eine partizipativ entwickelte multizentrische Studie. Das Wissenschaftskonsortium besteht aus dem *Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf* (Gesamtkoordination), der *Medizinischen Hochschule Hannover* und der *Universität zu Köln*. In jeder Projektphase waren Akteurinnen und Akteure der „Selbsthilfelandschaft“ beteiligt: Selbsthilfedachverbände und -organisationen, Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen (Selbsthilfekontaktstellen, DAG SHG/NAKOS etc.) und selbsthilferelevante Institutionen (Krankenkassen, Wissenschaft etc.). Im Folgenden geben wir den Projektverlauf mit den jeweiligen zentralen Ergebnissen wieder.

Modul 1 – Partizipative Entwicklung des Forschungsdesigns und der Fragestellungen

Das projektvorbereitende Modul 1 beinhaltete die Ausarbeitung eines Konzeptpapiers sowie die Vorbereitung und Durchführung eines *Konsensus-Workshops* im Februar 2013 in Berlin. Ziel des Workshops war die Klärung der nach wissenschaftlichen Standards methodischen Notwendigkeiten und Mindestvoraussetzungen, Konkretisierung und Operationalisierung der Forschungsfragen und deren gemeinsame Verabschiedung. Neben dem Bundesministerium für Gesundheit (BfG) und den durchführenden Instituten haben Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung, der Krankenkassenverbände, des Robert Koch-Instituts sowie Vertreterinnen und Vertreter des Forschungsbeirats an dem Workshop teilgenommen. Die auf dem Workshop geäußerten

Optimierungsvorschläge und Wünsche fanden Eingang in die Überarbeitung des Konzeptpapiers und in die weitere inhaltliche und formale Ausgestaltung der einzelnen Teilprojekte der Gesamtstudie.

Modul 2 – Struktur- und Bedarfsanalyse

Die Struktur- und Bedarfsanalyse im Modul 2 beinhaltete drei Teilprojekte mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen. Diese wurden im Zuge der Projektentfaltung präzisiert und in jeweils eigenständigen Arbeitspaketen beschrieben.

Teilprojekt 2.1: Vertiefende systematische Analyse der nationalen und internationalen Selbsthilfeliteratur

Das erste Teilprojekt umfasste eine vertiefende, *systematische Literaturanalyse* der nationalen und internationalen Literatur in Bezug auf die *Wirkungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe*. In diesem Teilprojekt wurde zudem eine Expertise mit Experteninterviews zum Thema „Gesundheitsbezogene Selbsthilfe als Glied einer Versorgungskette“ erstellt. Eine weitere Expertise befasste sich mit der Selbsthilfe in Spannungsfeldern zwischen EU-Wettbewerbsrecht und supranationalem Inklusionsgrundrecht mit dem Fokus auf Befähigungsförderung.

Teilprojekt 2.2: Multiperspektivische qualitative Analyse der Wirkungen der Selbsthilfe

Das zweite Teilprojekt umfasste multiperspektivisch qualitative Bedarfs- und Strukturanalysen mit Schwerpunkt auf den *Wirkungen der Selbsthilfe*. Die Zielgruppen dieses Teilprojektes waren Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und verschiedene Stakeholder der Gesundheitsversorgung, mit deren ausgewählten Vertreterinnen und Vertretern explorative und vertiefende qualitative Experteninterviews durchgeführt wurden. *Kooperationspartner* waren die BAG Selbsthilfe, der PARITÄTische, die DHS und die DAG SHG / NAKOS.

Teilprojekt 2.3: Quantitative Struktur- und Bedarfsanalyse der Selbsthilfe

Das dritte Teilprojekt umfasste quantitative Struktur- und Bedarfsanalysen zur Entwicklung, aktuellen Situation und Perspektiven der Selbsthilfe. Die Zielgruppen dieses Teilprojektes waren Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppensprecherinnen und -sprecher, bei denen *quantitative, standardisierte Fragebogen-*

hebungen durchgeführt wurden. Mitglieder von Selbsthilfegruppen kamen in Modul 3 (s.u.) umfassend zu Wort. *Kooperationspartner* waren die BAG Selbsthilfe, der PARITÄTische, die DHS, die DAG SHG / NAKOS und KISS Hamburg und weitere Kontaktstellen im ländlichen Raum.

Zusammengefasste zentrale Ergebnisse des Moduls 2

Die Ergebnisse des ersten Teilprojekts der SHILD-Studie mündeten in dem **Buch** „*Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland: Zu Genealogie, Gestalt, Gestaltwandel und Wirkkreisen solidarischer gegenseitigkeitshilfegruppen und der Selbsthilfeorganisationen*“ (Schulz-Nieswandt F, Langenhorst F. Berlin: Duncker & Humblot, 2015).

Die Methodik und Ergebnisse der Teilprojekte 2 und 3 sind ausführlich beschrieben in dem **Buch** „*Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland*“ (Kofahl C, Schulz-Nieswandt F, Dierks ML (Hg). Münster: LIT-Verlag, 2016).

Beteiligt hatten sich insgesamt

- 1.192 Selbsthilfegruppen-Sprecherinnen und -sprecher,
- 243 Vertreterinnen und Vertreter von Bundes- und Landesorganisationen der verbandlichen Selbsthilfe,
- 133 Selbsthilfekontaktstellen sowie
- 75 Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen, Politik, Krankenversicherung sowie
- weitere selbsthilfenaher Institutionen.



In zusammengefasster Darstellung lauten die Ergebnisse der ersten beiden Forschungsmodule:

- Die *gesundheitsbezogene Selbsthilfe* ist *weitgehend stabil*: Trotz häufig beklagter negativer Mitgliederentwicklung in einzelnen Selbsthilfeorganisationen sind die Mitgliederzahlen insgesamt nicht rückläufig. D.h. Zuwachs und Rückgang in verschiedenen Selbsthilfeverbänden halten sich die Waage. Nichtsdestotrotz sind die Aspekte „*Mitgliederentwicklung*“ und vor allem „*Mitgliederaktivierung*“ ein *dominantes Hauptproblem* der Selbsthilfeorganisationen.
- Mitgliederentwicklung und die Selbsthilfegruppen selbst sind dynamischer als ursprünglich vermutet: In ungefähr einer Dekade lösen sich fast die Hälfte

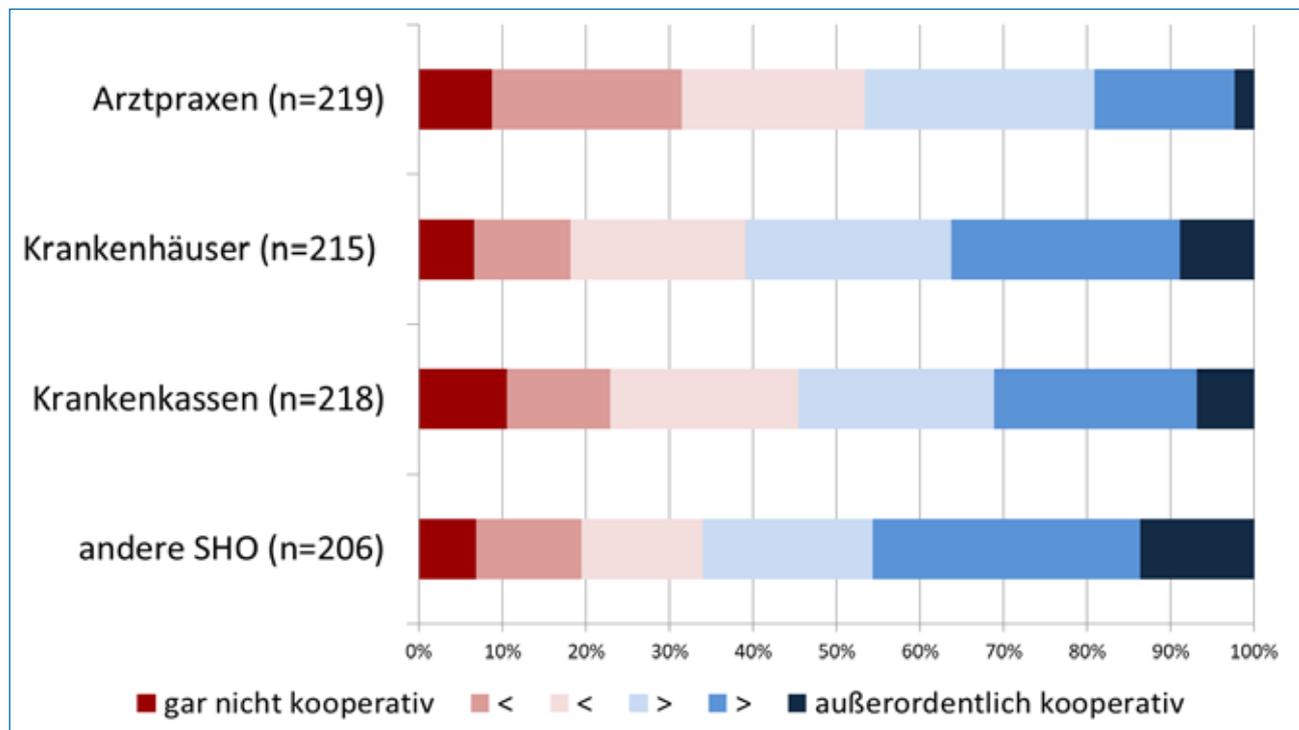


Abbildung 1: Kooperationsbereitschaft anderer aus Sicht der Selbsthilfeorganisationen

der Selbsthilfegruppen aus verschiedenen Gründen auf, und es gründen sich im selben Zeitraum etwa gleich viele neue.

- Auch die Selbsthilfe wandelt sich demografisch: *Selbsthilfegruppenmitglieder sind heute älter als früher*, d.h. um ca. fünf Jahre als in dem Vergleichszeitraum vor zehn Jahren, auch ist der *Männeranteil* in Selbsthilfegruppen gestiegen (Datenbasis: die Hamburger Selbsthilfegruppen). Nicht auszuschließen ist, dass sich Jüngere u.U. häufiger in „neuen Selbsthilfestrukturen“ (soziale Netzwerke wie Chat-Foren, Facebook etc.) bewegen. Diese wurden von SHILD nicht erfasst. Nach wie vor schwer erreichbar und nach wie vor *unterrepräsentiert* sind Migrantinnen und Migranten.
- Die *Selbsthilfeorganisationen diversifizieren sich*: Insbesondere ihre
 - politische Beteiligung (Patientenvertretungen),
 - Qualitätssicherung (z.B. Schulungen, Weiterbildung...) und
 - die Ausweitung von Aufgaben und Zielen,
 - z.B. in öffentlicher Aufklärung, Gesundheitsförderung und Prävention hat ihre (Selbst-) Ansprüche steigen lassen.
- *Nahezu alle Selbsthilfeorganisationen* und ca. die *Hälfte der Selbsthilfegruppen suchen die Kooperation mit den Institutionen der gesundheitlichen Versorgung*: Ihre vielfältigen „Kooperationsbemühungen“ münden jedoch in sehr heterogene Kooperationserfahrungen. Nur etwas mehr als die

Hälfte der Organisationen und Gruppen berichten von *guten Kooperationserfahrungen* mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenkassen (vgl. Abb. 1).

Die Einstellungen, Erfahrungen, Sichtweisen und Kooperationsbereitschaft der professionellen Sozial- und Gesundheitsdienstleistenden sind nach wie vor eine „Black Box“. Es existieren bislang keine systematischen und/oder repräsentativen Untersuchungen zu diesem Thema. Für die Frage der Entwicklung von „*Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen*“ – ein Thema, das in der SHILD-Studie zumindest gestreift wurde – ist eine fundierte Einschätzung zur Kooperationsbereitschaft von Leistungserbringern und der dazu notwendigen Rahmenbedingungen allerdings von erheblicher Bedeutung.

- Die *Formen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe* reichen von „traditionell-klassisch“ bis „innovativ-modern“: Insbesondere die verbandliche Selbsthilfe, aber auch die Selbsthilfeunterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen und -büros können sich den Herausforderungen durch Digitalisierung, „*neue Medien*“, „virtuelle Selbsthilfe“ oder internetgestützte soziale Netzwerke nicht entziehen. Insbesondere die beiden letztgenannten werden jedoch seitens der verbandlichen Selbsthilfe sehr ambivalent bewertet, teilweise gar als Bedrohung erlebt.

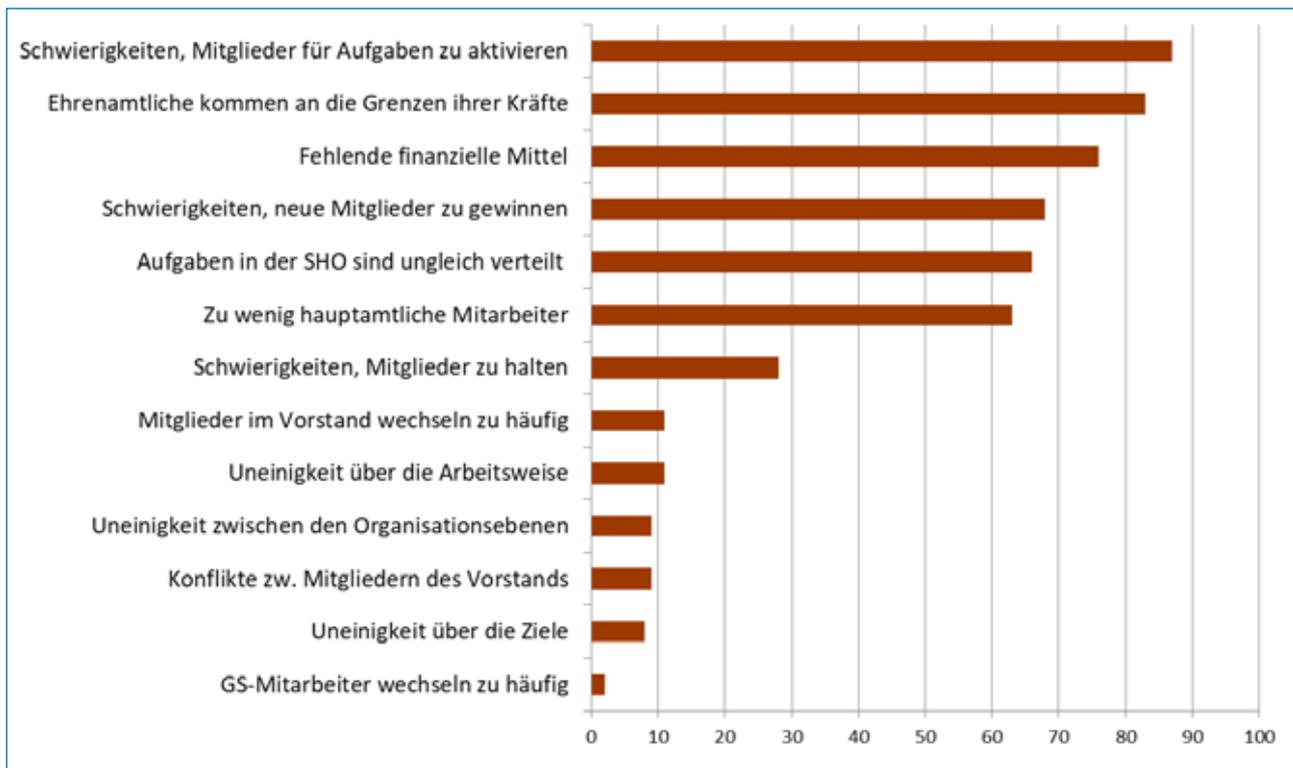


Abbildung 2: Organisatorische und interne Herausforderungen in Selbsthilfeorganisationen („trifft völlig / eher zu“ in Prozent)

- Die *Organisationsstrukturen* der verbandlichen Selbsthilfe werden zunehmend komplexer und bedürfen diverser Fachkompetenzen: Obgleich diese Kompetenzen auch aus den eigenen Reihen durch *ehrenamtliche Mitglieder* mit entsprechenden beruflichen Qualifikationen (IT-Fachkräfte, Personal-Führungskräfte, Juristinnen und Juristen, Ärztinnen und Ärzte etc.) generiert werden können, besteht ein hoher Bedarf an qualifizierten *hauptamtlichen Mitarbeiterinnen* und Mitarbeitern in den Geschäftsstellen zur Unterstützung der ehrenamtlichen Vorstände.
- Ein großer Teil der Forderungen von Selbsthilfeaktivisten aus der Vergangenheit wurde im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte Zug um Zug politisch und sozialrechtlich umgesetzt bzw. sind weiter auf dem Weg der politischen Umsetzung: Beteiligung / Partizipation / Integration / Teilhabe / ... Diese Ziele erfordern *Kraft, Zeit, Kreativität, Geschick und wirtschaftliche Ressourcen*. In der Kombination mit den weiteren oben genannten Herausforderungen beinhaltet dieses ein *hohes Burnout-Risiko* für die Mitglieder von Vorständen der Selbsthilfeorganisationen und den Sprecherinnen und Sprechern der Selbsthilfegruppen (vgl. Abb. 2).
- Die in Modul 2 gewonnenen Ergebnisse belegen den hohen Stellenwert der gemeinschaftlichen

Selbsthilfe und der Patientenbeteiligung sowie ihre *inzwischen* durchgehend *hohe Akzeptanz in Gesundheitspolitik, Krankenversicherung und Versorgung*: Auf Seiten der Selbsthilfe fühlt sich dies aber offensichtlich anders an, *nur circa 15% der SHO-Vorstände beurteilen ihre Beteiligungsmöglichkeiten an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen als gut bis sehr gut.*

Fortsetzung mit Teil 2 in der nächsten „Luftpost“: Hier wird über die Wirkungen der Selbsthilfe auf der Betroffenenenebene konkret berichtet. Diese Untersuchung ist unseres Wissens weltweit bisher einmalig.

Autor:

Dr. phil, Dipl.-Psych.
Christopher Kofahl,
 Universitätsklinikum
 Hamburg-Eppendorf
 Zentrum für Psychosoziale
 Medizin
 Institut für Medizinische
 Soziologie (IMS)
 Stv. Direktor, Leiter AG Patientenorientierung
 und Selbsthilfe Hamburg



Ehrenpreis der DPLA 2017 an Herrn Professor Dr. Joachim Lorenz

von M. Köhler

Anlässlich unserer 2. Lungentagung Worms wurde Herrn Prof. Dr. Joachim Lorenz, Lüdenscheid, der diesjährige Ehrenpreis der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA am 23. September 2017 verliehen.

Herr Professor Lorenz hat unermüdlich über 22 Jahre die monatlichen Veranstaltungen eines unserer größten Ortsverbände in Lüdenscheid aktiv unterstützt. Dabei hat er in den meisten Fällen selbst die medizinischen Vorträge gehalten, aber auch Referenten aus seiner Klinik zu diesen animiert. Viele Themen hat er erstmals vorgestellt und patientenverständlich erklärt. Immer war er bereit, mit dem Ortsverein auch die gemeinsamen Lungentage vor Ort und großem Publikum aktiv zu gestalten. In vielen Publikationen hat er zusätzlich auch auf die wichtige Rolle der Selbsthilfeorganisationen und ihre Einbindung von der Krankheitsaufklärung, -erkennung über die Therapie bis zur Begleitung in schweren Stunden aktiv hingewiesen. Besonders wichtig war ihm dabei auch der mündige Patient und seine partnerschaftliche Einbindung in die Bewältigung der eigenen Krankheit unter Berücksich-



tigung des sozialen Umfeldes und mit Einbeziehung der Familie.

Auf seinem speziellen Gebiet der Infektiologie, insbesondere der Lungenerkrankungen, hat er stets für einen verantwortungsvollen und sinnvollen Einsatz der Antibiotika und damit der Vermeidung von Resistenzen und die Stärkung der Compliance und Adhärenz seiner Patienten sich unermüdlich eingesetzt. So auch in seinem an die Preisverleihung folgenden Vortrag: „Lungenentzündung erkennen und rechtzeitig behandeln“.

Unser persönlicher Dank gilt ihm und seinem eminent wichtigen Einsatz!

ANZEIGE



RC CORNET PLUS[®]

Tonangebend in der Atemtherapie!

Das PLUS für mehr Lebensqualität
bei Erkrankungen der Atemwege.



Löst Schleim, reduziert
Husten und Atemnot.

Erhältlich in Apotheken, Sanitätshäusern oder unter www.cegla-shop.de
PZN 12 419 336 | Erstattungsfähig unter Hilfsmittel-Positions-Nr.14.24.08.0013
Bitte vor der ersten Anwendung die Gebrauchsanweisung sorgfältig durchlesen.

CEGLA
MEDIZINTECHNIK

Tel +49 2602 9213-0
www.cegla.de

Mitgliederversammlung der DPLA 2017

ANZEIGE

Am 20. Mai 2017 fand, wie schon gute Tradition, nach einem Treffen unserer Ortsverbandsvertreter, die alljährliche Mitgliederversammlung der Deutschen Patientenliga Atemwegkrankungen e.V. – DPLA, im Erbacher Hof, Mainz, statt. Zu ihr waren alle Mitglieder schriftlich eingeladen worden.

Nach Berichten der Vorstandsmitglieder zu ihrer Tätigkeit im zurückliegenden Jahr 2016, wie u.a. Betreuung der OV, Teilnahme an Kongressen und Tagungen, der Entwicklung der „Luftpost“, wurde über die konkrete Mitarbeit, in den Gremien, G-BA, IQTiG, DMP berichtet. Ausführlich wurde zum Stand der Vorbereitungen unserer 2. Lungentagung Worms und die anderen angefallenen Aufgaben der Geschäftsstelle informiert. Die positive Mitgliederentwicklung hat sich im vergangenen Jahr wiederum erfreulicherweise fortgesetzt.

Nach dem Bericht der Kassenprüfer, die eine ordnungsgemäße Kassenprüfung, bei stabiler Finanzlage, im zurückliegenden Kalenderjahr 2016 attestierten, wurde dem gesamten Vorstand einstimmig (bei Enthaltung des Vorstandes) auf Antrag eines Mitglieds, die Entlastung für das zurückliegende Jahr erteilt. Abschließend wurde der Haushaltsplan 2017 vorgestellt, diskutiert und einstimmig beschlossen, ebenso wie das Konstant halten des Mitgliedsbeitrages.

Allen Anwesenden wurde für ihr persönliches Engagement, ihr Kommen und die angeregten Diskussionen herzlich gedankt.

Die **Mitgliederversammlung 2018** findet am **26. Mai** wieder im **Erbacher Hof**, Mainz, statt.

*„Tagtäglich,
ein verlässlicher Partner,
ich Sorge dafür.“*

Juan Gutierrez,
Servicemitarbeiter bei GTI medicare



JETZT AUCH
URLAUBS-
VERSORGUNG
IN ITALIEN!



Wenn Sie uns brauchen, sind wir da!

Kompetent und zuverlässig – wir versorgen Sie an
365 Tagen bundesweit mit med. Sauerstoff.

GTI medicare GmbH • info@gti-medicare.de • www.gti-medicare.de
Hattingen • Hamburg • Bielefeld • Dessau • Römhild • Idstein
Karlsruhe • Neunkirchen • Ulm • Nürnberg • München

Servicetelefon Hattingen 0 23 24 – 91 99-0
Servicetelefon Hamburg 0 40 – 61 13 69-0

Mein Weg zur Selbsthilfegruppe

Mein Name ist Aleks. *Ich bin 32 Jahre und habe COPD Stufe 4.* Ich hatte nicht immer COPD, es kam mit der Zeit. Mit dem Artikel möchte ich aber jungen Menschen zeigen, dass Selbsthilfegruppen nicht nur was für ältere Menschen sind, sondern für jedermann.

Als ich im Jahr 1985 zur Welt kam, war ich ein „*Frühchen*“, d.h. ich war viel zu früh dran. Meine Lunge war nicht ausgewachsen. Ich wurde eine Zeit lang beatmet. Mit der Zeit hat sich meine Lunge wieder erholt und es war alles in Ordnung. In den Jahren danach haben die Ärzte öfters nach der Lunge geschaut und es war alles gut.

Mit 14 habe ich das *Rauchen angefangen*. Es kann sein, dass ich damit die COPD ausgelöst habe. Mit zirka 21 Jahren bin ich zum Pneumologen gegangen. Der hat COPD festgestellt. Das hat mir zu dem Zeitpunkt nichts gesagt. Ich dachte, gut, ich bekomme schlechter Luft, aber kann ich kann noch alles machen. Mit der Krankheit COPD habe ich mich nicht auseinander gesetzt. Ich habe sie einfach auf die leichte Schulter genommen.

Das hat sich erst geändert, als der Arzt von einer *Spenderlunge* sprach und ich in die Reha kam. Da war ich *29 Jahre*. In der Reha lernte ich was COPD bedeutet und was ich die letzten Jahre verschlafen habe. Es war sehr wichtig, sich einige Wochen am Stück damit zu befassen und alles Wichtige zu lernen. Jetzt war mir persönlich erst klar, was ich habe.

In der Reha lernte ich, wie ich meinen Alltag mit der Krankheit bewältigen kann. Es war kein schönes Gefühl zu wissen, dass sich mein Leben nun ändert. Das hat auch viel damit zu tun, dass ich noch sehr

jung bin. Die meisten die eine COPD haben sind ja schon viel älter als ich.

Nach der Reha machte ich mir Gedanken wie es bei mir weiter gehen könnte. Ich kam dann irgendwie zu einer Selbsthilfegruppe. Ich dachte mir, dass es ist nicht verkehrt wäre so eine Gruppe kennenzulernen. Ich wollte auf einmal lernen, wie ich am besten mit der COPD klar komme. Aber ich konnte erst den Schritt nicht machen, weil ich Ängste hatte und Zweifel. Es hat einfach mit meinem Alter zu tun, da ich noch jung bin und schon ein Stadium erreicht habe, das sonst nur ältere Menschen haben. Irgendwann hatte ich den Mut und habe dann doch eine Selbsthilfegruppe für solche Krankheiten gesucht.

Ich bin froh, dass ich den Schritt getan habe. Ich wurde sehr gut aufgenommen. Von der Gruppe kann ich sehr viel lernen. Mir wurde auch erzählt, was mir alles zusteht wie zum Beispiel ein RC-Cornet oder Reha Sport für die Lunge, was ich bis dahin nicht wusste. Das sind einfach Sachen, die ich vielleicht ohne die Gruppe nicht erfahren hätte. Was aber am wichtigsten für mich ist, *die verstehen, wie es mir wirklich geht*. Ich bin unter Gleichbetroffenen. Zwar weiß mein Umfeld, was ich habe, aber manchmal denke ich, dass nicht verstanden wird, wie es mir geht und das ist in der Gruppe anders und das hilft mir am meisten.

Ich kann nur jedem Menschen, ob so jung wie ich oder älter, sagen, *geht in eine Gruppe, habt keine Angst davor, es bringt Euch weiter!*

Der Autor ist der Redaktion bekannt, er möchte aber anonym bleiben.

ANZEIGE



KLINIK BAD REICHENHALL

Zentrum für Rehabilitation
Pneumologie und Orthopädie

Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd

83435 Bad Reichenhall, Salzburger Str. 8-11
Telefon: 0 86 51/709-0, Fax: 0 86 51/709-683
E-Mail: info@klinik-bad-reichenhall.de
Internet: www.klinik-bad-reichenhall.de

Wir setzen seit 60 Jahren
Standards in der
pneumologischen Rehabilitation



- Behandlung von Patienten mit Erkrankungen der Atmungsorgane wie Asthma, Bronchitis, COPD, Emphysem, Lungenfibrosen, Atemwegsallergien sowie orthopädischen Erkrankungen und internistischen Begleiterkrankungen in ganzheitlicher Form;
- Anschluss-Rehabilitation, z.B. nach Tumorbehandlung, Pneumonien oder Lungenembolien
- Vorgehalten werden alle diagnostischen Verfahren (z. B. Röntgen, Schlaflabor, Lungenfunktions- und Allergielabor, Bronchoskopie, internistische und kardiologische Funktionsdiagnostik) und therapeutischen Verfahren einer pneumologischen Schwerpunkt-Rehabilitationsklinik (alle Formen der Inhalation, Atemphysiotherapie, allgemeine Krankengymnastik, Lungensport, Med. Trainingstherapie, Patientenschulung, nicht-invasive Beatmung, Diätberatung, psychologische Hilfen, Sozialberatung)
- 269 moderne und helle Einzelzimmer, alle ausgestattet mit Dusche/WC, TV, Telefon, Radio und Kühlschrank, auf Wunsch auch Doppelzimmer (z. B. Ehe- oder Lebenspartner)
- Barrierefreie Klinik mit rollstuhlgeeigneten Zimmern
- Optimale Lage in der Fußgängerzone (Kurzone) direkt am Kurpark mit Gradierwerk
- Aufnahme von Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen sowie Selbstzahlern und Privatpatienten

Dank an Krankenkassen und Unterstützer im Jahr 2017



Im Jahr 2017 hat die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene“ im Rahmen der pauschalen Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V die **Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA** pauschal für ihre Selbsthilfefarbeit mit 15.000 Euro unterstützt.

Ebenfalls im Rahmen der individuellen Förderung durch die Krankenkassen nach § 20c SGB V wurde im Jahr 2017 unsere 2. Lungentagung Worms von der DAK Gesundheit, Hamburg, mit 9.000 Euro maßgeblich gefördert.

Desweiteren gilt unser ausdrücklicher Dank den weiteren Unterstützern unserer 2. Lungentagung Worms, den Firmen *AstraZeneca GmbH*, *Glaxo-SmithKline GmbH & Co. KG*, *Grifols Deutschland GmbH*, sowie der *Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co KG*.

Darüber hinaus haben dankenswerterweise weitere Krankenkassen, insbesondere die AOK, die lokale Arbeit unserer Ortsverbände, sowohl pauschal als auch projektbezogen mit Förderbeiträgen unterstützt. Wir danken ausdrücklich für diese finanzielle Unterstützung. Ohne alle diese Beiträge wäre

uns manche Aktivität zugunsten von Patienten mit COPD und Asthma bronchiale nicht möglich gewesen.

Fördernde Mitglieder der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. im vergangenen Jahr waren:

- Kliniken Benner GmbH & Co. KG, Bad Dürkheim (Espan Klinik)
- MEDA Pharma GmbH & Co. KG, Bad Homburg
- Medizinisches Zentrum für Gesundheit Bad Lipp-springe GmbH (Karl-Hansen-Klinik)
- MSD SHARP & DOHME GmbH, Haar

Gedankt sei auch den Firmen *Novartis Pharma GmbH* und *Pfizer Deutschland GmbH* für ihren Beitrag.

Herzlich danken wir auch den Sparkassen, die einzelne Ortsverbände finanziell unterstützt haben.

Ganz besonders möchten wir aber unserem Ende 2016 verstorbenen Mitglied, Frau Christa Horz und Ihrem Sohn, Herrn Michael Horz, für ihr großzügiges Vermächtnis von 500 Euro danken. Wir werden sie dankbar in ehrendem Gedächtnis behalten.



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 / 589458
	Bayern	Weiden, Neustadt, Vohenstrauß	Geschäftsstelle	06133 / 35 43
	Brandenburg	Potsdam	Gudrun Krüger Wolfgang Weber	0331 / 2708809 033205 / 25699
	Hessen	Frankfurt am Main	Ellen Herchen Ursula Schösser	069 / 523 507 06102 / 53 416
		Marburg	Friedhelm Stadtmüller Margit Nahrgang	06422 / 44 51 06424 / 45 73
		Schwalmsstadt	Wolfgang Tenter	06691 / 21 775
		Wiesbaden	Lothar Wern	06122 / 15 254
	Niedersachsen	Region Hannover - Hannover - Neustadt am Rübenberge - Garbsen - Wunstorf - Wedemark	Michael Wilken Detlef Henning	05130 / 583 85 77 05032 / 964 090
	Nordrhein-Westfalen	Dortmund Duisburg Essen Gelsenkirchen Hagen Lüdenscheid Moers-Niederrhein Rheda-Wiedenbrück Wuppertal	Cornelia Schulz Geschäftsstelle DPLA Jürgen Frischmann Dr. Markus Wittenberg Werner Brand Marlene Dudanski Wilhelm Knitter Helga Brach Heinz-Jürgen Belger Gabriele Reinhold	0231 / 126 376 06133 / 35 43 0160 / 4628961 0209 / 364-3610 02330 / 12 792 02351 / 27 567 02353 / 43 93 02842 / 59 20 05242 / 56 786 0202 / 2531221
	Rheinland-Pfalz	Alzey Bernkastel-Wittlich Bitburg Daun (Vulkaneifel) Renate Maisch Birkenfeld/Idar-Oberstein Linz am Rhein Mainz Trier Worms	Jürgen Frischmann Inge Follmann Jürgen Frischmann Inge Follmann 06572 / 23 99 Winfried Walg Jürgen Frischmann Jürgen Frischmann Ursula Eicher Bernhard Röhrig	0160 / 4628961 06573 / 574 0160 / 4628961 06573 / 574 06785 / 77 70 0160 / 4628961 0160 / 4628961 0651 / 44611 0176 / 285 60516
	Saarland	Homburg / Saar	Dietmar Hecker Uwe Sersch	06841 / 162 2919 06873 / 669 284

Befreundete Selbsthilfegruppen

**Nordrhein-Westfalen****Selbsthilfegruppe COPD-Atemwegserkrankungen Plettenberg**

Kontakt: Horst Beyer
 Tel.: 02391 – 9179409
 E-Mail: copd-gruppe-plettenberg@t-online.de
<http://www.copd-plettenberg.info/>

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-City

Kontakt: Doris Krecké
 Tel.: 0241-572438
 E-Mail: d.krecke@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD & Lunge Städte Region Aachen – Lungenkrebs

Kontakt: Anja Schüller
 Tel.: 0241 – 4748810
 E-Mail: a.schueller@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Simmerath

Kontakt: Maria-Luise Zorn
 Tel.: 02408-1460099
 E-Mail: m.zorn@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Würselen

Kontakt: Heidi Witt
 Tel.: 02405-475255
 E-Mail: h.witt@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Städte Angehörigengruppe Region Aachen-Würselen

Kontakt: Heidi Witt
 Tel.: 02405-475255
 E-Mail: h.witt@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

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>

Selbsthilfegruppe atemlos Köln

Kontakt: Michael Stolzenburg
 Telefon: 0221 – 35 62 206
 E-Mail: selbsthilfe-atemlos@email.de
www.selbsthilfe-atemlos.de

**Bayern****SHG Asthma- und COPD-Kranke Würzburg**

Kontakt: Brigitte Ritz-Darkow
 Tel.: 0931/46772927
 E-Mail: brdger@web.de
<http://www.asthma-copd-wuerzburg.selbsthilfe-wue.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Hof

Kontakt: Herr Gerhard Frank
 Tel.: 09281-86653
 E-Mail: g.frank@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Selb

Kontakt: Christa Jäkel
 Tel.: 09287-67800
 Mobil: 0152 – 217 86 886
 E-Mail: c.jaekel@copdundlunge.de
christa50oldi@gmail.com
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – München-Oberbayern

Kontakt: Mary-Lou Schönwälder
 Tel.: 089-6095153
 E-Mail: ml.schoenwaelder@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Regensburg

Kontakt: Alois Stadlbauer
 Tel.: 0941/89849270
 E-Mail: a.stadlbauer@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Regensburg – Alpha-1

Kontakt: Sabine Besten
 Tel.: 08782 – 979335
 E-Mail: s.besten@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Regensburg

Kontakt: Maria Tschöpp
 Tel.: 09921 – 2774
 E-Mail: m.tschoepp@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Straubing

Kontakt: Marion Essig
 Tel.: 09421/9297910
 E-Mail: m.essig@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

**Hessen****ANAH Allergie-, Neurodermitis- und Astmahilfe Hessen e.V.**

Kontakt: Erika Seitz
 Tel.: 0561/8709094
 E-Mail: anah.hessen@web.de
<http://www.anah-hessen.de/>

Selbsthilfegruppe Rund um die Lunge im Idsteiner Land

Kontakt: Karin Boß
 Tel.: 06126 – 9591136
 E-Mail: rund-um-die-lunge1@gmx.de
<http://rund-um-die-lunge.blogspot.de>

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

Tel.: 06142 – 61842
 E-Mail: hartmut.thienger@t-online.de
<http://www.juergen-frischmann.de/ruesselsheim.pdf>

**Baden-Württemberg****Selbsthilfegruppe Asthma, Rielasingen und Konstanz**

Kontakt: Marlene Isele
 Tel.: 07731/24253
 E-Mail: marlene.isele@web.de
<http://www.shg-asthma.de/>

**Rheinland-Pfalz****Lungensportclub der Selbsthilfegruppe „DPLA Montabaur/Westerwald“**

Kontakt: geimon@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 24. 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 45 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 PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim

Tel.: 06133 / 35 43 -

persönlich Mo. bis Do. von 8.30 bis 13.30 Uhr

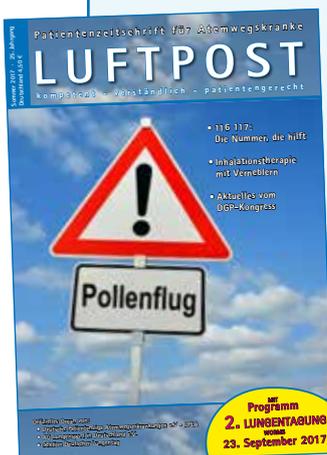
Fax: 06133 / 573 83 27

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 PatientenLiga
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 Mitgliedschaft in die:
Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

Name:	Vorname:
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Mobil-Nr. (freiwillige Angabe):
Geburtstag:	Eintrittsdatum:

(freiwillige Angaben)

Lungenerkrankung/en: Asthma COPD Emphysem Weitere _____Andere Erkrankungen: _____Angehörige/r Nicht selbst erkrankt

gewünschter Ortsverband:

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für Einzelpersonen € 25,00 und für Familien € 40,00. Höhere Beiträge sind natürlich möglich.

Gewünschte Zahlungsweise: Rechnung (Bitte überweisen Sie den Betrag erst nach Erhalt der Rechnung.) Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag in Höhe von € _____ wird hiermit erteilt.

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Datum, Unterschrift (für Einzugsermächtigung):

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: MVBMD55

Mehr LUFT!

Mit der Kombi-Therapie gegen Atemnot.

Sowohl die chronische Bronchitis, als auch COPD zeichnen sich durch dauerhaft verengte und entzündete Atemwege aus. Der damit verbundene zähe Schleim löst sich nur schwer – der Abtransport ist gestört. Über die normale Tagesschwankung hinweg, können sich die Symptome deutlich verstärken. In schweren Fällen treten alle drei Leitsymptome – Auswurf, Husten und Atemnot gleichzeitig auf und beeinträchtigen den Allgemeinzustand immanant.

Diesem als Exazerbation bezeichneten Zustand, also die deutliche Verschlechterung des Krankheitsbildes, kann man jedoch vorbeugen. Eine aktuelle Studie¹ belegt, dass das vorbeugende Einnehmen von GeloMyrtol[®] forte nicht nur das Allgemeinbefinden verbessert, sondern auch die Exazerbationsrate deutlich reduziert. Während der sechsmonatigen Einnahme von GeloMyrtol[®] forte waren 71 % der GeloMyrtol[®] forte-Gruppe exazerbations-frei, während dies nur bei 45 % der Patienten aus der Placebo-Gruppe der Fall war.

Das pflanzliche Mukosekretolytikum GeloMyrtol[®] forte aktiviert den Selbstreinigungsmechanismus der Atemwege und fördert so den Heilungsprozess.

Auch eine gezielte Atemphysiotherapie kann zusätzlich unterstützen. GeloMyrtol[®] forte und das Atemtherapiegerät GeloMuc[®] bieten eine optimale Kombination zur Verbesserung der Sekretlösung und des Sekrettransports.

Mit seinem Spezialdestillat ätherischer Öle unterstützt GeloMyrtol[®] forte auch den chronisch beeinträchtigten Reinigungsmechanismus in den Bronchien. Der zähe Schleim wird gelöst, die Zilien (Flimmerhärchen) schlagen schneller und können das Sekret besser abtransportieren. Hustenattacken und Auswurf werden gelindert – man kann wieder besser durchatmen. Mehr noch: Das Präparat bremst die Entzündung in den Atemwegen und hemmt Bakterien, die sich im zähen Bronchialschleim leicht vermehren können.

Das Atemtherapiegerät GeloMuc[®] wurde speziell zur Mobilisation von zähem Bronchialschleim entwickelt. Es ist einfach in der Handhabung und effektiv in der Wirkung. Durch Pusten in das Gerät rollt die kleine Metallkugel im Trichter auf und ab und erzeugt Schwingungen, die die Bronchien zum Vibrieren bringen und hier eine Schleimmobilisierung bewirken. Bei regelmäßiger Anwendung ist die Folge eine erleichterte Atmung und eine Verbesserung der Lungenfunktion.

Mit GeloMyrtol[®] forte, das zähes Sekret löst, und GeloMuc[®], das Bronchialschleim mobilisiert und dessen Abtransport erleichtert, steht Ihnen eine effektive Kombination zur Verfügung, mit der Sie aktiv für mehr Luft sorgen können.

1 Beeh KM; Beier J; Candler H; Wittig T. Effect of ELOM-080 on exacerbations and symptoms in COPD patients with a chronic Bronchitis phenotype – a post-hoc Analysis of a randomized, double-blind, Placebo-controlled clinical trial. International Journal of chronic obstructive pulmonary disease, 2016; 11: 2877–2884

Die Kombi, die Sie wieder Luft holen lässt.



Spüren, wie es wirkt.

www.pohl-boskamp.de

GeloMyrtol[®] forte. Zur Schleimlösung und Erleichterung des Abhustens bei akuter und chronischer Bronchitis. Zur Schleimlösung bei Entzündungen der Nasennebenhöhlen (Sinusitis). Wirkstoff: Destillat aus einer Mischung von rektifiziertem Eukalyptusöl, rektifiziertem Süßorangenöl, rektifiziertem Myrtenöl und rektifiziertem Zitronenöl (66:32:1:1). Zur Anwendung bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 6 Jahren. Enthält Sorbitol. Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker. G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG, 25551 Hohenlockstedt (01/11)

„Bitte mach mit, es geht ums Leben!“

Tim L., geheilter Blutkrebspatient

Werden Sie Stammzellspender. Mund auf, Stäbchen rein, Spender sein.

Alle 16 Minuten erkrankt jemand an Blutkrebs. Der 12-jährige Tim war einer von ihnen. Dass er leben darf, verdankt er einer Stammzellspende von Udo K. und dessen uneigennützigem Einsatz. Wenn auch Sie vielleicht einem Blutkrebspatienten wie Tim das Leben retten wollen, registrieren Sie sich in der DKMS. Ihr Registrierungsset und weitere Informationen erhalten Sie unter www.dkms.de

DKMS Deutsche Knochenmarkspenderdatei
gemeinnützige Gesellschaft mbH

Folgen Sie uns auf 



Wir besiegen Blutkrebs.